

VOORWAARDEN BIJ DE STANDAARD (PAKKET) POLIS

(per 1 januari 2002)

AANVULLENDE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

ACHMEA HEALTH

AANVULLENDE TANDARTSKOSTENVERZEKERING

- Tand Totaal Pakket (TTP)
- Tand Totaal Plus Pakket (TTPP)

Model 27303-0102

Over de inhoud van dit boekje

Dit boekje bevat de verzekeringsvoorwaarden die betrekking hebben op de:

- Standaard (Pakket) Polis
- Bijzondere Voorwaarden Klassenverzekering
- Aanvullende Ziekttekostenverzekering Standaard (Pakket) Polis
- Achmea health
- Aanvullende Tandartskostenverzekering Standaard (Pakket) Polis

Alle verzekeringsvoorwaarden over deze verzekeringen staan in dit boekje.

Model: 27303-0102

INHOUDSOPGAVE

Pagina

Algemene richtlijnen bij de Standaard (Pakket) Polis	3
- Richtlijnen voor het declareren van nota's	3
- Aanvullende verzekeringen	3
- Servicepakketten	4
- Hulpverlening in het buitenland	4
- Achmea health	5
- AWBZ	5
Voorwaarden Standaard (Pakket) Polis	
- Begripsomschrijvingen	6
- Dekking	8
- Algemeen	17
- Verplichtingen van de verzekeringnemer	18
- Premie en eigen risico	19
- Herziening van premie of voorwaarden	20
- Duur en einde van de verzekering	20
- Geschillen en klachten	20
Bijzondere Voorwaarden Klassenverzekering	21
Voorwaarden Aanvullende Ziekttekostenverzekering Standaard (Pakket) Polis	22
Voorwaarden Achmea health	29
Voorwaarden Aanvullende Tandartskostenverzekering Standaard (Pakket) Polis	32
Alfabetische Woordenlijst	37

ALGEMENE RICHTLIJNEN BIJ DE STANDAARD (PAKKET) POLIS

De administratie van uw ziektekostenverzekering is in handen van de groep Relatiebeheer Zorg. Een team dat van alle bijzonderheden rond ziektekostenverzekeringen op de hoogte is. U kunt hen bereiken op telefoonnummer **(038) 456 69 38**.

Ook voor wijzigingen, zoals bijvoorbeeld een verhuizing of een geboorte, vragen en andere opmerkingen kunt u bij onze medewerkers terecht.

Eigen risico voor een Standaard (Pakket) Polis

Per kalenderjaar gelden de volgende eigen risico's:

	alleen- staanden	meer dan één ver- zekerde
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi		
- of eigen auto	EUR 22,69	EUR 45,38
- overige kosten	EUR 50,00	EUR 100,00

Het overige eigen risico geldt vanaf 1 januari 1997 voor alle kosten en niet alleen meer voor poliklinische specialistische zorg in het ziekenhuis maar bijvoorbeeld ook voor medicijnen, huisarts, tandarts en fysiotherapie.

RICHTLIJNEN VOOR HET DECLAREREN VAN NOTA'S

1. De nota's die voor vergoeding in aanmerking komen, dienen ingezonden te worden door gebruik te maken van de hiervoor bestemde declaratieformulieren.
2. Op alle correspondentie dient u uw relatienummer te vermelden.
3. Uitsluitend originele nota's kunnen wij in behandeling nemen.
4. Als uw bank- of postbanknummer nog niet is doorgegeven, verzoeken wij u dit alsnog te doen.

Nota's die voor volledige vergoeding in aanmerking komen, kunt u ook onbetaald naar ons toe sturen. In dat geval geeft u op het declaratieformulier aan dat wij de nota's rechtstreeks aan de desbetreffende instantie(s) moeten overmaken. Dit kan voorkomen als:

- er voor de desbetreffende nota geen eigen risico geldt;
- u het maximale eigen risico heeft bereikt.

Nota's, die niet voor volledige vergoeding in aanmerking komen, dient u zelf te betalen aan de betrokken instantie(s).

Dit is ondermeer het geval:

- indien er een eigen risico geldt voor de desbetreffende nota;
- indien het notabedrag hoger is dan de maximale vergoeding.

Incasso eigen risico en eigen bijdragen

Als een eigen risico en/of eigen bijdrage van toepassing is en er is sprake van rechtstreeks betalingsverkeer tussen zorgaanbieder en maatschappij, dan kan de maatschappij het volledige notabedrag aan de zorgaanbieder betalen.

In dat geval zal verrekening van het eigen risico en/of de eigen bijdrage plaatsvinden met uitkeringsaanspraken uit hoofde van deze verzekering.

In het geval dat verrekening niet mogelijk is, zal incasso plaatsvinden van het bij de maatschappij bekende rekeningnummer op de voor premie-incasso afgesproken wijze, dan wel een op aangeven van de verzekeringsnemer overeengekomen andere wijze.

AANVULLENDE VERZEKERINGEN

De voorwaarden voor de Standaard (Pakket) Polis worden jaarlijks door de overheid vastgesteld. Deze verzekering bevat de basisdekking die voor uw gezondheidszorg noodzakelijk is.

Om de Standaard (Pakket) Polis maximaal uit

te breiden heeft de maatschappij de volgende aanvullende verzekeringen.

Aanvullende

Tandartskostenverzekering

De aanvullende tandartskostenverzekering bestaat uit 2 pakketten:

Het Tand Totaal pakket

Hierin treft men de meest noodzakelijke behandelingen aan zoals:

- vullingen;
- wortelkanaalbehandelingen;
- tandsteen verwijderen;
- prothetische voorzieningen.

Het Tand Totaal Plus Pakket

In dit pakket zitten luxere voorzieningen en behandelingen zoals:

- kronen (incl. techniekkosten);
- bruggen (incl. techniekkosten);
- het behandelen van kaakgewrichtsklachten;
- tandvlesbehandelingen;
- verdovingen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

Deze aanvullende verzekering geeft onder andere dekking voor:

- aanvulling tot een volledige buitenland dekking, incl. repatriëring;
- alternatieve geneeswijzen;
- kortdurende psychologische zorg.

Ook een aanvullende klassendekking behoort tot de mogelijkheden.

Het eigen risico op de basisverzekering is **niet** van toepassing op deze aanvullende verzekeringen.

Relatiepas

Als u zich inschrijft bij Groene Land Achmea, ontvangt u een gratis relatiepas. Op deze pas staat uw relatienummer, dat u kunt gebruiken bij zorgverleners of in het buitenland. U hoeft dan niet uw polis overal mee naar toe te nemen. Draag daarom de pas altijd bij u.

Groene Land Achmea Recht

Mocht u ooit lichamelijk letsel oplopen, dan kunt u onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van kosteloos juridisch advies

via Groene Land Achmea Recht. Voor eventuele nadere informatie verwijzen wij u naar de brochure Groene Land Achmea Recht.

Gratis Servicepakketten

Groene Land Achmea doet meer voor u. Naast de uitgebreide dekking, ontvangt u altijd 1 van de volgende gratis servicepakketten:

Servicepakket voor niet aanvullend verzekerden

Dit servicepakket geeft een vergoeding voor:

- **Cursussen:** U heeft de mogelijkheid om cursussen te volgen tegen een gereduceerde prijs. Nadere informatie kunt u verkrijgen bij de thuiszorgorganisatie in uw regio.
- **(Kraam)verrassingspakket:** Vrouwelijke verzekerden die gaan bevallen hebben recht op een gratis kraamverrassingspakket.
- **Wachttijdbemiddeling:** U heeft de mogelijkheid van wachttijdbemiddeling voor specialistische zorg en/of ziekenhuisopname indien er sprake is van een wachttijd die langer is dan:
3 weken voor een polikliniekbezoek;
4 weken voor een dagbehandeling;
6 weken voor een ziekenhuisopname.
Voor verdere informatie kunt u contact opnemen met de afdeling zorgbemiddeling.
- **Hulpverlening van Alarmcentrale EuroCross International:** Hulpverlening in het buitenland wordt geregeld door de Alarmcentrale EuroCross International. Dit is een wereldwijde hulpverleningsorganisatie waarbij miljoenen mensen zijn aangesloten. De meest belangrijke vormen van hulpverlening zijn:
 - garantiestelling en administratieve afhandeling bij ziekenhuisopname en overleg met de behandelend arts (iedere 48 uur);
 - organiseren van het vervoer vanuit het buitenland naar Nederland (repatriëring)*; dit geldt ook voor het vervoer van een overledene;

- inlichten familieleden als u daartoe zelf niet in staat bent;
- organiseren van toezending medicijnen en hulpmiddelen;
- organiseren van communicatie tussen behandelend arts in het buitenland en de huisarts/medisch specialist in Nederland. In geval van nood kunt u contact (laten) opnemen met EuroCross International, **tel. 00 31 (071) 364 62 00.**

Achmea health pakket voor aanvullend verzekeren

Achmea health ontwikkelt diensten op het gebied van leefstijl en gezondheid. Het pakket zal continu worden uitgebreid. In de voorwaarden Achmea health staan de diensten en vergoedingen waar u gebruik van kunt maken. Daarnaast ontvangt u een aantal keren per jaar het gratis Achmea health Magazine.

Voor nadere informatie of aanvragen inzake Achmea health diensten kunt u contact opnemen met de helpdesk,

tel. (0900) 439 66 35 of via het e-mailadres, informatie@achmeahealth.nl.

Uw verzekering en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

In Nederland kennen we voor bijzondere risico's de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Als dit op uw polisblad is vermeld, dan is uw polisblad (ook) een verzekeringsbewijs voor de AWBZ.

De AWBZ is een verzekering voor (in principe) iedere ingezetene van Nederland. Onder de AWBZ valt onder andere de ouderenzorg, de thuiszorg, de zorg aan verstandelijk gehandicapten en bevolkingsonderzoek. Dit is allemaal wettelijk geregeld.

Op grond van de AWBZ zijn wij verplicht om uw sofi-nummer op te nemen in onze administratie. Dit nummer mogen wij uitsluitend gebruiken voor de uitvoering van de AWBZ.

Wat er allemaal in de AWBZ zit en hoeveel u daarvoor moet betalen, wordt door de overheid bepaald. Meestal wordt de inkomensafhankelijke premie AWBZ via de belasting direct op uw pensioen of salaris ingehouden of bij de inkomstenbelasting verrekend.

Voor nadere informatie verwijzen wij u naar het Zorgkantoor dat werkzaam is in uw woonplaats. Voor de regio's Drenthe, Zwolle en Flevoland kunt u het Zorgkantoor bereiken op **tel. (038) 456 69 09.**

* Kosten van repatriëring op sociale en medische indicatie vallen niet onder de basisdekking van uw Ziektekostenverzekering. EuroCross International kan het wel voor u organiseren. Repatriëring op medische indicatie valt wel onder de dekking van de Aanvullende Ziektekostenverzekering.

VOORWAARDEN STANDAARD (PAKKET) POLIS

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1 De verzekeraar:

Achmea Zorgverzekeringen N.V.,
K.v.K. 28080300.

1.2 Audiologische zorg:

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psycho-sociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

1.3 Bijkomende kosten:

De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

1.4 Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

1.5 Centrum voor erfelijkheidsadvies:

Een in Nederland gelegen instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

1.6 Dagverpleging:

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch-specialist.

1.7 Ergotherapeut:

Een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit 'diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

1.8 EU- en EER-lidstaat:

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan:

- België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Tevens de EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

1.9 Farmaceutische zorg:

De bij ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutisch zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

1.10 Fysiotherapeut:

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

1.11 Gezin:

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.

1.12 Huisarts:

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.13 Hulpmiddelen:

De bij ministeriële Regeling vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door de verzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

1.14 Kaakchirurg:

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.15 Kaakchirurgische behandeling:

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

1.16 Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

1.17 Kraamzorg:

Kraamcentrum:

Een conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de verzekeraar als zodanig erkende instelling.

Kraamzorg:

De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

1.18 Laboratoriumonderzoek:

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

1.19 Logopedist:

Een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit 'diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

1.20 Manueel therapeut:

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut

peut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

1.21 Medisch adviseur:

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

1.22 Medische noodzaak:

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

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 Medisch-specialistische zorg:

Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

1.25 Oedeemtherapeut:

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

1.26 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck:

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit 'diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

1.27 Opname:

Opname van 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 een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

1.28 Orthodontist:

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

1.29 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, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

1.30 Tandarts:

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

1.31 Tandprotheticus:

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

1.32 Verloskundige:

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

1.33 Verzekerde:

Ieder die als zodanig op de polis, op het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

1.34 Verzekeringnemer:

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.35 Wet BIG:

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.36 Zelfstandig behandelcentrum:

Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

1.37 Ziekenhuis:

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

2. DEKKING

2.1 Omvang van de dekking:

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de kosten van de hierna genoemde in Nederland ondergane medische behandelingen, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

2.1.1 Eigen risico:

Op de polis is een eigen risico van EUR 100,00 per gezin (voor alleenstaanden EUR 50,00) per kalenderjaar van toepassing. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Het eigen risico is niet van toepassing op ziekenvervoer, niet zijnde ambulancevervoer. Hiervoor geldt een specifiek eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekeringnemer blijft, tellen deze niet mee voor het bedrag van het eigen risico.

2.1.2 Opname en medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis:

Vergoed worden:

- de kosten van medisch-specialistische

zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;

- de kosten van opname in de derde klasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis.
- de bijkomende kosten

Indien een meeverzekerd kind, vanwege de verpleging van de moeder, in het ziekenhuis moet verblijven worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind de leeftijd van drie maanden niet heeft bereikt.

2.1.3 Medisch-specialistische zorg, anders dan door of vanwege een ziekenhuis, in een huispraktijk:

Vergoed wordt het honorarium van de medisch-specialist voor de medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis wordt verleend.

2.1.3.1 Medisch-specialistische zorg in een zelfstandig behandelcentrum:

Vergoed wordt:

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

Een lijst van zelfstandige behandelcentra is desgewenst op aanvraag verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar.

2.1.3.2 Medisch-specialistische zorg elders:

Vergoed wordt het honorarium van de medisch-specialist.

2.1.3.3 Opname voor bepaalde duur in het Nederlands Astma Centrum te Davos, Zwitserland (NAD):

Vergoed worden de kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos, indien en voor zover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland. De verzekeraar dient op een desbetreffend verzoek tevoren een machtiging afgegeven te hebben. De af te geven machtiging geldt voor een periode van zes weken tenzij door de verzekeraar anders is bepaald.

2.1.4 Revalidatie:

2.1.4.1 Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en,
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

2.1.4.2 Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

2.1.4.3 Vergoeding van de kosten, bedoeld onder lid 2.1.4.1 en 2.1.4.2 vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de verzekeraar is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer de verzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

2.1.5 Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen:

2.1.5.1 Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De middelen zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige

onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudend huisarts, tenzij de verzekeraar anders bepaalt. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking.

Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem(GVS) van toepassing.

De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

2.1.5.2 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed - overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - na vooraf verleende toestemming door de verzekeraar. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

2.1.5.3 De kosten voor verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangezezen.

2.1.6 Hulpmiddelen:

2.1.6.1 Vergoed worden de kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden vergoed overeenkomstig de ministeriële Regeling Hulpmiddelen (inclusief de maximumbedragen) en de door de verzekeraar vastgestelde voorwaarden. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar bij de verzekeraar.

De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig

kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar.

2.1.6.2 Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek te voren toestemming heeft gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

2.1.6.3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

2.1.7 Fysiotherapie en oefentherapie:

Vergoed worden de kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, dan wel oedeemtherapeut of 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie geïndiceerd is. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar. Indien en voorzover geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of medisch specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar, dan wel nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie.

Hiervoor is vooraf toestemming van de verzekeraar noodzakelijk.

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor (kinder)fysiotherapie (met uitzondering van manuele therapie) of oedeemtherapie dan wel oefentherapie Mensendieck / Cesar in verband met een chronische aandoening - overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck / Cesar, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - dan bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per indicatie. Hiervoor is vooraf toestem-

ming vereist van de verzekeraar. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Niet voor vergoeding in aanmerking komt individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er slechts toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

2.1.8 Ergotherapie:

De vergoeding omvat de kosten van advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 uren per kalenderjaar, op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

2.1.9 Logopedie:

Vergoed worden de kosten van behandeling op voorschrift van de (tand)arts door een logopedist.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

2.1.10 Behandeling door of vanwege de huisarts:

De vergoeding omvat:

- het honorarium (met inbegrip van de specifieke toeslagen), van de huisarts, respectievelijk de door de dienstenstructuur, waarbij deze is aangesloten, in rekening gebrachte kosten, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

2.1.11 Bevalling en kraamzorg:

Voor de vrouwelijke verzekerde geldt ter zake bevalling en kraamzorg de volgende vergoedingsregeling:

2.1.11.1 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk):

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de

dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a. de kosten van opname in de derde klasse;
- b. de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- c. het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch-specialist of verloskundige of huisarts.

2.1.11.2 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamcentrum (niet medisch noodzakelijk):

Indien de bevalling en het kraambed in een ziekenhuis of kraamcentrum plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a. de kosten in rekening gebracht door het ziekenhuis of kraamcentrum, gedurende maximaal 10 dagen tot ten hoogste EUR 154,97 per dag;
- b. het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch-specialist of verloskundige of huisarts.

Op de vergoeding genoemd onder a) blijft een bedrag van EUR 21,78 per dag voor rekening van de verzekeringnemer.

2.1.11.3 Bevalling en kraambed thuis:

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden worden de volgende kosten van het kraamcentrum vergoed:

- a. het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch-specialist of huisarts of verloskundige;
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, van tenminste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toege-

kend door het kraamcentrum in overleg met de verzekeraar.

Op de vergoeding onder c) blijft een bedrag van EUR 2,72 per uur zorg voor rekening van de verzekeringnemer.

2.1.11.4 Poliklinische bevalling:

Indien de bevalling poliklinisch plaatsvindt bestaat aanspraak op de vergoeding van:

- a. de kosten van het ziekenhuis volgens het daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie goedgekeurde tarief, waarbij een bedrag van EUR 21,78 voor rekening van de verzekeringnemer blijft. Indien het ziekenhuis evenwel verpleegdagen in rekening brengt, vindt vergoeding plaats overeenkomstig het onder 2.1.11.2 gestelde;
- b. het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- c. de kosten van kraamzorg zoals genoemd onder punt 2.1.11.3 lid c.

2.1.11.5 Combinatie van de zorg genoemd onder 2.1.11.1 t/m 2.1.11.4:

Bij een combinatie van de hierboven genoemde zorg worden de kosten voor maximaal 10 in tijdsvolgorde in rekening gebrachte dagen vergoed, met dien verstande dat indien de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, deze 'dubbele' dag eveneens wordt vergoed, alles overeenkomstig de hiervoor van toepassing zijnde regelingen.

2.1.12 Tandheelkundige zorg:

2.1.12.1 Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar:

Vergoed worden de kosten tot maximaal EUR 227,- per verzekerde per kalenderjaar. Niet vergoed worden de kosten van orthodontie en de kosten van gegoten vullingen, kronen, bruggen en implantaten in een betande kaak.

2.1.12.2 Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden vanaf 18 jaar:

Vergoed worden de kosten van:

Tariefcode

- periodiek preventief onderzoek, ten hoogste eenmaal per jaar C11
- incidenteel consult C13
- schriftelijke medische anamnese C22
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontie X10, X21, X22, X24
- chirurgische tandheelkundige zorg codes beginnend met letter H.

2.1.12.3 Gebitsprothese:

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- of onderkaak door de tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde komen voor vergoeding in aanmerking een immediaatprothese, dan wel een vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij vervaardiging en plaatsing door een tandprotheticus komt alleen voor vergoeding in aanmerking de uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- of onderkaak.

Vergoed wordt 75 % van de gedeclareerde bedragen.

Tevens worden volledig vergoed de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande overkappingsprothese.

Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde tarief in aanmerking.

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste EUR 500,00 per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien

de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Indien de volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, EUR 400,00 per onder-c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

2.1.12.4 Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen:

De vergoeding omvat de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een schisis-afwijking (lip- of kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking. De verzekeraar dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te geven voor de behandeling.

2.1.12.5 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- b. een kaakgewrichtsafwijking (pijndysfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
- e. een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een

voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect);

In aanvulling op hetgeen hierboven onder a.en c. is vermeld, bestaat uitsluitend voor de verzekerde jonger dan 18 jaar ook recht op vergoeding van de kosten welke verband houden met vervanging van een of meerdere ontbrekende blijvende snijtand (en/of hoektand(en)), doch uitsluitend indien het ontbreken van de betreffende tand(en) het gevolg is van het niet aangelegd zijn of het gevolg is van een ongeval.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling van de afwijking zoals onder a t/m e genoemd een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandlingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Vergoed wordt 90% van de gedeclareerde bedragen.

2.1.12.6 Kaakchirurgische behandeling:

De vergoeding omvat:

- het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige zorg, niet zijnde parodontale chirurgische hulp, die niet gepaard gaat met een opname en voor zover het betrekking heeft op tandheelkundige implantaten met inachtneming van art. 2.1.12.7;
- de bijkomende kosten.

2.1.12.7 Tandheelkundige implantaten:

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem

goedgekeurd behandelingsplan, vooraf toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zo nodig van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

2.1.12.8 Mesostructuur en prothese op implantaten:

Vergoed worden de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien:

- de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Per overkappingsprothese in de onder- dan wel de bovenkaak komt een bijdrage van EUR 90,00 per kaak voor rekening van de verzekerde.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking. In dat geval komt

eveneens een eigen bijdrage van EUR 90,00 per kaak voor rekening van de verzekerde. Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

2.1.12.9 Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap:

De vergoeding omvat de kosten van tandheelkundige zorg welke voor de betrokken verzekerde met het oog op zijn handicap redelijkerwijs is aangewezen.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor de verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

2.1.13 Ziekenvervoer:

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland - indien en voor zover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is - per ambulance, taxi of auto zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, kraamcentrum of een instrumentenmaker voor het aanpassen van een prothese. Tevens het vervoer naar en van de plaats waar een behandeling plaatsvindt respectievelijk vervoer naar en van een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Voor ziekenvervoer, niet zijnde ambulancevervoer, komt een bedrag van de eerste EUR 45,38 per gezin per kalenderjaar (voor alleenstaanden EUR 22,69 per kalenderjaar) niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op EUR 0,18 per kilometer.

De kosten van ziekenvervoer dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens de Standaard-(pakket)polis - en met inachtneming van het eigen risico - geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen, daaronder begrepen de kosten die voor vergoe-

ding krachtens de AWBZ in aanmerking kunnen komen.

De kosten van openbaar vervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.1.14 Leukemie bij kinderen:

De kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

2.1.15 Nierdialyse:

Bij niet-klinische hemodialyse in een dialysecentrum worden de kosten vergoed van de verleende nierdialyse, alsmede van het daarmee verband houdende onderzoek, de behandeling en de verpleging. Tevens worden de kosten verband houdende met de door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding vergoed.

Bij dialyse ten huize van de verzekerde komen behalve de hiervoor vermelde kosten ook de navolgende kosten voor vergoeding in aanmerking:

- de kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat. Tevens vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen. De kosten worden alleen vergoed voor zover niet andere wettelijke regelingen daarin voorzien.
- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn.
- de kosten van het in bruikleen geven van de hemodialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse.

2.1.16 Organtransplantaties:

Vergoed worden de kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever (ortho-

toop), alsmede de kosten van weefseltransplantaties in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de verzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

2.1.17 Chronisch intermitterende beademing:

Vergoed worden de kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van een medisch-specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

2.1.18 Audiologisch centrum:

Vergoed worden de kosten van zorg door een - daartoe conform de bij wet gestelde regels toegelaten - audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

2.1.19 Trombosedienst:

Vergoed worden de kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een medisch-specialist.

2.1.20 Erfelijkheidsonderzoek:

Vergoed worden de kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of medisch-specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de

erfelijksadvies en de met deze zorg verband houdende psycho-sociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s) van de) onderzochte andere persoon of personen.

2.2 Buitenland:

De in de polis vermelde woorden die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie zijn niet van toepassing op dit polisartikel.

2.2.1.1 Woonachtig in Nederland, zorg in een andere lidstaat van de EU/EER:

De vergoeding van de kosten van zorg in een andere EU/EER-lidstaat bedraagt ten hoogste 100% van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de standaard(pakket)polis zou zijn vergoed.

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto worden in dat geval vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen de woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.

Ter toelichting: het is aan te bevelen dat de verzekerde in een voorkomend geval van te voren met de verzekeraar contact opneemt, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

2.2.1.2 Woonachtig buiten Nederland:

Dit artikel is van toepassing indien het op 22 oktober 2001 bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel tot Wijziging van de Wtz 1998 (het vervallen van het woonplaatsvereiste) in zijn huidige vorm tot wet wordt verheven.

Indien verzekerde niet in Nederland woonachtig is, maar in een andere EU/EER-lidstaat, bestaat recht op vergoeding van kos-

ten, overeenkomstig de aanspraken die een in Nederland woonachtige verzekerde op grond van deze polis heeft, echter op basis van het tarief dat van toepassing is in het betreffende woonland, met inbegrip van het conform de polis geldende eigen risico en de eigen bijdragen.

Bedoeld tarief geldt eveneens indien de verzekerde de niet-spoedeisende zorg in Nederland of in een andere EU/EER-lidstaat dan het woonland betreft.

Artikel 2.2.1.2 is van overeenkomstige toepassing indien de verzekerde als in Nederland werkende grensarbeider of gezinslid van een zodanige grensarbeider woonachtig is in één van de landen waarmee Nederland een bilateraal verdrag op het gebied van de sociale zekerheid heeft gesloten.

2.2.2 Spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland:

2.2.2.1 Indien verzekerde, woonachtig in Nederland, dan wel woonachtig in een andere EU/EER-lidstaat, buiten zijn woonland verblijft, heeft hij aanspraak op vergoeding van kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke zorg. Deze aanspraak omvat:

- medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis gepaard gaande met opname gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
- medisch-specialistische zorg zonder opname;
- behandeling door een huisarts;
- farmaceutische zorg op voorschrift van een huisarts of een medisch-specialist.

Voornoemde kosten worden vergoed tot ten hoogste 200% van de kosten die, met toepassing van verzekeringsvoorwaarden, zouden worden vergoed indien de verzekerde de behandeling in Nederland, dan wel zijn woonland, zou hebben ondergaan.

Er wordt geen vergoeding verleend als de betreffende behandeling kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland, dan wel het woonland.

2.2.2.2 Vergoeding van de kosten van de in het vorige lid genoemde zorg omvat voorts vergoeding van de kosten van het medisch

noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde medisch- specialist.

2.2.2.3 Vergoeding van de in het artikel 2.2.2.1 bedoelde kosten tot ten hoogste 200% wordt niet verleend, indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan.

2.2.2.3 De vergoeding van de verzekerde kosten, bedoeld in artikel 2.2.1 en 2.2.2, geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de verrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de verzekeraar zijn ontvangen.

2.3 Uitsluitingen:

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

2.3.1 indien en voor zover door de verzekeringnemer of de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging/behandeling kan worden gemaakt;

2.3.2 voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;

2.3.3 voor onderzoek en behandeling door een psycholoog;

2.3.4 voor alternatieve geneeswijzen;

2.3.5 voor geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;

2.3.6 voor vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;

2.3.7 voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en

muitelij. Dit overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd;

2.3.7.1 voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;

2.3.7.1.1 De uitsluiting onder 2.3.7.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).

2.3.1.7.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 2.3.7.1.1. geen toepassing.

2.3.8 voor een in vitro fertilisatie-behandeling;

2.3.9 voor kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;

2.3.10 voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de regeling Farmaceutische Zorg anders is bepaald.

3. ALGEMEEN

3.1 Grondslag van de verzekering:

De grondslag van de verzekering vormen de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998, het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden, het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden alsmede het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier. De schriftelijke gegevens die

bij het aanvraagformulier afzonderlijk door de verzekerde zijn verstrekt vormen, met de bij een eventuele keuring verstrekte gegevens, de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

3.2 Kinderen:

3.2.1 Voor kinderen, geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen een maand na hun geboorte ter verzekering aangemeld, geldt dat de verzekering van de geboorte af van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen.

3.2.2 Meeverzekerd kunnen worden:

- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen vanaf 18 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (WTOS) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen ingevolge Artikel 6.1 en afdeling 6.4. van de Wet inkomstenbelasting 2001, jo. Artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001.

3.3 Vrije keuze:

Verzekerde is vrij in keuze van ziekenhuis, medisch-specialist, kaakchirurg, orthodontist, huisarts, apotheker, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut en logopedist.

3.4 Opname in een hogere dan de verzekerde klasse:

Bij opname in een ziekenhuis in een hogere klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de derde klasse.

3.5 Begin en einde van de vergoeding:

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, 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.

3.6 Registratie van persoonsgegevens:

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie.

4. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER

4.1 De verzekeringnemer is verplicht:

4.1.1 van een opname in een ziekenhuis en bij bevalling en kraamzorg zo spoedig mogelijk vooraf schriftelijk kennis te geven aan de verzekeraar;

- spoedopnames binnen drie dagen na opname schriftelijk ter kennis te brengen van de verzekeraar;
- de behandelend huisarts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;

4.1.2 aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;

4.1.3 de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;

4.1.4 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn;

4.1.5 bij medisch-specialistische zorg een verwijzing van de medisch-specialist, huis-

arts of tandarts over te leggen, indien de verzekeraar hierom vraagt;

4.1.6 bij (kinder)fysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, oefentherapie, ergotherapie en logopedie een verwijzing van de huisarts of medisch-specialist over te leggen, indien de verzekeraar hierom vraagt.

4.2 Wanneer de belangen van de verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

5. PREMIE EN EIGEN RISICO

5.1 Premiebetaling:

5.1.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen, per maand, kwartaal of jaar bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her-)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen vergoeding.

5.1.2 In geval van overlijden van de verzekerde, dan wel na ontvangst door de verzekeraar van de mededeling van de inschrijving als ziekenfondsverzekerde, vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum, dan wel de dag volgend op de datum van ontvangst van het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde.

5.2 Schorsing:

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die

hebben plaatsgevonden na de vervalddag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

Behoudens in geval van beëindiging wordt de dekking weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen.

5.3 Eigen risico:

5.3.1 Voor de bepaling van het eigen risico van EUR 100,00 per gezin (EUR 50,00 voor alleenstaanden), is de (gezins)situatie bij aanvang van de verzekering of de (gezins)situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het eigen risico berekend door het verschuldigde eigen risico in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekeringsovereenkomst in dat jaar betrekking heeft gehad, gedeeld door twaalf. Bij het aangaan van een verzekering wordt de maand waarin deze tot stand komt buiten beschouwing gelaten. Bij het einde van een verzekering wordt de maand waarin deze wordt beëindigd, als volle maand meegeteld.

5.3.2 Indien de verzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed zal zo nodig het openstaande eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel teruggevorderd.

5.4 Kennisgeving:

De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling, verhuizing, huwelijk, samenwo-

ning, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

6. HERZIENING VAN PREMIE OF VOORWAARDEN

6.1 De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien.

Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum.

De verzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

6.2 De verzekeringnemer, die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in 6.1 genoemde datum beëindigen, mits hij dit binnen 30 dagen daarna schriftelijk aan de verzekeraar mededeelt. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven.

6.3 Heeft de verzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7. DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

7.1 De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer ten minste drie maanden voor het einde van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd.

7.2 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de verzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens in geval van

beëindiging na schorsing, zoals bedoeld in 5.2.

7.3 De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. De verzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden.

7.4 De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer in Nederland woonachtig is, dan wel niet in een andere EU/EER lidstaat woonachtig is of wordt.

7.5 De verzekering van de verzekerde eindigt indien de verzekerde tot de ziekenfondsverzekering is toegelaten en wel op de datum waarop de verzekeraar van de verzekerde het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde ontvangt.

7.6 De verzekering eindigt voor kinderen op het moment waarop niet meer wordt voldaan aan het gestelde onder 3.2.

Deze personen hebben het recht zich zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de geldende premie voor volwassenen.

8. GESCHILLEN EN KLACHTEN

8.1 Alle geschillen voortkomend uit de bepalingen van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998, dan wel de inhoud van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de Beroepscommissie WTZ, Postbus 520, 3700 AM Zeist binnen zes maanden na het handelen of nalaten dat tot het geschil aanleiding heeft gegeven. De Beroepscommissie beslist bij wege van bindend advies over het voorgelegde geschil.

8.2 Klachten kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de verzekeraar, ter bemiddeling worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

8.3 Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

BIJZONDERE VOORWAARDEN AANVULLENDE 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.

Indien een eerste- of tweede klasseverzekering is afgesloten en u wordt opgenomen in de derde klasse, dan vergoeden wij voor verzekerden van 18 jaar en ouder EUR 69,00 per dag dat u bent opgenomen in die klasse, tot een maximum van EUR 4.538,00 per kalenderjaar. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

VOORWAARDEN AANVULLENDE ZIEKTEKOSTEN-VERZEKERING STANDAARD (PAKKET) POLIS

Op vergoeding van de hierna genoemde rubrieken en met inachtneming van de Voorwaarden Standaard (Pakket) Polis, bestaat aanspraak mits de verzekerde op de behandeldatum een Aanvullende Ziektekostenverzekering heeft.

Op de hierna genoemde rubrieken bestaat geen aanspraak op vergoeding van vervoerskosten, tenzij anders is bepaald.

Het eigen risico, genoemd in artikel 2.1.1 van de Standaard (Pakket) Polis wordt niet vergoed, tenzij anders vermeld.

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Maatschappij:

Achmea Zorgverzekeringen N.V.,
K.v.K. 28080300.

Gezondheidszorgpsycholoog:

Een in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Artikel 1

LOOPTIJD EN BEËINDIGING VAN DE VERZEKERING

De duur van de verzekering bedraagt 12 maanden vanaf 1 januari.

Indien de verzekering is aangegaan in de loop van een boekjaar dan loopt de verzekering door tot 31 december van het daaropvolgend jaar.

De verzekering wordt geacht stilzwijgend telkens voor 12 maanden te zijn verlengd, tenzij de verzekeringsnemer tenminste 3 maanden voor de afloop van de verzekeringsperiode de verzekering schriftelijk heeft opgezegd.

Artikel 2

ALGEMEEN

Met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden van de Standaard (Pakket) Polis geldt voor de Aanvullende Ziektekostenverzekering het volgende:

Bij samenloop van verzekeringen bij de maatschappij worden rekeningen achtereenvolgens ten laste gebracht van de Standaard (Pakket) Polis, Aanvullende Tandartskostenverzekering en deze Aanvullende Ziektekostenverzekering. De in de algemene richtlijnen bij de Standaard (Pakket) Polis vermelde eigen risico bedragen zijn niet van toepassing op de hieronder vermelde dekkingen.

Artikel 3

VERGOEDINGEN

Vergoeding vindt plaats voor de kosten van:

1. Acnebehandeling

Vergoed worden, op verwijzing van een arts, de kosten van een acnebehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 182,00 per 5 jaar.

2. Alternatieve geneesmiddelen

Homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen die wettelijk geregistreerd staan in de Homeopathie vergoedingenlijst (Z.index) worden vergoed als deze zijn verstrekt op voorschrift van een (alternatieve) arts. Vergoeding vindt alleen plaats als de geneesmiddelen worden verkregen van een in Nederland gevestigde farmaceutische voorziening waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

3. Alternatieve geneeswijzen

Vergoed worden de kosten van consulten en behandelingen van de hierna vermelde alter-

natieve geneeswijzen. De maximale vergoeding bedraagt EUR 28,50 per dag.

Voorwaarde voor vergoeding is dat de consulten en/of behandelingen worden uitgevoerd door een in Nederland bevoegde arts (a en b) of zorgverlener (c t/m h) die door de maatschappij is erkend.

- a. antroposofische geneeskunde;
- b. natuurgeneeskunde;
- c. acupunctuur;
- d. behandeling door een chiropractor;
- e. haptotherapie;
- f. (klassieke) homeopathie;
- g. manuele geneeskunde;
- h. osteopathie.

Informatie over erkende alternatieve genezers in uw omgeving kunt u telefonisch verkrijgen bij de afdeling Klanten Service Zorg, tel. (038) 456 79 99.

4. Brillenglazen/contactlenzen

Vergoed worden de kosten van brillenglazen en contactlenzen van 4,25 dioptrieën of meer. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 69,00 per 3 jaar.

5. Buitenlanddekking

Bij tijdelijk verblijf in het buitenland (maximaal 6 maanden) worden vergoed:

- a. de kosten van spoedeisende geneeskundige zorg, op basis van de kostprijs (laagste verpleegklasse), indien deze behandeling(en) bij verblijf in Nederland zouden vallen onder de dekking van de Standaard (pakket) Polis of AWBZ en deze kosten niet of gedeeltelijk worden vergoed volgens artikel 2.2.2 van de Voorwaarden Standaard (Pakket) Polis;
- b. de kosten van tandheelkundige zorg tot een bedrag van EUR 341,00, indien sprake is van acute pijn en/of acute problemen waarbij noodvoorzieningen moeten worden getroffen en de verzekerde tevens een Aanvullende Tandartskostenverzekering bij de maatschappij heeft afgesloten;
- c. de kosten van ziekenvervoer vanuit het buitenland terug naar Nederland (repariëring), na toestemming van de maatschappij;

d. de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot terug naar Nederland, na toestemming van de maatschappij.

Niet vergoed worden kosten die redelijkerwijs te voorzien waren bij vertrek naar het buitenland.

Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient direct overleg gepleegd te worden met de Achmea health Alarmcentrale (uitgevoerd door EuroCross International). De meest belangrijke vormen van hulpverlening zijn:

- garantiestelling en administratieve afhandeling bij ziekenhuisopname en overleg met de behandelend arts (iedere 48 uur);
- organiseren van het vervoer vanuit het buitenland naar Nederland;
- inlichten familieleden als u daartoe zelf niet in staat bent;
- organiseren van toezending medicijnen en hulpmiddelen;
- organiseren van communicatie tussen behandelend arts in het buitenland en de huisarts/medisch specialist in Nederland.

De kosten worden alleen vergoed tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. Waarbij de nota's van een apotheek altijd voorzien dienen te zijn van het voorschrift van de arts.

De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de verrekenswaardigheden op de dag waarop de medische behandeling heeft plaatsgevonden.

6. Camouflage therapie

Vergoed worden de kosten van camouflage therapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, als deze therapie door een arts is voorgeschreven. Voorwaarde is dat de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 91,00 per kalenderjaar voor behandelingen en camouflagemiddelen tezamen.

7. Eigen bijdrage hulpmiddelen

De door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor hulpmiddelen wordt vergoed tot maximaal EUR 227,00 per verzekerde per

kalenderjaar. Er vindt uitsluitend vergoeding plaats voor hulpmiddelen welke vergoed worden volgens de regeling Hulpmiddelen zoals deze is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.

8. Eigen bijdrage kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden wordt de eigen bijdrage kraamzorg volledig vergoed.

9. Eigen bijdrage psychotherapie krachtens de AWBZ

De door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor psychotherapie (individuele, groeps-, gezins- of partner-relatietherapie), mits deze plaatsvindt op verwijzing van een huisarts, wordt vergoed tot een maximum van EUR 454,00 voor de totale looptijd van de verzekering.

10. Epilatiebehandeling

Vergoed worden de kosten van een epilatiebehandeling van ernstig storende haargroei in het gelaat bij vrouwen op verwijzing van huisarts of medisch specialist.

Voorwaarde is dat de elektrische epilatiebehandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft en dat de laserepilatiebehandeling wordt uitgevoerd door een laserkliniek die door de maatschappij is erkend.

De vergoeding bedraagt 75% van de kosten tot een maximum van EUR 681,00 voor de totale looptijd van de verzekering.

11. Farmaceutische zorg

Op aanvraag van huisarts of medisch specialist en na goedkeuring door de maatschappij kan vergoeding worden verleend voor een aantal geneesmiddelen welke niet vergoed worden krachtens de regeling Farmaceutische Hulp zoals deze is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.

De vergoeding wordt verleend voor een beperkt aantal middelen bij een aantal op diagnose gebaseerde indicaties.

De middelen waarom het gaat zijn bekend bij de huisarts, apotheek en medisch specialist.

12. Fysiotherapie/oefentherapie Cesar/Mensendieck

Vergoed worden de kosten van behandeling op voorschrift van de huisarts of medisch specialist door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of Mensendieck als bedoeld in het Fysiotherapeutenbesluit, de Besluiten oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, voorzover niet gedekt onder de Standaard (Pakket) Polis. De vergoeding dient vooraf, ter goedkeuring, te worden aangevraagd bij de maatschappij. De zorg moet worden verleend door een zorgverlener waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

13. Herstellingsoorden

Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage voor opname in een door de maatschappij erkend herstellingsoord, niet zijnde een AWBZ-herstellingsoord. De maximale vergoeding bedraagt EUR 48,00 per dag gedurende maximaal 4 weken per kalenderjaar.

De reiskosten bij opname en ontslag kunnen worden vergoed op basis van openbaar vervoer (laagste klasse) of indien gebruik wordt gemaakt van eigen vervoer EUR 0,10 per kilometer.

Zowel de kosten van het verblijf in het herstellingsoord als de reiskosten moeten vooraf, ter goedkeuring, door een arts worden aangevraagd.

14. In vitro fertilisatie

Na voorafgaande toestemming door de maatschappij worden vergoed de kosten van in vitro fertilisatie behandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient daarbij sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie. Bij de toestemming vooraf kan de maatschappij nadere voorwaarden stellen.

Maximaal 3 IVF-pogingen per behandelde vrouwelijke verzekerde komen voor vergoeding in aanmerking. Per poging geldt een eigen bijdrage van EUR 363,00.

15. Kortdurende Psychologische Zorg

Vergoed worden de kosten van een behandeling door een psycholoog.

Maximaal worden 12 zittingen per 24 maanden

den vergoed. De maximale vergoeding bedraagt EUR 50,00 per zitting.

De volgende nadere voorwaarden zijn van toepassing:

- het moet gaan om acute, kortdurende individuele zorg die plaatsvindt in het kader van de behandeling door de huisarts;
- de behandeling kan alleen plaatsvinden na verwijzing door de huisarts;
- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een psycholoog afgestudeerd in de psychologie en die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat;
- de vergoeding wordt rechtstreeks overgemaakt aan de psycholoog.

16. Manuele Lymfdrainage

Vergoed worden de kosten van manuele lymfdrainage in verband met ernstig lymfoedeem. De behandelingen moeten worden uitgevoerd door een huidtherapeut of manueel lymftherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De manuele lymfdrainage moet vooraf, ter goedkeuring, worden aangevraagd door een arts. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 454,00 per kalenderjaar.

17. Oefentherapie voor verzekerden met reuma

Vergoed worden de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water.

Voorwaarde voor vergoeding is dat men in groepsverband deelneemt onder leiding van een gediplomeerd fysiotherapeut of gediplomeerd Cesar/Mensendieck - therapeut. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 4,00 per keer, met een maximum van EUR 200,00 per kalenderjaar. De vergoeding wordt rechtstreeks overgemaakt aan de door de maatschappij erkende organiserende instantie.

18. Orthodontie voor kinderen tot 18 jaar

Voor de totale looptijd van de verzekering wordt vergoed 75% van de kosten van orthodontische behandelingen door een tandarts of orthodontist. De vergoeding geldt voor maximaal 24 behandelingsmaanden.

De maand waarin de apparatuur wordt geplaatst, wordt gerekend als eerste behandelingsmaand.

Van vergoeding zijn uitgesloten;

- vervanging apparatuur na onzorgvuldig gebruik;
- reparatie na onzorgvuldig gebruik;
- behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (afleren slechte gewoonten, bijvoorbeeld duimzuigen);
- toeslag voor keramische brackets, per bracket;
- niet nagekomen afspraken.

19. Pedicurezorg

Vergoed worden, op verwijzing van huisarts of medisch specialist, de kosten van voetverzorging bij dreigende diabetische of reumatische voetproblemen. De behandeling moet worden gegeven door een pedicure waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De maximale vergoeding bedraagt EUR 21,00 per behandeling met een maximum van EUR 126,00 per kalenderjaar.

20. Plaswekker

Op verwijzing van huisarts of medisch specialist wordt na goedkeuring door de maatschappij een plaswekker in bruikleen verstrekt gedurende een periode van 3 maanden.

21. Podotherapie

Vergoed worden, op verwijzing van huisarts of medisch specialist, de kosten van voetbehandeling. De behandeling moet worden gegeven door een podotherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De maximale vergoeding bedraagt EUR 135,00 per kalenderjaar.

22. Psoriasis kuurbehandelingen

Vergoed worden, op verwijzing van huisarts of medisch specialist, de kosten van behandelingen tot maximaal EUR 1.248,00 per kalenderjaar bij ernstige psoriasis-aandoeningen in:

- a. de volgende psoriasisdagbehandelingscentra in Nederland:
 - Kuurcentrum Nieuweschans;
 - Kuurdagbehandelingscentrum in Boekelo;

- Kuurpolikliniek Groningen;
- Skin Therapy Vema B.V. in Schagen en Vlaardingen.

Reiskosten worden niet vergoed.

b. het buitenland in de volgende behandelcentra:

- Kliniek Beau Reveil te Leysin, Zwitserland of
- in een kliniek in Ein Bokek (Dode Zee), Israël.

De vergoeding is inclusief reiskosten.

23. Reuma kuurbehandelingen

Vergoed worden, op aanvraag en na voorafgaande toestemming door de maatschappij, de kosten van behandelingen tot maximaal EUR 1.248,00 per kalenderjaar bij reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew.

Reiskosten worden niet vergoed.

Alleen kuurreizen die worden georganiseerd door de Stichting Interkuur te Noordwijk komen voor vergoeding in aanmerking.

24. Ronald McDonald Huis, logeerhuis/ bezoekkostenregeling

Bij verpleging of poliklinische behandeling van de verzekerde of een (mee)verzekerd gezinslid in een ziekenhuis dat op minimaal 50 kilometer ligt van de woonplaats van de verzekerde worden vergoed:

- de kosten van het verblijf in een Ronald McDonald Huis of een logeerhuis, verbonden aan een ziekenhuis;
- de reiskosten voor maximaal 1 bezoek per dag aan een (mee)verzekerd gezinslid.

Het verzoek om vergoeding van de reiskosten dient schriftelijk te worden ingediend.

De vergoeding voor de reiskosten is gebaseerd op de tarieven van het openbaar vervoer (tweede klas).

Voor vervoer per eigen auto geldt een vergoeding van EUR 0,10 per kilometer.

Voor verblijf en reiskosten geldt een eigen bijdrage van EUR 90,00.

25. Steunzolen

Vergoed wordt voor volwassenen éénmaal per 24 maanden en voor kinderen tot 16 jaar éénmaal per 12 maanden, maximaal EUR 35,00 voor steunzolen naar blauwdruk, gipsmodel of schuimdoostechiek.

De steunzolen dienen geleverd te worden door een leverancier waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft, op voorschrift van de behandelend arts.

26. Stottertherapie

Vergoed worden, op verwijzing van huisarts, behandel-, reis- en verblijfkosten van stottertherapie volgens de hierna genoemde methodes, tot maximaal EUR 454,00 per verzekerde voor de totale looptijd van de verzekering.

- BOMA-methode;
- Del Ferro-methode;
- Hausdörfer-methode.

27. Tandheelkundige zorg voor kinderen tot 18 jaar

Vergoed wordt 100% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de officieel goedgekeurde tarieven (tenzij anders is aangegeven):

*Inlays**

- R11 eenvlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek
- R12 tweevlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek
- R13 drievlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek

Kronen (inclusief noodvoorziening)*

- R20 gegoten metalen kroon
- R25 gegoten metalen kroon met opgebakken porselein
- R26 jacketkroon met schouderpreparatie
- R27 jacketkroon zonder schouderpreparatie
- R28 endokroon, indirect vervaardigd
- R29 roestvrijstalen kroon, kunstharsconfectie kroon

Bruggen en etsbruggen**

- R40 eerste dummy
- R45 tweede en volgende in hetzelfde tussendeel

* De vergoeding van de gezamenlijke kosten voor kronen, inlays, brugdelen en labiale veneering is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 jaar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in de 2 voorafgaande jaren.

- R60 dummy zonder preparatie
- R61 dummy met preparatie
- R65 toeslag voor elke volgende dummy in het zelfde tussendeel

*Indirecte labiale veneering**

- R78 indirecte labiale veneering (schildje) zonder preparatie
- R79 indirecte labiale veneering (schildje) met preparatie

Techniekkosten kronen, inlays*, bruggen* en labiale veneeringen**

- R00 vergoeding techniekkosten van kronen, inlays, bruggen en labiale veneeringen, maximaal EUR 69,00 per element.

Solitair implantaat

- I13/238045 vergoeding plaatsing eerste solitair implantaat, maximaal EUR 454,00 per 2 jaar van de totale behandelingskosten. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in de 2 voorafgaande jaren.

Overige codes (geen vergoeding techniekkosten)

- R31 opbouw plastisch materiaal
- R32 gegoten opbouw indirecte methode
- R33 gegoten opbouw directe methode
- R46 intra-coronaire brugverankering, per anker
- R74 opnieuw vastzetten gegoten restauraties
- R75 opnieuw vastzetten etsbrug

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerden die één keer per jaar het eigen gebit door de tandarts laten onderzoeken.

28. Tandheelkundige zorg bij een ongeval voor kinderen tot 18 jaar

Indien door een ongeval, de verzekerde overkomen gedurende de looptijd van deze

* De vergoeding van de gezamenlijke kosten voor kronen, inlays, bruggen en labiale veneering is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 jaar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in de 2 voorafgaande jaren.

verzekering, tanden beschadigd of verloren raken, wordt voor tandheelkundige zorg maximaal EUR 908,00 vergoed per verzekerde voor de totale looptijd van de verzekering.

Onder ongeval wordt verstaan: een plotse, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijke letsel is ontstaan.

29. Therapeutische oorden voor gehandicapten

Vergoed wordt EUR 7,00 per dag per verzekerde gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar. Verzekerden die gehandicapt zijn en niet in een AWBZ-instelling verblijven, kunnen hiervoor in aanmerking komen. De kosten van verblijf in oorden, die georganiseerd of verzorgd worden door instellingen waar men een dag of dagdeel verblijft (bijvoorbeeld onderwijsinstellingen) worden niet vergoed.

30. Therapeutische oorden voor kinderen

Vergoed wordt EUR 7,00 per dag per verzekerde gedurende maximaal 6 weken per kalenderjaar en is van toepassing op het verblijf in een therapeutisch oord voor:

- astmatische kinderen;
- kinderen die bijvoorbeeld lijden aan suikerziekte.

31. Thuisverzorging voor gehandicapten en chronisch zieken

Vergoed worden, op aanvraag door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten te Bussum en na voorafgaande toestemming door de maatschappij, de kosten van maximaal 15 zorgdagen per kalenderjaar voor vervangende zorg aan de verzekerde die gehandicapt of chronisch ziek is en die normaal gesproken thuis mantelzorg ontvangt. De maximale vergoeding bedraagt EUR 89,00 per zorgdag.

32. Uitgestelde kraamzorg/adoptiekraamzorg

Vergoed wordt aan vrouwelijke verzekerden maximaal 15 uur kraamzorg als:

- de kraamzorg 10 dagen (of later) na de

- bevalling aanvangt (uitgestelde kraamzorg);
- bij feitelijke opname in het gezin het adoptiekind jonger is dan 1 jaar (adoptie-kraamzorg).
- De kraamzorg moet worden verleend door een kraamcentrum waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

33. UV-B lichtbehandeling

Op aanvraag van een dermatoloog en na goedkeuring door de maatschappij is thuis een Ultravioletlicht behandeling mogelijk. De vergoeding is per verzekerde maximaal EUR 681,00 per kalenderjaar.

Artikel 4

SAMENLOOP

Indien, zo deze Aanvullende Ziektekostenverzekering niet bestond, voor kosten die vallen onder de aanvullende dekking aanspraak zou kunnen worden gemaakt op vergoeding op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze dekking pas in de laatste plaats geldig. Dan zullen alleen die kosten voor vergoeding in aanmerking komen, welke het bedrag waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken te boven gaat.

Artikel 5

GESCHILLEN

Voor het recht op vergoeding kan geen beroep worden gedaan op telefonische of mondelinge toezeggingen. In gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de maatschappij, zo nodig na advies van een medisch adviseur.

VOORWAARDEN ACHMEA HEALTH

Op vergoeding van de hierna genoemde rubrieken en met inachtneming van de Voorwaarden Standaard (Pakket) Polis, bestaat aanspraak mits de verzekerde op de behandeldatum een Aanvullende Ziektekostenverzekering heeft.

Op de hierna genoemde rubrieken bestaat geen aanspraak op vergoeding van vervoerskosten, tenzij anders is bepaald.

Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor behandelingen of kosten, gemaakt in het buitenland, met uitzondering van de vergoeding genoemd in artikel 1.

Artikel 1

Achmea health Alarmcentrale

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de in artikel 3 lid 5 van de Bijzondere Voorwaarden Aanvullende Ziektekostenverzekering Standaard (Pakket) Polis genoemde hulpverlening door de Achmea health Alarmcentrale (uitgevoerd door Euro-Cross International);
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Achmea health Alarmcentrale. In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met de Achmea health Alarmcentrale, tel. **(071) 364 18 50**.

Artikel 2

Korting bij opticiens

Wij kunnen u informeren over de kortingsregeling die door Achmea health is afgesproken met opticiens.

Artikel 3

Korting op personalarmering

U heeft recht op een korting op de huur- en abonnementskosten in verband met

aansluiting op en gebruik van het alarmringsysteem van ActionLine.

Artikel 4

Second opinion

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

Artikel 5

Kraampakket

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons een medisch kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het medisch kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Artikel 6

Uitleen verpleegartikelen

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 7

Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Wij vergoeden het gebruik van bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood. Wij vergoeden de kosten van huur van deze apparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 8

Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

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

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

Artikel 9

Preventieve onderzoeken

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

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (maximaal 1 keer per 24 maanden);
- prostaatcancer.

Artikel 10

Sportmedisch onderzoek

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

- éénmaal per 24 maanden de kosten van een sportmedisch onderzoek. De eigen bijdrage per onderzoek bedraagt EUR 11,00;
- tweemaal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult en/of herhalingsconsult.

Voorwaarde voor vergoeding

De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de Federatie van Sport Medische Instellingen.

Artikel 11

Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal 1 leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen. De eigen bijdrage per training bedraagt EUR 102,00.

De volgende trainingen 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, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

Artikel 12

Preventieve cursussen

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot maximaal EUR 114,00 per verzekerde per cursus per kalenderjaar.

Wij geven een tegemoetkoming voor de volgende preventieve cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health centrum of een thuiszorginstelling;
- hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr of een thuiszorginstelling;
- eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- EHBO, georganiseerd door een plaatselijke EHBO-vereniging.

Wij kunnen u informeren over de organisaties 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.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Artikel 13

Voedingsvoorlichting

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist, tot maximaal EUR 114,00 per verzekerde per kalenderjaar.

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 14

Kuurcentra

U heeft recht op een korting bij de volgende kuurcentra:

- Fontana te Nieuweschan;
- Thermaalbad Arcen te Arcen;
- Thermae 2000 te Valkenburg;
- Kuurcentra die vallen onder Thermen & Beauty-groep.

Wij kunnen u nader informeren over de arrangementen die tegen korting beschikbaar zijn.

Artikel 15

Korting op fitness

U heeft bij 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 16

Wachttijdbemiddeling

Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet ondergaan, waarvoor een wachttijd geldt, kunnen wij voor u gaan 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 polis.
- Er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling/onderzoek en/of opname 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 17

Care for Women

Wij vergoeden 75% van de kosten van consulten van een overgangsconsulent tot maximaal EUR 114,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.

VOORWAARDEN AANVULLENDE TANDARTSKOSTEN-VERZEKERING STANDAARD (PAKKET) POLIS

VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

bestaande uit de onderdelen 'Tand Totaal pakket' en 'Tand Totaal Plus pakket'

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Maatschappij:

Achmea Zorgverzekeringen N.V.,
K.v.K. 28080300.

Tandarts:

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus:

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Adviserend tandarts:

De tandarts, die de maatschappij over de toelating tot de verzekering en over de medische doelmatigheid van de behandeling adviseert.

Artikel 1

Vergoeding tandartskosten:

Elke verzekerde die aan zijn verplichtingen tegenover de maatschappij voldoet, heeft recht op vergoeding van tandartskosten indien dit op het polisblad is aangegeven.

Met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden van de Standaard (Pakket) Polis geldt voor de Aanvullende Tandartskostenverzekering het volgende:

Bij samenloop van de verzekeringen bij de maatschappij worden rekeningen achtereenvolgens ten laste gebracht van de Standaard (Pakket) Polis respectievelijk deze Aanvullende Tandartskostenverzekering respectievelijk de Aanvullende Ziektelastenverzekering.

Recht op vergoeding van onderstaande kosten van behandeling indien deze behandelingen tandheelkundig noodzakelijk zijn en worden verricht door een in Nederland gevestigde tandarts of mondhygiëniste in dienst van een in Nederland gevestigde tandarts.

Artikel 2

De aanmelding dient te geschieden op het daarvoor bestemde en door de maatschappij verstrekte aanvraagformulier. Voor de acceptatie van het Tand Totaal Pakket moet het gebit gesaneerd zijn. Ten behoeve van de acceptatie voor het Tand Totaal Plus Pakket kan een tandheelkundig keuringsrapport verlangd worden. De kosten van dit keuringsrapport zullen na ontvangst hiervan worden vergoed, mits de verzekering wordt geaccepteerd door de maatschappij.

Tand Totaal Pakket (TTP) en Tand Totaal Plus Pakket (TTPP)

Vergoed wordt 100% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de officieel goedgekeurde tarieven (tenzij anders is aangegeven):

Rubrieken	TTP	TTPP
Consulten		
C12 periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar	•	•
C85 weekenddienst	•	•
Preventieve behandelingen		
M50 verwijderen tandsteen beperkt	•	•
M55 verwijderen tandsteen gemiddeld	•	•
M59 verwijderen tandsteen uitgebreid, vergoeding op basis van M55	•	•
Restauraties door middel van plastische materialen (vullingen: amalgaam, composiet)		
V10 pitvulling	•	•
V11 eenvlakrestauratie	•	•
V12 tweevlakrestauratie	•	•
V13 drievlakrestauratie	•	•
V14 kroon van plastisch materiaal	•	•
V20 etsen ten behoeve van composiet	•	•
V21 etsen in combinatie met etsbare onderlaag	•	•
Deelbehandelingen bij vullingen		
V40 het polijsten c.q. bijwerken van vullingen		•
V50 droogleggen van elementen door middel van cofferdam		•
V60 indirecte pulpa-overkapping		•
V70 parapulpaire stift		•
Pulpa- en wortelkanaalbehandelingen		
E10 wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal: guttapercha, zilverstift	•	•
E15 wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal: guttapercha, zilverstift	•	•
E20 wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal: pasta	•	•
E25 wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal: pasta	•	•
E50 het moeizaam verwijderen van oud wortelkanaalvulmateriaal of stift, per kanaal	•	•
E60 vitaalamputatie/partiële pulpotomie	•	•
E65 apexificatie	•	•
E76 initiële wortelkanaalbehandeling (tijdens waarneming)	•	•
E85 elektronische lengtebepaling 1 keer per element X (alleen in combinatie met code E10)	•	•
A10 geleidings- en/of infiltratie anesthesie (alleen in combinatie met wortelkanaalbehandelingen)	•	•
Esthetische behandelingen		
E90 inwendig bleken per element, eerste zitting		•
E95 inwendig bleken per element, elke volgende zitting		•

Rubrieken	TTP	TTPP	
Gedeeltelijke prothetische voorzieningen en reparaties			
P10	partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, geen vergoeding techniekkosten	•	•
P15	partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, geen vergoeding techniekkosten	•	•
P34	frameprothese 1-4 elementen, maximaal EUR 114,00	•	
P34	frameprothese 1-4 elementen, 100% honorarium, geen vergoeding techniekkosten		•
P35	frameprothese 5-13 elementen, maximaal EUR 114,00	•	
P35	frameprothese 5-13 elementen, 100% honorarium, geen vergoeding techniekkosten		•
P51	rebasen partiële prothese/frameprothese indirect zonder randopbouw (techniekkosten maximaal EUR 21,00)	•	•
P52	rebasen partiële prothese/frameprothese indirect met randopbouw (techniekkosten maximaal EUR 21,00)	•	•
P53	rebasen partiële prothese/frameprothese direct zonder randopbouw (techniekkosten maximaal EUR 21,00)	•	•
P54	rebasen partiële prothese/frameprothese direct met randopbouw (techniekkosten maximaal EUR 21,00)	•	•
P56	tissue conditioning partiële prothese/frameprothese (techniekkosten maximaal EUR 21,00)	•	•
P57	reparatie van partiële prothese/frameprothese, zonder afdruk (techniekkosten maximaal EUR 16,00)	•	•
P58	reparatie van partiële prothese/frameprothese, met afdruk (techniekkosten maximaal EUR 16,00)	•	•
P79	uitbreiding van partiële prothese met element of anker, inclusief afdruk (techniekkosten maximaal EUR 16,00)	•	•
Volledige prothetische voorzieningen (machtiging noodzakelijk)			
Vergoed wordt 25% van de kosten van de onderstaande verrichtingen:			
P14	individuele afdruk met randopbouw	•	•
P17	extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur	•	•
P21	bovenprothese, inclusief techniekkosten	•	•
P25	onderprothese, inclusief techniekkosten	•	•
P27	reoccluderen	•	•
P28	naregistratie en remounten	•	•
P30	boven- en onderprothese, inclusief techniekkosten	•	•
P36	individuele afdruk zonder randopbouw	•	•
P37	frontopstelling in aparte zitting	•	•
P38	extra voor bepaling verticale beethoogte met behulp van specifieke apparatuur	•	•
P39	extra voor bepaling neutrale zone	•	•
P40	prothesetarief, verhoogd met per immediaat te vervangen element	•	•
P41	extra voor relinen van alginaat-afdruk	•	•
P42	extra voor specifieke A-zone bepaling	•	•
P43	extra voor extra beetbepaling met waswallen	•	•
P78	uitbreiding van partiële prothese tot volledige prothese	•	•
P81	bovenprothese	•	•

Rubrieken	TTP	TTPP
P82 onderprothese	•	•
P83 boven- en onderprothese	•	•
Tevens komt voor vergoeding in aanmerking:		
I85 boven- en onderprothese, maximaal EUR 180,00 (op implantaten)	•	•
I87 onderprothese, maximaal EUR 90,00 (op implantaten)	•	•
003 P21 bijzondere tandheelkundige volledige bovenprothese, maximaal EUR 90,00	•	•
003 P25 bijzondere tandheelkundige volledige onderprothese, maximaal EUR 90,00	•	•
003 P30 bijzondere tandheelkundige volledige boven- en onderprothese, maximaal EUR 180,00	•	•
Precisie-verankering (geen vergoeding techniekkosten)		
P29 extra te berekenen voor elk overkapt element (alleen in combinatie met volledige prothese)	•	•
P31 wortelkap met stift (alleen in combinatie met volledige prothese)	•	•
P32 extra per precisieverankering c.q. per staafhuis (alleen in combinatie met volledige prothese)	•	•
Solitair implantaat		
I13/238045 Voor het plaatsen van een eerste solitair implantaat vergoeden wij maximaal EUR 454,00 per 2 jaar van de totale behandelingskosten. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in de 2 voorafgaande jaren		•
Inlays*		
R11 eenvlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•
R12 tweevlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•
R13 drievlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•
Kronen* (inclusief noodvoorziening)		
R20 gegoten metalen kroon		•
R25 gegoten metalen kroon met opgebakken porselein		•
R26 jacketkroon met schouderpreparatie		•
R27 jacketkroon zonder schouderpreparatie		•
R28 endokroon, indirect vervaardigd		•
R29 roestvrijstalen kroon, kunstharsconfectie kroon		•
Bruggen* en etsbruggen*		
R40 eerste dummy		•
R45 tweede en volgende in hetzelfde tussendeel		•
R60 dummy zonder preparatie		•
R61 dummy met preparatie		•
R65 toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel		•

* De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, bruggen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 jaar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in de 2 voorafgaande jaren.

Rubrieken	TTP	TTPP
Directe labiale veneering*		
V15 directe labiale veneering (schildje)	•	•
Indirecte labiale veneering*		
R78 indirecte labiale veneering (schildje) zonder preparatie		•
R79 indirecte labiale veneering (schildje) met preparatie		•
Techniekkosten kronen*, inlays*, bruggen* en labiale veneeringen*		
R00 vergoeding techniekkosten van kronen, inlays, bruggen en labiale veneeringen, maximaal EUR 69,00 per element		•
Overige codes (geen vergoeding techniekkosten)		
R31 opbouw plastisch materiaal		•
R32 gegoten opbouw indirecte methode		•
R33 gegoten opbouw directe methode		•
R46 intra-coronaire brugverankering, per anker		•
R74 opnieuw vastzetten gegoten restauraties		•
R75 opnieuw vastzetten etsbrug		•
Behandelingen van kaakgewrichtsklachten		
G65 indirect planmatig inslijpen		•
G62 occlusale spalk, inclusief techniekkosten		•
Vergoeding van deze behandelingen vindt plaats na een uitgebreid functie-onderzoek (G01). De kosten van dit onderzoek komen niet voor vergoeding in aanmerking.		
Parodontale behandelingen (tandvleesbehandelingen)		
Vergoed wordt 75% van alle door het College Tarieven Gezondheidszorg goedgekeurde T-codes inclusief eventuele techniekkosten volgens paroprotocol tot maximaal EUR 681,00 voor de looptijd van de verzekering.		•
Anesthesie		
A10 geleidings- en/of infiltratie anesthesie		•
A15 oppervlakte-anesthesie		•

* De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 jaar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in de 2 voorafgaande jaren.

VOORWAARDEN VOOR DE STANDAARD (PAKKET) POLIS

Aanvullende verzekeringen:

- Tandarts	32	1 en 2
- Ziektekosten	22	1 t/m 5
Achmea health	29	1 t/m 17
Audiologisch centrum	15	2.1.18
Algemeen	17	3
Bevalling en kraamzorg	11	2.1.11
Buitenland	16	2.2
Chronische intermitterende beademing	15	2.1.17
Dagverpleging in een ziekenhuis	8	2.1.2
Duur en einde van de verzekering	20	7
Eigen Risico	8	2.1.1
Erfelijkheidsonderzoek	15	2.1.20
Farmaceutische zorg	9	2.1.5
Fysiotherapie en oefentherapie	10	2.1.7
Geschillen en klachten	20	8
Herziening van premie of voorwaarden	20	6
Huisarts	11	2.1.10
Hulpmiddelen	10	2.1.6
Leukemie bij kinderen	15	2.1.14
Logopedie	11	2.1.9
Nierdialyse	15	2.1.15
Niet-klinische (poliklinische) specialistische behandeling	9	2.1.3
Orgaantransplantaties	15	2.1.16
Opname voor onbepaalde tijd in de derde klasse in een ziekenhuis	8	2.1.2
Premie en eigen risico	19	5
Revalidatie	9	2.1.4
Tandheelkundige zorg		
- kaakchirurgische behandeling	13	2.1.12.6
- tandheelkundige implantaten	13	2.1.12.7
- orthodontische behandeling in bijzondere gevallen	13	2.1.12.4
- tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	13	2.1.12.5
- verzekerden jonger dan 18 jaar	12	2.1.12.1
- verzekerden vanaf 18 jaar	12	2.1.12.2
- verzekerden met een lichamelijke of geestelijke handicap	14	2.1.12.9
Trombosedienst	15	2.1.19
Uitsluitingen	17	2.3
Verplichtingen van de verzekeringsnemer	18	4
Ziekenvervoer	14	2.1.13

VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	Pagina	Artikel
Aanvullende Tandartskostenverzekering	32 e.v.	
Aanvullende Ziektetekostenverzekering	22 e.v.	
Acnebehandeling	22	3.1
Alarmcentrale	23	3.5
Alternatieve geneesmiddelen	22	3.2
Alternatieve geneeswijzen	22	3.3
Bezoekkostenregeling	26	3.24
Brillenglazen	23	3.4
Buitenlanddekking	23	3.5
Camouflagetherapie	23	3.6
Contactlenzen	23	3.4
Eigen bijdrage hulpmiddelen	23	3.7
Eigen bijdrage kraamzorg	24	3.8
Eigen bijdrage psychotherapie	24	3.9
Epilatiebehandeling	24	3.10
Farmaceutische zorg	24	3.11
Fysiotherapie/oefentherapie	24	3.12
Geschillen	28	3.5
Herstellingssoorten	24	3.13
In vitro fertilisatie (IVF)	24	3.14
Kortdurende Psychologische Zorg	24	3.15
Manuele Lymfdrainage	25	3.16
Oefentherapie voor verzekerden met reuma	25	3.17
Orthodontie voor kinderen tot 18 jaar	25	3.18
Pedicurezorg	25	3.19
Plaswekker	25	3.20
Podotherapie	25	3.21
Psoriasis kuurbehandeling	25	3.22
Reuma kuurbehandeling	26	3.23
Ronald McDonald Huis	26	3.24
Samenloop	28	4
Steunzolen	26	3.25
Stottertherapie	26	3.26
Tandheekkundige zorg voor kinderen tot 18 jaar	26	3.27
Tandheekkundige zorg bij een ongeval voor kinderen tot 18 jaar	27	3.28

	Pagina	Artikel
Tandheelkundige kosten		
- Consulten	33	2
- Deelbehandelingen bij vullingen	33	2
- Esthetische behandelingen	33	2
- Frameprothesen	34	2
- Implantaten	35	2
- Kaakgewrichtsklachten	36	2
- Kronen, inlays en bruggen voor volwassenen	35	2
- Parodontologie	36	2
- Preventieve behandelingen	33	2
- Prothesen	34	2
- Restauratie	33	2
- Techniekkosten	36	2
- Verdovingen	36	2
- Wortelkanaalbehandeling	33	2
Therapeutische oorden voor gehandicapten	27	3.29
Therapeutische oorden voor kinderen	27	3.30
Thuisverzorging voor gehandicapten en chronisch zieken	27	3.31
Uitgestelde kraamzorg/adoptiekraamzorg	27	3.32
UV-B lichtbehandeling	28	3.33

VOORWAARDEN ACHMEA HEALTH

Alarmcentrale	29	1
Bewakingsapparatuur	29	7
Care for Women	31	17
Fitness	31	15
Kraampakket	29	5
Kuurcentra	31	14
Leefstijltrainingen	30	11
Opticiens	29	2
Personenalarmering	29	3
Preventieve cursussen	30	12
Preventieve onderzoeken	30	9
Second opinion	29	4
Sportmedisch onderzoek	30	10
Uitleen verpleegartikelen	29	6
Vaccinaties	30	8
Voedingsvoorlichting	31	13
Wachttijdbemiddeling	31	16

