



SR
ZORGVERZEKERAAR

**Vergoedingen
in 2007 verder
uitgebreid.**

Zie achterzijde van
deze brochure

**Standaard aanvullende verzekering &
Uitgebreide aanvullende verzekering**

Vergoedingenoverzicht

SR-Zorgverzekeraar heeft twee aanvullende verzekeringen. U kunt kiezen uit de Standaard AV- en de zeer uitgebreide Uitgebreide AV-verzekering. We hebben voor u de verschillende vergoedingen op een rij gezet. De algemene voorwaarden zijn voor beide pakketten gelijk.

De premie is per maand verschuldigd bij vooruitbetaling.

De Standaard AV kost € 14,50 per persoon per maand,

de Uitgebreide AV € 23,20 per persoon per maand.

Kinderen tot 18 jaar zijn gratis aanvullend verzekerd, mits er wordt voldaan aan alle volgende voorwaarden:

- de aanvullende verzekering moet samen afgesloten zijn met een verplichte basisverzekering;
- de aanvullende verzekering is gelijk aan die van de verzekeringsnemer.

Wanneer u de aanvullende verzekering later afsluit dan uw basisverzekering, bent u € 12,50 aan administratiekosten verschuldigd. Inschrijving vindt dan plaats per de eerste van de maand na aanmelding.

Als de aanvullende verzekering niet tegelijkertijd met de basisverzekering wordt afgesloten, geldt er een wachttijd van 2 maanden.

De algemene voorwaarden van de aanvullende verzekeringen zijn bij ons verkrijgbaar.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dienen altijd de originele nota's te worden ingediend voor 1 juni van het daaropvolgende jaar.

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
	€ 14,50	€ 23,20
Acnebehandelingen		
Vergoed wordt 75 procent van de kosten van de behandelingen tot een maximum per kalenderjaar. De verzekerde dient te zijn doorverwezen door een arts en de behandeling dient te worden gegeven door een huidtherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH). Alleen behandelingen aan het gelaat en de hals worden vergoed.	75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar	75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar
Alternatieve geneeswijzen		
Voor vergoeding komen in aanmerking: <ul style="list-style-type: none"> • acupunctuur; kosten van consulten verleend door acupuncturisten aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Acupuncturisten (NVA), de Nederlandse Artsen Acupuncturen Vereniging (NAAV) of de Nederlandse Artsen Acupuncturen Stichting (NAAS); • antroposofische geneeskunde; de kosten van alle antroposofische consulten voorzover deze worden verleend door artsen of therapeuten die zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) respectievelijk de Federatie Antroposofische Gezondheidszorg (FAG). • chiropractie; kosten van consulten verleend door een chiropractor aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of de Dutch Chiropractic Federation (DCF); • natuurgeneeskunde; kosten van consulten verleend door artsen aangesloten bij de Artsenvereniging tot Bevordering van de NatuurGeneeskunde (ABNG); • neuuraaltherapie; kosten van consulten verleend door artsen die staan vermeld in het register van de Nederlandse Vereniging voor Neuuraaltherapie en Regulatietherapie (NVNR); • osteopathie; kosten van consulten verleend door therapeuten die staan geregistreerd bij de Nederlandse Registratieraad voor Osteopathie (NRO); Wat betreft de consulten homeopathische behandelingen verwijzen wij naar "Homeopathie". De kosten komen per behandeldatum maximaal eenmaal voor vergoeding in aanmerking. Op de nota dienen de behandeldata dan ook te worden gespecificeerd. De maximale vergoeding per kalenderjaar geldt voor alle alternatieve geneeskundige behandelingen tezamen.	€ 24,- per behandeldatum, maximaal € 432,- per kalenderjaar	€ 24,- per behandeldatum, maximaal € 432,- per kalenderjaar

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
Anticonceptie		
Er bestaat een volledige vergoeding voor farmaceutische anticonceptiemiddelen: anticonceptiepil, spiraaltje, prikpil, morning afterpil, nuvaring en het anticonceptie-implantaat. Hierop zijn de voorwaarden van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) Zorgverzekeringswet van toepassing. Voor sommige anticonceptiemiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Een spiraaltje, prikpil en anticonceptie-implantaat worden alleen vergoed bij plaatsing door een huisarts.	nihil	100% GVS
Borstprothese plakstrips		
Plakstrips komen volledig voor vergoeding in aanmerking.	100%	100%
Brillenglazen/contactlenzen		
De vergoeding is per oogafwijking met een sterkte van meer dan 6 dioptrieën. De sterkte in dioptrieën wordt bepaald na optelling van de sferische en cilindrische oogafwijking. De vergoeding wordt eenmaal per twee kalenderjaren verleend voor maximaal 2 glazen/contactlenzen. Voor systeemplenzen geldt dezelfde maximum vergoeding per 2 kalenderjaren. De sterkte dient duidelijk uit de nota te blijken.	maximaal € 35,- per glas/lens per 2 kalenderjaren	maximaal € 35,- per glas/lens per 2 kalenderjaren
Brilmontuur		
Kinderen onder de 18 jaar krijgen een vergoeding voor één brilmontuur per kalenderjaar.	maximaal € 46,- per kalenderjaar	maximaal € 46,- per kalenderjaar
Buitenland		
Het verstrekkingenpakket van de aanvullende verzekering geeft een uitgebreide en doorlopende ziektekostendekking aan degenen die naar het buitenland op vakantie gaan. Het is belangrijk uw verzekeringspas mee te nemen. Vergoed worden ziektekosten en hulpverlening in het buitenland welke niet onder de basisverzekering vallen: – tijdens vakantie binnen Europa; – tijdens vakantie buiten Europa. Vergoeding van geneeskundige kosten en hulpverlening door de alarmcentrale SOS International geldt voor een periode van maximaal 90 aaneengesloten dagen. De werkelijk gemaakte ziektekosten worden vergoed, mits de hulp spoedeisend is en een verklaring of behandelingsverslag van de behandelend arts of specialist kan worden overlegd. Bij het indienen van apotheeknota's dient tevens het voorschrift of een kopie daarvan te worden overlegd. Voor reizigers naar Marokko geldt als extra voorwaarde dat zij, bij het declareren van geneesmiddelen, verplicht zijn de vignetten van de voorgeschreven geneesmiddelen bij de declaratie in te dienen.	100% nihil	100% 100%
Camouflagetherapie		
Vergoed wordt 75 procent van de kosten van de therapie tot een maximum per kalenderjaar. Vergoed worden: kosten voor instructie en cosmetische producten in geval van ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals. De behandeling dient vooraf bij SR-Zorgverzekeraar te worden aangevraagd. De verzekerde dient onder behandeling te zijn van een huidtherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).	75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar	75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar
Fysiotherapie en/of manuele therapie		
De aanvullende verzekeringen geven aanspraak op behandelingen fysiotherapie en manuele therapie, mits deze zorg medisch noodzakelijk is. Voor de Uitgebreide AV geldt een onbeperkt aantal behandelingen fysiotherapie en maximaal 18 behandelingen manuele therapie per kalenderjaar. Voor de Standaard AV geldt een maximum van 18 behandelingen voor fysiotherapie en manuele therapie samen per kalenderjaar.	fysiotherapie en manuele therapie samen maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar	fysiotherapie onbeperkt manuele therapie maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
Fysiotherapie en/of manuele therapie (vervolg)		
<p>Vanaf de negentiende behandeling moeten behandelingen vooraf worden aangevraagd.</p> <p>De hulp moet worden verleend door een fysiotherapeut en/of manueel therapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. Dit geldt dus ook voor verbijzonderde vormen van fysiotherapie, zoals bekkentherapie, oedeemtherapie, kindersfysiotherapie en manuele therapie. De kosten van de manuele therapie verleend door een manueel geneeskundige komen voor vergoeding in aanmerking, wanneer de manueel geneeskundige is geregistreerd in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG).</p> <p>De volgende maximum vergoedingen gelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fysiotherapie € 27,- per zitting; • manuele therapie € 40,- per zitting; • bekkentherapie, oedeemtherapie en kindersfysiotherapie € 40,50 per zitting. <p>De vergoeding voor overige prestaties fysiotherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Fysiotherapie. Het overzicht is te raadplegen via www.srzorgverzekeraar.nl.</p>		
Haptotherapie		
Hulp verleend door een haptotherapeut die is aangesloten bij de Vereniging Van Haptotherapeuten (VH) komt voor vergoeding in aanmerking. Deze vergoeding bedraagt € 35,- per consult met een maximum van negen consulten.	€ 35,- per consult, maximaal 9 consulten per kalenderjaar	€ 35,- per consult, maximaal 9 consulten per kalenderjaar
Hart-Aktief		
Het oefenprogramma van Hart-Aktief wordt vergoed. Deze vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per maand en maximaal 6 maanden voor de duur van de verzekering.	maximaal € 12,50 per maand, maximaal 6 maanden voor de duur van de verzekering	maximaal € 12,50 per maand, maximaal 6 maanden voor de duur van de verzekering
Herstellingsoord		
Voor het verblijf in een algemeen erkend herstellingsoord – niet zijnde een AWBZ-instelling – wordt een vergoeding gegeven voor maximaal 42 dagen per kalenderjaar. De behandeling dient vooraf bij SR-Zorgverzekeraar te worden aangevraagd.	€ 40,- per dag, maximaal 42 dagen per kalenderjaar	€ 40,- per dag, maximaal 42 dagen per kalenderjaar
Homeopathie		
Vergoed worden kosten van consulten verleend door artsen die staan vermeld in het register van de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN) en de kosten van consulten van homeopaten die bij de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH) zijn geregistreerd. De vergoeding wordt slechts eenmaal per behandeldatum verleend. Op de nota dienen de behandeldata te worden gespecificeerd.	€ 35,- per behandeldatum, maximaal € 350,- per kalenderjaar	€ 35,- per behandeldatum, maximaal € 350,- per kalenderjaar
Homeopathische geneesmiddelen		
<p>Homeopathische geneesmiddelen worden volledig vergoed indien aan alle navolgende voorwaarden is voldaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • het recept is uitgeschreven door een arts, die staat vermeld in het register van de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN), de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA), of de Artsenvereniging tot Bevordering van de NatuurGeneeskunde (ABNG); • de middelen zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts; • de samenstelling van het middel bestaat volledig uit homeopathische verdunningen of verwijvingen; • het homeopathisch middel moet geregistreerd staan in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (Z-index) als homeopathisch middel of antroposofisch middel. <p>Niet vergoed worden ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, voedingssupplementen, vitaminen, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen.</p>	100%	100%

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
Hoortoestellen		
Vanuit de basisverzekering is de vergoeding voor hoortoestellen gebonden aan een maximumbedrag. Van de eigen bijdrage die hierna overblijft, wordt 50 procent uit de Uitgebreide AV vergoed, tot een maximumbedrag van € 360,- per 3 kalenderjaren.	nihil	50%, maximaal € 360,- per 3 kalenderjaren
Hulp tijdens de overgang		
Voor problemen tijdens de overgang kunt u terecht bij een overgangsconsulente. De overgangsconsulente is een gediplomeerd verpleegkundige, die zich heeft gespecialiseerd in de problematiek van de overgang. Verwijzing door een arts is niet nodig. Uw consulten worden voor 75 procent vergoed tot een maximum van € 150,- per kalenderjaar. Voorgeschreven medicijnen worden niet vergoed.	75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar	75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar
Kraamzorg en bevalling		
Per bevalling wordt een percentage van de eigen bijdrage voor kraamzorg in natura in de thuissituatie vergoed.	50% van eigen bijdrage	100% van eigen bijdrage
In ruil voor een kopie van uw zwangerschapsverklaring (die is afgegeven door de verloskundige of huisarts) ontvangt u in de vierde maand van uw zwangerschap een kraampakket en een kraamcadeautje.	kraampakket	kraampakket
U ontvangt een extra cadeautje op het moment dat u uw kindje bij ons hebt aangemeld.	cadeautje	cadeautje
Een poliklinische bevalling die niet op medische indicatie plaatsvindt, wordt uit de Uitgebreide AV, naast de vergoeding uit de basisverzekering, een bedrag van € 115,- vergoed.	nihil	€ 115,-
Kuurreizen		
Voor buitenlandse kuurreizen georganiseerd door een daartoe erkende reisorganisatie wordt uit de Uitgebreide AV maximaal € 325,- per week in de kosten bijgedragen. Per kuur geldt een maximum van € 975,-. Deze regeling is bedoeld voor mensen die lijden aan reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. Vergoeding moet vooraf bij SR-Zorgverzekeraar worden aangevraagd door de behandelend huisarts of reumatoloog.	nihil	€ 325,- per week, maximaal € 975,- per kuur
Logeerhuis		
Bij opname van een bij SR-Zorgverzekeraar verzekerd kind onder de 18 jaar in een ziekenhuis, wordt aan de ouders voor hun verblijf in een aan desbetreffend ziekenhuis verbonden logeerhuis een vergoeding verleend van de eigen bijdrage tot een maximum van € 35,- per etmaal.	maximaal € 35,- per etmaal	maximaal € 35,- per etmaal
Oefentherapie Cesar en Mensendieck		
De aanvullende verzekeringen geven aanspraak op behandelingen Cesar en Mensendieck, mits deze zorg medisch noodzakelijk is. Voor de Uitgebreide AV geldt een onbeperkt aantal behandelingen. Voor de Standaard AV geldt een maximum van 18 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar. Vanaf de negentiende behandeling moeten behandelingen vooraf worden aangevraagd. De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut. De vergoeding van de geleverde zorg vindt plaats conform het wettelijk tarief.	Cesar en Mensendieck samen maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar	onbeperkt
Oncologie		
Het revalidatieprogramma Herstel en Balans richt zich op lichamelijk, geestelijk en sociaal herstel van (ex-)kankerpatiënten. Vergoeding vindt alleen plaats wanneer het programma gevolgd wordt in instellingen met een licentie voor dit programma. Stichting Les Veaux biedt hulp bij emotionele verwerking van kanker tijdens vakantie-weeken in Frankrijk en weekeinden en midweken in Nederland. Het programma bestaat uit gesprek, yoga, massage en creatieve therapie. De procentuele vergoeding is van toepassing voor het verblijf in Les Veaux voor de belanghebbende en de partner. Bel voor informatie: (0294) 28 44 82. De totale vergoeding wordt maximaal eenmaal toegekend tijdens de gehele duur van de verzekering.	75%, maximaal € 250,- voor de duur van de verzekering	75%, maximaal € 500,- voor de duur van de verzekering

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
Ongevallenverzekering		
<p>Uitkering wordt verleend indien de verzekerde jonger is dan 13 jaar en deze als gevolg van een ongeval overlijdt of blijvend invalide wordt.</p> <p>De uitkering bedraagt:</p> <p>(A) bij overlijden;</p> <p>(B) bij blijvende invaliditeit.</p>	<p>nihil</p> <p>nihil</p>	<p>€ 2.300,-</p> <p>€ 4.600,-</p>
Orthodontie		
<p>Vergoed wordt 75 procent van de kosten van orthodontische behandelingen, echter onder de volgende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • orthodontische behandelingen moeten worden uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus; • toestemming dient alleen te worden aangevraagd bij: <ul style="list-style-type: none"> – orthodontische behandeling door een tandarts ten behoeve van personen ouder dan 17 jaar; – orthodontische herbehandeling door orthodontist of tandarts; – orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde; • om in aanmerking te komen voor vergoeding, dient de verzekerde minstens één jaar zonder onderbreking in het bezit te zijn van een tandartskaart (voor jeugdige verzekerden) of een geldig "bewijs van preventief onderhoud" (voor verzekerden ouder dan 17 jaar). Het gebit dient vrij te zijn van cariës, tandsteen, tandvleesontsteking of andere ontstekingen, en eventuele wortelresten; • vergoeding bedraagt 75 procent met een maximum van € 685,- uit de Standaard AV voor de duur van de verzekering. 	<p>75%, maximaal € 685,- voor de duur van de verzekering</p>	<p>75%</p>
Overbeheering gelaat		
<p>Bij ernstige overbeheering van het gelaat en de hals bij vrouwen wordt 75 procent van de kosten van elektrische epilatie of lasertherapie vergoed. De behandeling moet worden gegeven door een huidtherapeut (lid van NVH) of een geregistreerde schoonheidsspecialist(e) (lid van ANBOS). De behandeling moet op voorschrift van een arts bij SR-Zorgverzekeraar worden aangevraagd en door SR-Zorgverzekeraar worden gemachtigd.</p> <p>De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend tijdens de gehele duur van de verzekering.</p>	<p>75%, maximaal € 470,- voor de duur van de verzekering</p>	<p>75%, maximaal € 470,- voor de duur van de verzekering</p>
Pedicure voor diabetespatiënten		
<p>Vergoed wordt 75 procent van de pedicurebehandeling bij een diabetespatiënt – maximaal € 15,- per behandeling – tot een maximum van 6 behandelingen per kalenderjaar. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een pedicure met de aantekening 'diabetische voet'. Kosten worden vergoed voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de basisverzekering.</p>	<p>nihil</p>	<p>75%, maximaal € 15,- per behandeling, maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar</p>
Plaswекkers		
<p>Er geldt een eenmalige vergoeding van 90 procent van de aanschafprijs tot een maximum van € 150,-.</p>	<p>90%, maximaal € 150,-</p>	<p>90%, maximaal € 150,-</p>
Podotherapie		
<p>Vergoed worden de consulten – maximaal € 23,- per behandeldatum – tot een maximum van 6 behandelingen per kalenderjaar. De hulp dient te worden verleend door een erkend podotherapeut of podokinesiooloog aangesloten bij NVVP of Omni Podo Genootschap.</p>	<p>maximaal € 23,-, maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar</p>	<p>maximaal € 23,-, maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar</p>
Preventief onderzoek		
<p>Voor vergoeding komt in aanmerking de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten. Kosten worden vergoed voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de basisverzekering.</p>	<p>100%, maximaal € 250,- per kalenderjaar</p>	<p>100%, maximaal € 250,- per kalenderjaar</p>

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
Prinses Margriethuis		
Na een levertransplantatie kan verder herstel plaatsvinden in een Prinses Margriethuis. De verzorging wordt gedaan door een naast familielid. Voor het verblijf van de patiënt wordt maximaal € 35,- per dag vergoed; voor het familielid maximaal € 25,- per dag. De vergoeding wordt verleend voor maximaal 28 dagen per kalenderjaar.	€ 35,- per dag per patiënt, € 25,- per dag per familielid, maximaal 28 dagen per kalenderjaar	€ 35,- per dag per patiënt, € 25,- per dag per familielid, maximaal 28 dagen per kalenderjaar
Pruiken		
Vanuit de basisverzekering is de vergoeding van pruiken gebonden aan een maximumbedrag. Van de eigen bijdrage die hierna overblijft, worden de kosten uit de Uitgebreide AV vergoed tot een maximumbedrag van € 135,- per kalenderjaar. De vergoeding wordt slechts verleend indien er sprake is van een gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid ten gevolge van behandeling met chemotherapie en SR-Zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend voor de vergoeding.	nihil	maximaal € 135,- per kalenderjaar
Psychologische hulp - kortdurend		
Hulp verleend door een psycholoog komt voor vergoeding in aanmerking. Deze bedraagt € 45,- per zitting tot een maximum aantal zittingen per kalenderjaar. De psychologische hulp dient te worden verleend door een Gezondheidszorg(GZ)-psycholoog en/of een psycholoog met een eerstelijnskwalificatie.	€ 45,-, maximaal 6 zittingen per kalenderjaar	€ 45,-, maximaal 12 zittingen per kalenderjaar
Rechtsbijstand		
Uitgebreide AV-verzekerden hebben aanspraak op rechtsbijstand binnen Europa bij het verhaal van door hen geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon, indien die schade het gevolg is van een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening binnen Nederland, waarvan de kosten door de maatschappij krachtens de voorwaarden van deze verzekering, dan wel in combinatie met de basisverzekering zijn of worden vergoed. De rechtsbijstand wordt verleend door de D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij N.V. te Amsterdam, wier Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandverzekering, welke in gebruik zijn op het moment van het ontstaan van aanspraak op rechtsbijstand, van toepassing zijn. Voor noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt een vergoeding van maximaal € 4.600,- per schadegeval. Indien aanspraak bestaat op rechtsbijstand op enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, dan wel op grond van enige wet of andere voorziening, komt men – met inachtneming van de Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandverzekering – slechts voor vergoeding in aanmerking, indien en voorzover aan de andere verzekering dan wel voorziening geen aanspraak kan worden ontleend.	nihil	maximaal € 4.600,-
Reiskosten bezoek aan zieke kinderen		
Voor ziekenbezoek van ouders aan een kind (jonger dan 18 jaar) dat langer dan 14 dagen is opgenomen, worden de reiskosten eenmaal per dag (vice versa) vergoed. De vergoeding is per kilometer en wordt gedaan op basis van een door de verzekerde in te dienen specificatie. Het bezoek moet een verzekerde betreffen die is opgenomen in een in Nederland gevestigd ziekenhuis, niet zijnde een AWBZ-instelling, dat zich op meer dan 30 kilometer afstand van de eigen woonplaats bevindt. Als de opname langer dan 14 dagen duurt, kan de vergoeding worden gedeclareerd vanaf de eerste dag van opname. Het aantal kilometers per dag dat boven de 30 komt zal worden vergoed.	€ 0,18 per kilometer	€ 0,18 per kilometer
Second opinion		
Vergoed worden de kosten verbonden aan het verkrijgen van een second opinion in Nederland van een andere specialist dan de behandelend specialist op verwijzing van de huisarts. Kosten worden vergoed voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de basisverzekering.	100%	100%
Sport Medisch Adviescentrum		
Vergoed wordt uit de Uitgebreide AV 60 procent van de kosten van een sportmedisch onderzoek of blessureconsult bij een Sport Medisch Adviescentrum.	nihil	60%

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
Steunpessaria		
Steunpessaria worden volledig vergoed, wanneer deze op medisch voorschrift zijn aangeschaft en zijn geplaatst door een huisarts.	100%	100%
Steunzolen		
Vergoed wordt 50 procent van de kosten tot een maximum per kalenderjaar.	50%, maximaal € 50,- per kalenderjaar	50%, maximaal € 50,- per kalenderjaar
Stottertherapie		
Vanuit de Uitgebreide AV worden de kosten van een stottertherapie bij Del Ferro vergoed. Voor een vierdaagse training maximaal € 95,- en voor een tiendaagse training maximaal € 550,- voor de duur van de verzekering.	nihil	vierdaagse training € 95,- tiendaagse training € 550,- voor de duur van de verzekering
Tandheelkunde		
Voorwaarden voor onder A, B,C en D genoemde hulp: <ul style="list-style-type: none"> • vergoeding wordt uitsluitend verleend wanneer deze niet uit de basisverzekering mogelijk is; • er worden geen vergoedingen uit de aanvullende verzekering verstrekt voor behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd, dan wel tandheelkundig niet doelmatig zijn; • partiële kunstharsprothesen en frameprothesen mogen uitsluitend door een tandprotheticus worden vervaardigd na schriftelijke verwijzing/toestemming van de tandarts; • hulp verleend door een tandtechnicus wordt niet vergoed. 		
A. Algemeen Diagnostisch onderzoek C11 periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar; C12 periodiek preventief onderzoek, tweede in hetzelfde kalenderjaar; C13 incidenteel consult; NB: Jaarlijks komen maximaal 2 C-codes (C11, C12, C13) voor vergoeding in aanmerking. C85 weekendbehandeling (van zaterdag 00.00 uur tot zondag 24.00 uur); C86 avondbehandeling (tussen 18.00 uur en 24.00 uur); C87 nachtbehandeling (tussen 24.00 uur en 07.00 uur).	100% 100% nihil 100% 100% 100%	100% 100% 100% 100% 100% 100%
Tandsteen verwijderen M50 beperkte gebitsreiniging; M55 gemiddelde gebitsreiniging; M59 uitgebreide gebitsreiniging. NB: Jaarlijks komen maximaal 2 M-codes voor vergoeding in aanmerking met een maximum vergoeding van € 12,50 per behandeling.	100% € 12,50 € 12,50	100% € 12,50 € 12,50
Chirurgische ingrepen H10, H15, H20, H21, H25, H26, H30, H50, H55 Alle overige H-codes, uitgezonderd H90. H35 dient vooraf aangevraagd te worden.	100% nihil	100% 100%
Anesthesie A10 verdoving (geleidings- en/of infiltratie-anesthesie) bij wortelkanaal-behandelingen (bij codes E01, E02, E03, E13, E14, E16, E17, E19, E40, E42, E43, E44, E53, E54, E77, E78, E85). verdoving bij kronen (bij codes R20, R25, R26, R13).	100% nihil	100% 100%

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
Endodontie (wortelkanaalbehandelingen) E01, E03, E13, E14, E16, E17, E19, E40, E42, E43, E44, E53, E54, E77, E78, E85 E02 uitgebreid endodontisch consult, maximum vergoeding als E01.	100% maximum vergoeding als E01	100% maximum vergoeding als E01
Parodontologie Vergoed wordt uit de Uitgebreide AV 50 procent van de kosten, tot een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten voor parodontologische behandelingen worden uitsluitend vergoed indien er sprake is van een instabiele parodontale situatie met een DPSI-score van 3+ of 4 en/of nadat er in het verleden T11 of T12 door de tandarts of parodontoloog is gedeclareerd (of nog wordt gedeclareerd). Door de mondhygiënist kunnen uitsluitend de codenummers T22, T52, T54 en T56 worden gedeclareerd.	nihil	50%, maximaal € 150,- per kalenderjaar
Restauraties door middel van plastisch materiaal V10 pitvullingen; V11 éénvlaksvullingen; V12 tweevlaksvullingen; V13 drievlaksvullingen; V14 vijfvlaksvulling van plastisch materiaal; V20 etsen; V21 etsen in combinatie met etsbare onderlaag.	100% 100% 100% 100% nihil 100% 100%	100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%
Röntgendiagnostiek X10 intra-orale röntgenfoto's.	100%, maximaal 2 foto's per kalenderjaar	100%, maximaal 3 foto's per kalenderjaar
Gnatologie G69 occlusale opbeetspalk, inclusief techniekkosten. Deze behandeling dient vooraf aangevraagd te worden.	nihil	50%
B.1. Volledige prothesen bij een tandarts De volledige prothese wordt voor 75 procent vergoed uit de Regeling Mondzorg vanuit de basisverzekering. Voor de 25 procent eigen bijdrage geldt de onderstaande vergoeding: P21, P25, P14, P36 volledige boven- of onderprothese; P00 techniekkosten van de volledige boven- of onderprothese. Het maximaal te vergoeden tarief voor de techniekkosten bij een boven- of onderprothese is € 285,- uit de basisverzekering en AV samen. P30, P14, P17, P36 volledige boven- en onderprothese; P00 techniekkosten van de volledige boven- en onderprothese. Het maximaal te vergoeden tarief voor de techniekkosten bij een boven- en onderprothese is € 570,- uit de basisverzekering en AV samen. P40 prothesetarief verhoogd met per immediaat te vervangen element, maximaal 8 per kaak. P45 noodprothese	50%, maximaal € 35,75 50%, maximaal € 71,25 50% 50%	100%, maximaal € 71,25 100%, maximaal € 142,50 100% 100%
B.2. Volledige prothesen bij een tandprotheticus De volledige prothese wordt voor 75 procent vergoed uit de Regeling Mondzorg vanuit de basisverzekering. Voor de 25 procent eigen bijdrage geldt de onderstaande vergoeding: P81, P82 volledige boven- of onderprothese. Het maximaal te vergoeden tarief voor een P81 of P82 is € 377,- uit de basisverzekering en AV samen. P83 volledige boven- en onderprothese. Het maximaal te vergoeden tarief voor P83 is € 754,- uit de basisverzekering en AV samen. P84 volledige boven- en onderprothese met intraorale registratie. Het maximaal te vergoeden tarief voor P84 is € 813,- uit de basisverzekering en AV samen.	50%, maximaal € 47,25 50%, maximaal € 94,25 50%, maximaal € 101,63	100%, maximaal € 94,25 100%, maximaal € 188,50 100%, maximaal € 203,25

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
B.3. implantaat gedragen prothese bij een tandarts		
I85 volledige bovenprothese in combinatie met onderprothese op implantaten, maximaal te vergoeden bedrag € 180,-.	50%, maximaal € 90,-	100%, maximaal € 180,-
I87 volledige onderprothese op implantaten, maximaal te vergoeden bedrag € 90,-.	50%, maximaal € 45,-	100%, maximaal € 90,-
Rebasing en reparatie van een volledige prothese, zowel door tandarts als tandprotheticus, worden volledig vergoed uit de basisverzekering.		
C. Partiële prothesen De maximum vergoedingen voor kosten (incl. techniekkosten) gemaakt bij een tandarts of een tandprotheticus (alleen na verwijzing van de tandarts), zijn:		
P10 partiële kunstharsprothese 1 t/m 4 elementen;	€ 80,-	€ 120,-
P15 partiële kunstharsprothese 5 of meer elementen;	€ 133,-	€ 200,-
P34 partiële frameprothese 1 t/m 4 elementen;	€ 188,-	€ 281,-
P35 partiële frameprothese 5 of meer elementen;	€ 240,-	€ 358,-
P51, P52, P53, P54 rebasen van partiële kunsthars- of frameprothese;	nihil	€ 75,- p/kal.jr.
P78 uitbreiden tot volledige prothese;	50%	100%
P79 bijplaatsen van elementen aan bestaande prothese;	€ 55,- p/kal.jr.	€ 75,- p/kal.jr.
P57, P58 reparatiekosten van een partiële prothese.	€ 55,- p/kal.jr.	€ 75,- p/kal.jr.
De vergoeding van alle onder B en C genoemde prothetische hulp tezamen kent een maximumbedrag per verzekerde per twee kalenderjaren.	€ 495,- per 2 kalenderjaren	€ 670,- per 2 kalenderjaren
D. Uitgebreide tandheelkundige hulp Er geldt een maximale vergoeding voor het nieuw plaatsen van de volgende voorzieningen inclusief techniekkosten uit de Uitgebreide AV:		
P31 gegoten wortelkappen met stift;	nihil	€ 88,-
P32 extra per precisieverankering per kaak;	nihil	€ 61,-
R20, R25, R26, R13 gegoten porselein op metalen kroon of porseleinen jacketkroon;	nihil	€ 250,-
R32 gegoten opbouw indirecte methode;	nihil	€ 88,-
R33 gegoten opbouw directe methode;	nihil	€ 88,-
R40 brugdeel 1e dummy;	nihil	€ 154,-
R45 brugdeel 2e en volgende dummy;	nihil	€ 105,-
R60 etsbrug zonder preparatie;	nihil	€ 127,-
R61 etsbrug met preparatie;	nihil	€ 154,-
R65 toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel;	nihil	€ 77,-
R78 indirecte labiale veneering zonder preparatie;	nihil	€ 88,-
R79 indirecte labiale veneering met preparatie.	nihil	€ 88,-
De maximale vergoeding van implantaten in een betande kaak inclusief opbouw en kroon of brug (inclusief techniekkosten).	nihil	maximaal € 450,-
De vergoeding uit de Uitgebreide AV bedraagt maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar (alleen voor uitgebreide tandheelkundige hulp als bedoeld onder D).	nihil	maximaal € 450,- per kalenderjaar
Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar		
Vergoed wordt € 7,- per dag bij verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen jonger dan 21 jaar gedurende maximaal 42 dagen per 2 kalenderjaren. Het verblijf moet zijn voorgeschreven door de behandelend specialist.	€ 7,- per dag, maximaal 42 dagen per 2 kalenderjaren	€ 7,- per dag, maximaal 42 dagen per 2 kalenderjaren

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
Vaccinaties buitenland		
Van de kosten van alle tabletten of injecties die noodzakelijk zijn voor een verblijf in het buitenland wordt 50 procent vergoed, tot ten hoogste € 46,- per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding wordt verleend voorzover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de basisverzekering.	nihil	50%, maximaal € 46,- per kalenderjaar
Voor de kosten van injecties uitgevoerd door SGZ Gezondheid & Zorg geldt een vergoeding van 100 procent (voor adressen zie www.srzorgverzekeraar.nl)	nihil	via SGZ 100%
Vervangende mantelzorg		
Ten behoeve van de verzorging thuis van een chronisch zieke of ernstig gehandicapte patiënt(e) kan door SR-Zorgverzekeraar voor professionele “vervangende mantelzorg” gezorgd worden. Dit wordt vergoed voor een periode van maximaal 14 dagen per kalenderjaar. Vervangende mantelzorg dient vooraf bij SR-Zorgverzekeraar te worden aangevraagd.	100%, maximaal 14 dagen per kalenderjaar	100%, maximaal 14 dagen per kalenderjaar

De aanvullende verzekeringen zijn ook voor het jaar 2007 verder uitgebreid!

Vaccinaties

Voor de kosten van injecties uitgevoerd door SGZ Gezondheid & Zorg geldt uit de Uitgebreide AV een vergoeding van 100 procent (voor adressen zie www.srzorgverzekeraar.nl).

Herstel en Balans

Een revalidatieprogramma dat zich richt op lichamelijk, geestelijk en sociaal herstel van (ex)kankerpatiënten.

Pedicure voor diabetespatiënten

Vanuit de Uitgebreide AV wordt 75 procent van de pedicurebehandeling met een maximum van € 15,- per behandeling vergoed.

Incidenteel consult bij de tandarts

Het zogenoemde incidenteel consult bij de tandarts, code C13, wordt in de Uitgebreide AV vergoed.

Pruiken

Van de eigen bijdrage wordt maximaal € 135,- per kalenderjaar uit de Uitgebreide AV vergoed.

Verdoving bij kronen

De verdoving bij kronen wordt vanuit de Uitgebreide AV 100 procent vergoed.

Stottertherapie

Vanuit de Uitgebreide AV worden de kosten van stottertherapie bij Del Ferro vergoed. Voor een vierdaagse training maximaal € 95,- en voor een tiendaagse training maximaal € 550,-.

Voor de exacte voorwaarden zie het vergoedingenoverzicht.

Verder is een aantal vergoedingen in onze aanvullende verzekeringen verhoogd.

Heeft u nog vragen?

Ga naar www.srzorgverzekeraar.nl of neem contact op met één van onze medewerkers van de afdeling klantcontact. Zij staan u graag te woord.



Postbus 295 | 3100 AG | Schiedam | telefoon (010) 2 466 480 | www.srzorgverzekeraar.nl