

Deel B

Omvang Dekking Nationale-Nederlanden Zorgverzekering Extra Keuze Garant Plus

Indien aanspraken bestaan op grond van de Nationale-Nederlanden Zorgverzekering Keuze Garant Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de Nationale-Nederlanden Zorgverzekering Extra Keuze Garant Plus een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de Nationale-Nederlanden Zorgverzekering Keuze Garant Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

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

Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt naast de vergoeding zoals bepaald is op grond van de Nationale-Nederlanden Zorgverzekering Keuze Garant Basisverzekering de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak:
een uitkering ten behoeve van kraamzorg van €230,-.
- lid 2 Bij bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis:
 - de kosten van gebruik polikliniek;
 - een uitkering ten behoeve van kraamzorg van €230,-
- lid 3 Tevens heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket (zie Zorgdiensten Nationale-Nederlanden Zorgverzekering Extra Keuze Garant Plus)

Artikel 2 Arts-fleboloog/proctoloog

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

Artikel 3 Paramedische zorg

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

- lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie
De kosten van hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar. De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn
- lid 2 Chiropractie
De hulp verleend door een chiropractor. Deze hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.
- lid 3 Acupunctuur
Acupunctuurbehandelingen uitgevoerd door een arts of fysiotherapeut, die als acupuncturist gediplomeerd is, of door een acupuncturist die is aangesloten bij een erkende beroepsvereniging.
- lid 4 Orthoptische hulp
Orthoptische hulp verleend door een orthoptist.

- lid 5 Osteopathie
De hulp verleend door een osteopaat.

Artikel 4 Niet-klinische psychiatrische zorg

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

Artikel 5 Psychologische zorg

De kosten van psychologische zorg door een psycholoog of psychotherapeut tot een maximale vergoeding van €500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 6 Farmaceutische zorg

- lid 1 De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een (homeopathisch) arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed:
- zelfzorggeneesmiddelen, anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap) en geneesmiddelen die gebruikt worden bij de eerste behandeling voor fertiliteits- of kunstmatige voortplantingstechnieken, inclusief de verschuldigde eigen bijdrage;
 - de medicijnen welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar en op grond van het voorgaande, tot een maximum van €4.540,- per verzekerde per kalenderjaar;
 - de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van het Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar;
 - de kosten van geregistreerde homeopathische preparaten;
 - de kosten van verbandmiddelen, die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende hulp.
- lid 2 In tegenstelling tot hetgeen bepaald in het vorige lid heeft de verzekeraar de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen onderling vervangbaar geregistreerd geneesmiddel. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 7 Alternatieve geneeswijzen

De kosten van het consulteren van een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, zoals een homeopathisch arts, een natuurarts, een antroposofisch arts, een arts Moermantherapie en een arts enzymtherapie.

Artikel 8 Vaccinaties

50% van de kosten van de volgende vaccinaties tegen: Hepatitis A en B; DTP; Gele koorts; Typhus; Cholera; Meningococcon, wegens verblijf in het buitenland. Vergoed wordt tot een maximum van €91,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 9 Thuiszorg

Bij ontslag uit een algemeen ziekenhuis na een opnameduur van langer dan 5 dagen bestaat voor elke verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van €205,-. De zorg wordt geleverd door thuiszorgorganisaties die zijn gecontracteerd door de verzekeraar.

De zorg moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname en strekt zich uit over een periode van maximaal 2 weken. Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk op de dag van ontslag, een aanvraag worden gedaan bij het Nationale-Nederlanden Zorgverzekering ZorgServicebureau.

Nadere informatie over huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis wordt omschreven in Zorgdiensten Nationale-Nederlanden Zorgverzekering Extra Keuze Garant Plus.

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

Artikel 10 Eigen bijdragen hulpmiddelen

lid 1 Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd zoals staat vermeld in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van €230,- per verzekerde per kalenderjaar. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

lid 2 De vergoeding voor de eigen bijdrage pruiken bedraagt maximaal €115,-.

lid 3 Anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap) worden volledig vergoed.

Artikel 11 Overige hulpmiddelen

lid 1 Brillenglazen/Contactlenzen
De kosten van versterkende brillenglazen en contactlenzen tot een maximum van €500,- per 3 jaar.

lid 2 Bewakingsapparatuur wiegendood
De kosten van huur c.q. in bruikleengeving van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op aanvraag van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

lid 3 Rolstoelen/Invalidenwagens
De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Op deze vergoeding kan geen aanspraak gemaakt worden als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

lid 4 Steunzolen
De kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering dient te geschieden door een orthopedisch schoentechnicus, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici.

lid 5 Verpleegartikelen
De kosten van huur van verpleegartikelen als het gebruik ervan medisch noodzakelijk is. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

- lid 6 Wekapparaten
De kosten van huur van plaswekkers (inclusief bandages) voor een periode van drie maanden per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering op voorschrift van de behandelend arts.

Artikel 12 Bijzondere behandelingen/therapieën

- lid 1 Acné-behandeling
De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e). De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.
- lid 2 Camouflagetherapie
De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en van voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 3 Elektrische epilatie
De kosten van elektrische epilatie, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 4 Lymfedrainage
De kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem en de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 5 Podotherapie
De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.
- lid 6 Psoriasisdagbehandeling
1. De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van €500,- per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend;
 2. de reiskosten naar het psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van €230,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoeding van de reiskosten duurt, zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed. Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e klasse.
- lid 7 Stottertherapie
Vergoed worden de kosten van stottertherapie tot een maximum van €350,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 8 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren
De verschuldigde eigen bijdrage van €6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.
- lid 9 IVF
De kosten van de eerste IVF behandeling. De behandeling dient plaats te vinden in een vergunninghoudend ziekenhuis en uitsluitend nadat de verzekeraar toestemming heeft verleend.

lid 10 Sterilisatie

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

lid 11 Plastische chirurgie

De kosten van de volgende behandelingen worden vergoed indien sprake is van een medische noodzaak:

1. correctie van bovenoogleden
2. correctie van de buikwand (vetschortoperatie)
3. het operatief plaatsen van borstprothesen

Artikel 13 Ronald McDonald- of familiehuis

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

Artikel 14 Verblijf gezinslid bij levertransplantatie

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

- verblijf in het zusterhuis tot een maximum van € 25,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde;
- de kosten van vervoer naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse of vervoer per eigen auto tot een maximum van € 0,21 per kilometer.

Artikel 15 Ziekenvervoer

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

- een medische noodzaak en
- het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de Nationale-Nederlanden Zorgverzekering Keuze Garant Basisverzekering of de aanvullende verzekering.

De volgende kosten worden vergoed:

1. de eigen bijdrage voor de verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de Nationale-Nederlanden Zorgverzekering Keuze Garant Basisverzekering;
2. tot maximaal € 0,21 per gereden kilometer bij gebruik van de eigen auto;
3. taxivervoer;
4. vervoer per helikopter.

Artikel 16 Mondzorg

lid 1 Orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

lid 2 Algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar:

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

Vergoed worden deze kosten tezamen tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 17 Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed.

- lid 1 Onvoorziene behandelingen:
Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste 2x het in Nederland geldende marktconforme of wettelijke bedrag.
- lid 2 Voorziene behandelingen:
De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Echter, behandelingen ondergaan in België, Frankrijk of Duitsland worden vergoed tot ten hoogste 2x het in Nederland geldende marktconforme of wettelijke bedrag.
- lid 3 Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.
- lid 4 ANWB Alarmcentrale
In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ANWB Alarmcentrale. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met ANWB Alarmcentrale.
- ANWB Alarmcentrale is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer: 31 (0)70 314 58 70.
- lid 5 Repatriëring
In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Organisatie van repatriëring geschiedt door ANWB Alarmcentrale.
- Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ANWB Alarmcentrale in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.
- lid 6 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ANWB Alarmcentrale bepaalde gegevens te verschaffen aan de medische adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.