

Onderlinge Waarborgmaatschappij  
"SR-Zorgverzekeraar" U.A.  
K.v.K. Rotterdam 24249971

## UITGEBREIDE AANVULLENDE VERZEKERING OP DE VERSTREKKINGEN VAN HET ZIEKENFONDS



posofische Artsen (NVAA) of de Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuur Geneeskunde (ABNG) voorgeschreven homeopathische geneesmiddelen, voorzover deze worden geleverd door een apotheker of een apotheekhoudende huisarts en mits de samenstelling van het voorgeschreven middel volledig bestaat uit homeopathische verdunningen of verwijningen.

Geen vergoeding wordt verleend voor ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen.

Vergoeding voor homeopathische geneesmiddelen volledig

#### 14. Hoortoestellen

50% van de eigen bijdrage, welke is verschuldigd boven de maximum vergoeding uit hoofde van de hoofdverzekering.

Maximum vergoeding voor één of meer hoortoestellen per verzekerde per 3 kalenderjaren € 345,-

#### 15. Kuurreizen

Een bijdrage in de kosten van de door het Reumafonds, de SSTR of de Stichting Kuurreizen georganiseerde kuurreizen ten behoeve van verzekerden die lijden aan reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. Per kalenderjaar geldt een maximum van 3 weken. De bijdrage in de vergoeding dient vooraf door de huisarts of behandelend reumatoloog bij de maatschappij te worden aangevraagd.

Maximum bijdrage in de kosten per week € 230,-

Maximum bijdrage in de kosten per verzekerde per kalenderjaar € 685,-

#### 16. Oncologie

Een bijdrage van 75% in de kosten van de door de Stichting Les Veaux geboden hulp bij emotionele verwerking van kanker tijdens vakantieweken in Frankrijk en weekeinden of midweken in Nederland, bestaande uit de kosten van verblijf en begeleiding van de verzekerde.

Onder begeleiding wordt uitsluitend verstaan het aangeboden programma, dat bestaat uit gesprek, yoga, massage en creatieve therapie.

Vergoeding voor verblijf en begeleiding 75%

#### 17. Orthodontie

75% van de kosten van orthodontische behandelingen, uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts algemeen practicus, in welk laatste geval vooraf toestemming door de maatschappij dient te worden gegeven.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient de betreffende verzekerde tot en met 17 jaar ten minste één jaar zonder onderbreking in het bezit te zijn van een tandartskaart, dan wel de betreffende verzekerde ouder dan 17 jaar van een geldig 'bewijs van preventief onderhoud'.

In beide gevallen dient het gebit te zijn gesaneerd, hetgeen inhoudt dat het gebit vrij is van cariës, tandsteen, tandvlees- of andere ontstekingen en eventuele wortelresten.

Niet vergoed worden de kosten van een orthodontische behandeling, welke functioneel niet noodzakelijk is, maar een hoofdzakelijk esthetisch doel heeft.

Geen vergoeding wordt verleend indien deze kosten worden gemaakt binnen een termijn van 18 maanden na de ingangsdatum van de verzekering.

Vergoeding van de orthodontische behandelingen 75%

#### 18. Plaswekkers

90% van de op medisch voorschrift gemaakte kosten van de huur van een plaswekker.

Vergoeding gedurende ten hoogste 3 maanden

#### 19. Podotherapie

De kosten van consulten verleend door een erkend podotherapeut of podokinesiooloog.

Vergoeding per behandeldatum tot ten hoogste 6 consulten per kalenderjaar € 23,-

#### 20. Preventief onderzoek

Eénmaal per 2 kalenderjaren de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten alsmede van baarmoederhals- en borstkankeronderzoek.

Vergoeding van preventief onderzoek volledig

#### 21. Prinses Margriethuis

De kosten van verblijf van een verzekerde in een Prinses Margriethuis na een levertransplantatie en - ter verzorging van de patiënt - van het verblijf van een familielid gedurende ten hoogste 28 dagen per kalenderjaar.

Maximale vergoeding per dag voor het verblijf van de patiënt € 35,-

Maximale vergoeding per dag voor het verblijf van een familielid € 25,-

#### 22. Psychologische hulp (kortdurend)

De kosten van behandelingen, mits de behandeling geschiedt op voorschrift van de huisarts.

De psychologische hulp dient te worden verleend door een psycholoog die is aangesloten bij het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) of door een psychotherapeut die als zodanig bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is erkend.

Vergoeding aantal zittingen per kalenderjaar 12

Vergoeding per zitting € 32,-

#### 23. Logeerhuis

Bij opname van een bij SR-Zorgverzekeraar medeverzekerd kind, wordt aan de ouders voor hun noodzakelijk verblijf in een aan het desbetreffend ziekenhuis verbonden logeerhuis een vergoeding verleend van de eigen bijdrage tot een maximum van € 35,- per etmaal.

#### 24. Second opinion

De kosten van het op verwijzing van de huisarts raadplegen van een andere dan de behandelend specialist terzake van een door deze voorgestelde behandeling.

Vergoeding van de kosten van een second opinion volledig

#### 25. Sport Medisch Adviescentrum

60% van de kosten van een sportmedisch onderzoek of blessureconsult bij een Sport Medisch Adviescentrum, waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.

Maximum vergoeding van de kosten van onderzoek of consult 60%

#### 26. Steunpessaria

De kosten van op medisch voorschrift aangeschafte steunpessaria.

Vergoeding van de kosten van aanschaf volledig

#### 27. Steunzolen

50% van de kosten van aanschaf op medisch voorschrift van steunzolen, mits een gipsmodel aanwezig is. Bij verstrekking van een dynamische zool door een podotherapeut is een blauwdruk in plaats van een gipsmodel voldoende.

Maximum vergoeding per kalenderjaar € 46,-

#### 28. Tandheelkundige hulp

De kosten van de onderstaande behandelingen:

Anesthesie

verdooving (geleidings- en/of infiltratie-anesthesie) alleen

bij wortelkanaalbehandelingen(A10) volledig

tweede preventief onderzoek (C12) max. 1x per jaar volledig

tandsteen verwijderen max 2x per jaar maximaal het tarief van M50 Endodontie

wortelkanaalbehandelingen ( E10, E15, E20, E25 en E76) volledig

moeizaam verwijderen oud wortelkanaalvulmateriaal of stift, per kanaal (E50) volledig

Parodontologie

50% van de kosten van parodontologische behandelingen.

De kosten voor parodontologische behandelingen worden slechts vergoed indien er sprake is van een instabiele parodontale situatie met een CPITN-score van 3 of 4.

Maximum vergoeding per verzekerde per kalenderjaar € 137,-

Restauraties door middel van plastisch materiaal

pitvullingen (V10) volledig

éénvlaksvullingen (V11)	volledig	
tweevlaksvullingen (V12)	volledig	
drievlaksvullingen (V13)	volledig	
kroon van plastisch materiaal (V14)	60%	
etsen, eventueel in combinatie met etsbare onderlaag (V20 en V21)	volledig	
Uitneembare prothetische voorzieningen de eigen bijdrage voor kosten (inclusief techniek- kosten) gemaakt bij een tandarts of een tandprotheticus:		
volledig boven- en onderprothese (P30)	volledig	
volledige boven- of onderprothese (P21 en P25)	volledig	
volledige bovenprothese in combinatie met onderprothese op implantaten (I85)	volledig	
volledige onderprothese op implantaten (I87)	volledig	
De eigen bijdrage voor kosten (inclusief techniekkosten) gemaakt bij een tandarts of een tandprotheticus, tot een maximum bedrag:		
partiële kunsttharsprothese 1 t/m 4 elementen (P10)	€ 109,-	
partiële kunsttharsprothese 5 of meer elementen (P15)	€ 182,-	
partiële frameprothese 1 t/m 4 elementen (P34)	€ 255,-	
partiële frameprothese 5 of meer elementen (P35)	€ 325,-	
rebasen (P51, P52, P53 en P54)		
maximum vergoeding per kalenderjaar	€ 50,-	
bijplaatsen van elementen aan bestaande prothese ( P79)		
maximum vergoeding per kalenderjaar	€ 50,-	
reparatiekosten van een partiële prothese (P57 en P58)		
maximum vergoeding per kalenderjaar	€ 50,-	
maximum vergoeding voor alle prothetische hulp tezamen per verzekerde per 2 kalenderjaren	€ 610,-	

Om voor vergoeding van tandheelkundige hulp in aanmerking te komen, gelden de volgende voorwaarden:

- de hulp is verleend door een tandarts of tandprotheticus die een overeenkomst met de Zorgverzekeraar heeft gesloten;
- er worden geen vergoedingen uit deze verzekering verstrekt voor behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel tandheelkundig niet doelmatig zijn;
- geen vergoeding wordt verleend, indien deze kosten voor alle tot nu toe genoemde tandheelkundige behandelingen worden gemaakt binnen een termijn van drie maanden na de ingangsdatum van de verzekering.
- om in aanmerking te komen voor vergoeding van tandheelkundige behandelingen, dient de verzekerde minstens één jaar zonder onderbreking in het bezit te zijn van een tandartskaart (voor jeugdige verzekerden) of van een geldig 'bewijs van preventief onderhoud' (voor volwassenen, ouder dan 17 jaar);
- het gebit dient vrij te zijn van cariës, tandsteen, tandvleesontstekingen of andere ontstekingen en eventuele wortelresten.

Uitgebreide tandheelkundige hulp

de kosten voor het nieuw plaatsen, tot een maximum bedrag per kalenderjaar, van de volgende voorzieningen:

gegoten wortelkappen met stift (P31)	€ 80,-
extra per precisieverankering per kaak (P32)	€ 55,-
gegoten porselein op metalen kroon of porseleinen jacketkroon (R20, R25 en R26)	€ 193,-
gegoten opbouw, indirecte methode (R32)	€ 80,-
gegoten opbouw, directe methode (R33)	€ 80,-
brugdeel 1e dummy (R40)	€ 140,-
brugdeel 2e en volgende dummy (R45)	€ 95,-
etsbrug zonder preparatie (R60)	€ 115,-
etsbrug met preparatie (R61)	€ 140,-
toeslag voor elke volgende dummy in zelfde tussendeel (R65)	€ 70,-

indirecte labiale veneering met preparatie (R78)	€ 80,-
directe labiale veneering zonder preparatie (R79)	€ 80,-

Voor de vergoeding van wortelkappen, magneten of drukknopbevestiging geldt een wachttijd van één jaar na het plaatsen van de overkappingsprothese. Reparaties aan of het opnieuw vastzetten van deze voorzieningen worden niet vergoed.

Maximum vergoeding van alle uitgebreide tandheelkundige tezamen per verzekerde per kalenderjaar € 410,-

Om voor vergoeding van uitgebreide tandheelkundige hulp in aanmerking te komen gelden de volgende voorwaarden:

- geen vergoeding wordt verleend indien deze kosten worden gemaakt binnen een termijn van 12 maanden na de ingangsdatum van de verzekering;
- de aanvraag dient vooraf met een specificatie van de geraamde kosten en een behandelplan bij de maatschappij te worden ingediend;
- bij de aanvraag dienen een status praesens en een foto van de te behandelen elementen aanwezig te zijn;
- het gebit dient zich in een - volgens tandheelkundig geaccepteerde normen - stabiele situatie te bevinden. Zowel in de boven- als onderkaak dienen voldoende elementen aanwezig te zijn die samen een functionele eenheid vormen. Als uitgangspunt wordt gehanteerd dat zowel aan de rechter- als de linkerkant van het gebit minimaal twee op redelijke afstand van elkaar bevindende, kwalitatief goed functionerende antagonistparen (occlusale eenheden) aanwezig zijn;
- reeds door een frame of brug vervangen elementen mogen deel uitmaken van de in lid d. genoemde occlusale eenheden;
- om in aanmerking te kunnen komen voor vergoeding van uitgebreide tandheelkundige behandelingen, dient de verzekerde minstens één jaar zonder onderbreking in het bezit te zijn van een tandartskaart (voor jeugdige verzekerden) of van 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.

#### 29. **Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar**

Een bijdrage in de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen jonger dan 21 jaar, mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend specialist, gedurende ten hoogste 42 dagen per 2 kalenderjaren.

Vergoeding per dag € 7,-

#### 30. **Vaccinaties**

50% van de kosten voor alle vaccinaties, welke noodzakelijk zijn voor een verblijf in het buitenland.

Maximum vergoeding per verzekerde per kalenderjaar € 46,-

#### 31. **Vervangende mantelzorg**

Gedurende ten hoogste 14 dagen per verzekerde per kalenderjaar de, ten behoeve van de verzorging thuis van een chronische zieke of ernstig gehandicapte verzekerde, gemaakte kosten van professionele 'vervangende mantelzorg', mits de organisatie daarvan door of in overleg met de maatschappij heeft plaatsgevonden.

Vergoeding voor vervangende mantelzorg volledig

#### 32. **Ziektekosten en hulpverlening in het buitenland**

1. Ziektekosten: Voor de in het buitenland gemaakte kosten tijdens vakantie, indien deze betrekking hebben op:

- spoedeisende opname en behandeling in de laagste klasse in een in het betreffende land door de bevoegde overheidsinstantie erkend ziekenhuis;
- spoedeisend onderzoek en behandeling, niet gepaard gaande met opname in een ziekenhuis, door een specialist of huisarts en de door deze op recept voorgeschreven genees- en verbandmiddelen;
- spoedeisende tandheelkundige hulp, uitsluitend bestaande uit het verhelpen van directe pijnklachten;

- d. medisch noodzakelijk vervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde arts, mits het vervoer in verband staat met een opname, onderzoek of behandeling voor rekening van deze verzekering.

Zodra verzekerde naar het oordeel van de behandelende arts(en) naar Nederland kan worden vervoerd dient verzekerde zich hieraan te houden, in welk geval de daaraan verbonden medisch noodzakelijke extra kosten worden vergoed.

Bovendien worden vergoed de kosten van het vervoer van het stoffelijk overschot van een verzekerde naar Nederland.

Geen vergoeding wordt verleend:

- a. voor de in het buitenland gemaakte kosten binnen een termijn van 6 maanden na ingangsdatum van de verzekering, behalve wanneer sprake is van een verzekerde overkomen ongeval;
- b. voor de in het buitenland gemaakte kosten van alternatieve geneeskundige hulp;
- c. voor de kosten die verband houden met een onderzoek, behandeling of opname welke het doel vormden van het verblijf in het buitenland;
- d. indien bij vertrek naar het buitenland redelijkerwijs mocht worden aangenomen, dat geneeskundige hulp in het buitenland noodzakelijk was.

De vergoeding geschiedt in Nederlandse valuta op basis van de omrekenkoers zoals deze geldt op de dag waarop de nota is gedateerd.

Vergoeding van ziektekosten in het buitenland volledig

2. Hulpverlening: Vergoed worden de door S.O.S.-International gemaakte kosten ter zake van:

- a. te verlenen hulp bij het regelen van:
  1. het ziekenvervoer van een verzekerde naar Nederland,
  2. het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland;
- b. het waarschuwen van in Nederland met een vaste woonplaats verblijvende naaste familieleden van een verzekerde en diens werkgever;
- c. hulp bij taalproblemen, voorzover deze door S.O.S.-International kon worden verleend;
- d. de bemiddeling bij het overmaken van geld;
- e. de kosten van organisatie van het toezenden van genees- en hulpmiddelen.

De hierboven omschreven hulp wordt verleend, indien ter zake van een acute ziekte of een ongeval ten behoeve van een verzekerde geneeskundige hulp, waarvan de kosten krachtens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen, is geboden.

Geen vergoeding wordt verleend voor hulpverlening waarvan de kosten worden gemaakt binnen een termijn van 6 maanden na de ingangsdatum van de verzekering, behalve wanneer sprake is van een verzekerde overkomen ongeval.

Vergoeding voor hulpverlening volledig

In voorkomende gevallen kan hulp worden ingeroepen van S.O.S.-International.

In geval van een ziekenhuisopname in het buitenland dient zulks binnen 3 x 24 uur bij S.O.S.-International te worden gemeld.

S.O.S.-International is dag en nacht bereikbaar onder telefoonnummer (0)20 651 51 51/telefaxnummer (0)20 651 51 09.

Noteert u - alvorens te bellen - het adres en het telefoonnummer waar u bent te bereiken, uw polisnummer alsmede de naam, het adres en het telefoonnummer van het ziekenhuis, arts of specialist en - indien gewenst - de namen en telefoonnummers van degene die dienen te worden gewaarschuwd. De hieraan verbonden kosten worden krachtens deze verzekering vergoed.

### 33. Uitkering bij een ongeval

Uitkering wordt verleend indien een verzekerde, jonger dan 13 jaar, als gevolg van een ongeval overlijdt of blijvend invalide wordt.

De uitkering bedraagt per verzekerde:

- a. bij overlijden € 2.300,-

- b. bij blijvende invaliditeit € 4.000,-  
Indien bij een gebeurtenis meer verzekerden jonger dan 13 jaar een ongeval overkomt, wordt uit hoofde van deze verzekering niet meer uitgekeerd dan in totaal € 11.500,- bij overlijden, dan wel € 23.000,- bij blijvende invaliditeit.

Op dit onderdeel van de dekking zijn de Algemene en Speciale Voorwaarden van de bij de maatschappij ten tijde van het ongeval in gebruik zijnde polis Persoonlijke Ongevallenverzekering van toepassing. Deze voorwaarden liggen bij de maatschappij ter inzage. Uitkeringen geschieden aan de door het ongeval getroffen verzekerde of aan zijn wettige erfgenamen. Als zodanig wordt de overheid nimmer erkend.

### 34. Rechtsbijstand bij schade door medische onregelmatigheden

Aanspraak wordt verleend ter zake van rechtsbijstand binnen Europa bij het verhaal van door een verzekerde 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 de hoofdverzekering, zijn of worden vergoed.

De rechtsbijstand wordt verleend door de D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V. te Amsterdam, wier Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandsverzekering, welke in gebruik zijn op het moment van het ontstaan van recht op aanspraak op rechtsbijstand, van toepassing zijn. Deze voorwaarden liggen bij de maatschappij ter inzage.

Bij noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt een kostenmaximum per schadegeval van € 4.600,-

Indien aanspraak bestaat op rechtsbijstand op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, dan wel op grond van enige wet of andere voorziening, bestaat - met inachtneming van de Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstand verzekering - slechts aanspraak op vergoeding, indien en voorzover aan die andere verzekering, dan wel wet of voorziening, geen aanspraak kan worden ontleend.

De aanspraak op rechtsbijstand vervalt bij melding van een schade later dan één jaar na beëindiging van deze verzekering.

## CLAUSULE

Wijzigingen in de dekking tandheelkundige hulp gaan uit van wijzigingen in de ziekenfondsdekking tandheelkundige hulp en zijn gebaseerd op de ons bekende gegevens per 1 november 2001. Wij wijzen erop dat invoering slechts kan plaatsvinden per 1 januari 2002 nadat de minister van VWS hiervoor haar toestemming heeft gegeven.