

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Benfit Module Polis

Deel B (omvang dekking) bevat de omschrijving van alle te verzekeren modules van de ONVZ Benfit Module Polis. Dit betreffen de volgende modules:

Module 1 Basis
Module 2 Huisarts
Module 3 Tandheelkunde voor kinderen
Module 4 Paramedische hulp
Module 5 Alternatief en Psychologische hulp
Module 6 Buitenland (indien niet van toepassing geldt geen aanspraak op hulp door SOS International zoals vermeld op uw ONVZ Insurance card)
Module 7 Aanvullend

Deze verzekering omvat in elk geval de Basismodule (Module 1). De modules 2 t/m 7 kunnen naar eigen keuze, naast de Basismodule worden meeverzekerd. Op het polisblad staat aangegeven welke modules voor welke verzekerde zijn afgesloten. Al hetgeen gedekt wordt door de modules 2 t/m 7, valt niet onder module 1.

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande modules genoemde medische behandelingen door zorgverleners en andere genoemde medische kosten volgens officieel goedgekeurde tarieven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een medische noodzaak. Het eventueel door de verzekerde gekozen eigen risico wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

MODULE 1 BASIS

ZIEKENHUIS

Opname

Opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis als er een medische noodzaak voor dit verblijf is in verband met specialistisch onderzoek of behandeling:

- de verpleegkosten gedurende onbepaalde tijd;
- de honoraria van de specialisten;
- de bijkomende kosten, zoals de kosten van gebruik van de operatiekamer, narcose- en verbandmiddelen, medicijnen, laboratoriumonderzoeken, röntgendoorlichting, röntgenfoto's, bestralingen en fysiotherapie.

Gezonde zuigeling

Als de moeder voor behandeling in het ziekenhuis verblijft, bestaat recht op uitkering voor de opname van een gezonde zuigeling ten behoeve van de borstvoeding. Vergoeding vindt plaats zolang er voor de moeder recht op uitkering bestaat.

Compensatie klasseverzekerden

Als de verzekerde wordt opgenomen op basis van klasse 3 in een ziekenhuis terwijl hij/zij voor een hogere klasse verzekerd is, vergoedt de verzekeraar een bedrag van € 25,- per verpleegdag.

SPECIALISTISCHE HULP

Specialistische hulp zonder opname (niet-klinische specialistische hulp):

- het honorarium van een op advies van de huisarts geraadpleegde specialist;
- de in verband met de specialistische hulp gemaakte kosten, zoals kosten van dagverpleging, gebruik van de behandelkamer of polikliniek, narcose, laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, röntgen-, radium- en andere radio-actieve bestralingen.

Second opinion

De kosten voor het raadplegen van een andere specialist of tandarts (second opinion), na verwijzing door de huisarts, behandelend tandarts of specialist.

REVALIDATIEZORG

De kosten van medisch noodzakelijke vormen van revalidatiezorg in een instelling die door de daarvoor bevoegde overheidsinstantie erkend is. Op voorschrift van de behandelend arts komen de volgende vormen van revalidatie voor vergoeding in aanmerking:

- revalidatiezorg in een klinische situatie (opname);
- revalidatiezorg in een poliklinische situatie (deeltijd of dagbehandeling).

FARMACEUTISCHE ZORG

Farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een (huis)arts, specialist, tandarts of verloskundige en moet zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek, apotheekhoudend huisarts of drogisterij. Farmaceutische zorg omvat de hierna genoemde middelen:

- geneesmiddelen die overeenkomstig de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland afgeleverd mogen worden;
- geregistreerde homeopathische preparaten;
- bloedproducten die krachtens de Wet inzake Bloedtransfusie zijn toegelaten;
- dieetpreparaten bestemd voor medische toepassing, zoals omschreven in de Regeling Dieetpreparaten die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. De Regeling Dieetpreparaten maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar;
- verbandmiddelen voorzover nodig bij de medische behandeling van ernstige aandoeningen waarbij langdurige behandeling noodzakelijk is, alsmede 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.

(vervolg module 1)

De volgende kosten worden vergoed:

- de kosten van farmaceutische zorg, zoals omschreven in de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling Farmaceutische Zorg.
- 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 kosten van medicijnen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van de Regeling Farmaceutische Zorg en op grond van het voorgaande, tot een maximum van € 4540,- per verzekerde per kalenderjaar.;
- de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van de ZN-regeling Farmaceutische Zorg;

De Regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

TANDHEELKUNDE

Kaakchirurgie

Kaakchirurgische behandeling door een tandarts-specialist voor mondziekten en kaakchirurgie.

Tandheelkundige implantaten

Tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdende met het inbrengen daarvan in de kaak, onder de volgende voorwaarden:

- de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg;
- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandenloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
- de voorgestelde behandeling is doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd;
- uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

Vergoed worden uitsluitend het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings)prothese.

Tandheelkundige hulp bij functiestoornis kauwstelsel

Tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening of een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum en
- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- uitsluitend nadat de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelingsplan, vooraf toestemming heeft gegeven.

De verzekeraar kan hierbij nadere voorwaarden stellen.

SPECIFIEKE BEHANDELINGEN

Audiologische hulp

De kosten van audiologische hulp, verleend door een audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Beenmergonderzoek

De kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

Dermatologische nachtbehandeling

De kosten van dermatologische nachtbehandeling.

Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van erfelijkheidsonderzoek door een centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

In vitro fertilisatie

De kosten van in vitro fertilisatiebehandelingen in een vergunninghoudend ziekenhuis onder de volgende voorwaarden:

- er dient sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie;
- uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft gegeven. Bij het verlenen van deze toestemming kunnen door de verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld.

Nierdialyse

De kosten van behandeling met een kunstnier, zowel klinisch, poliklinisch als bij de verzekerde thuis.

(vervolg module 1)

Orgaantransplantatie

1. De kosten van orgaantransplantatie onder de volgende voorwaarden:
 - de behandeling vindt plaats in een door de overheid voor deze verrichtingen erkende instelling en;
2. De kosten van de donor in verband met orgaantransplantatie, te weten:
 - de kosten van opname in een ziekenhuis op basis van de klasse, zoals hij/zij elders verzekerd is;
 - de kosten van medische behandeling gedurende maximaal 3 maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Deze behandeling moet verband houden met de orgaantransplantatie. Op de uitkering wordt geen eigen risicobedrag in mindering gebracht.

Plastische chirurgie

De kosten van plastische of reconstructieve chirurgie, in geval van verminkingen ontstaan door een ongeval of ziekte of bij direct bij de geboorte aanwezige ernstige afwijkingen.

Sterilisatie, Abortus

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

Weefseltyperingen

De kosten van weefseltyperingen, zoals die door Euro-transplant in rekening worden gebracht.

BEVALLING EN KRAAMZORG

Voor vrouwelijke verzekerden geldt de volgende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

Bevalling met medische noodzaak

Bij bevalling in een ziekenhuis, indien en zolang een medische noodzaak aanwezig is:

- de verpleegkosten;
- de kosten van verloskundige en andere medische hulp, alsmede de bijkomende kosten.

Verlaat de moeder het ziekenhuis binnen 8 dagen, te rekenen met ingang van de dag van bevalling, dan bestaat voor elke dag dat zij minder dan 8 dagen in het ziekenhuis verblijft recht op een uitkering van € 150,- (maximaal € 1200,-). Uitgangspunt voor de vergoeding is het aantal door het ziekenhuis in rekening gebrachte dagen.

Bevalling zonder medische noodzaak

Bij bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis:

- het honorarium voor verloskundige hulp in rekening gebracht door specialist, huisarts of verloskundige;
- de kosten van gebruik polikliniek.

Als tegemoetkoming in de kosten voor kraamzorg ontvangt de moeder € 150,- per dag gedurende maximaal 8 dagen (maximaal € 1200,-).

Indien na de bevalling, binnen 8 dagen alsnog een medische noodzaak voor ziekenhuisopname ontstaat, dan bestaat vanaf dat tijdstip recht op vergoeding zoals vermeld onder het kopje 'Bevalling met medische noodzaak'.

Kraamzorg in natura

In plaats van de uitkering van maximaal € 1200,- voor kraamzorg of het bedrag dat overblijft na ziekenhuisopname kan, onder voorbehoud van beschikbaarheid, gekozen worden voor de kraamzorg in natura. De aanvraagprocedure voor deze kraamzorg wordt omschreven in deel C (diensten).

Kraampakket

Tevens heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket. Zie deel C voor de aanvraag van dit kraampakket.

ZIEKENVERVOER

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar en van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede naar en van de instelling waar een behandeling plaatsvindt.

Onder medisch noodzakelijk ziekenvervoer wordt verstaan:

1. ambulance;
2. taxi;
3. eigen vervoer per auto, waarbij de hoogte van de vergoeding is gebaseerd op een bedrag van € 0,20 per gereden kilometer.

De kosten van het vervoer dienen verband te houden met de volgende medische behandelingen, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen:

- a. opname ziekenhuis;
- b. niet-klinische specialistische hulp;
- c. nierdialyse;
- d. behandeling kraaminrichting;
- e. revalidatiezorg.

MODULE 2 HUISARTS

Behandeling door de huisarts, te weten:

- het honorarium;
- de in verband met deze behandeling gemaakte kosten van laboratoriumonderzoeken en röntgenfoto's.

MODULE 3 TANDHEELKUNDE VOOR KINDEREN

Kaakorthopedie

- a. Gebitsregulatie (orthodontie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Vergoed wordt tot maximaal € 1365,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering.
- b. Kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts in de volgende gevallen:
 - een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis);
 - een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) behoort te worden gecorrigeerd en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
 - een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis (dysostosis cleido cranialis), waarbij één van de symptomen een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak is.

Algemene tandheelkunde tot 18 jaar

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 jeugdverzorgingsdienst. Vergoed wordt 75% van deze kosten, tezamen tot een maximum van € 340,- per verzekerde per kalenderjaar.

MODULE 4 PARAMEDISCHE HULP

Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

De kosten van hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar op voorschrift van huisarts of specialist. De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.

Chiropractie

De hulp verleend door een chiropractor. De hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.

Osteopathie

De hulp verleend door een osteopaat.

Logopedische behandeling en orthoptische hulp

Logopedische hulp en orthoptische hulp verleend door een logopedist respectievelijk orthoptist.

Preventieve hulp

- de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten;
- de kosten van baarmoederhals- en borstkankeronderzoek.

Ergotherapie

Vergoed worden de kosten van enkelvoudige extramurale ergotherapie door een ergotherapeut.

Overgangsconsulente

Vergoed worden de kosten van maximaal 3 behandelingen gedurende de gehele looptijd van de verzekering voor voorlichting, advies en hulp gedurende de menopauze gegeven door een overgangsconsulente aangesloten bij Care for Women. Per behandeling wordt maximaal € 50,- vergoed.

MODULE 5 ALTERNATIEF EN PSYCHOLOGISCHE HULP

Alternatieve geneeswijzen

De kosten van het consulteren van een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, zoals bijvoorbeeld homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofie, Moermantherapie en enzymtherapie. Vergoed wordt tot maximaal € 27,- per consult met een maximum van 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Arts-fleboloog/proctoloog

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

Acupunctuur

Acupunctuurbehandelingen uitgevoerd door een arts of fysiotherapeut, die als acupuncturist gediplomeerd is, of door een acupuncturist die is aangesloten bij een erkende Nederlandse beroepsvereniging.

Psychologische hulp

50% van de kosten van psychologische hulp door een psycholoog of psychotherapeut tot maximaal € 455,- per verzekerde per kalenderjaar. Gedurende de gehele looptijd van de verzekering worden maximaal 75 behandelingen vergoed.

MODULE 6 BUITENLAND

Bij tijdelijk verblijf van maximaal 6 maanden aaneengesloten buiten Nederland, van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, worden de onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed. De vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een acute ziekte of een ongeval.

(vervolg module 6)

Binnen Europa en de landen die grenzen aan het Middellandse-Zeegebied vergoedt de verzekeraar de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven;

- a. bij opname in een ziekenhuis:
 - de kosten van verpleging en behandeling in de verzekerde klasse tot maximaal 365 dagen per geval;
 - de kosten van ziekenvervoer per ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- b. de kosten van niet-klinische specialistische hulp (inclusief ziekenvervoer per ambulance);
- c. huisartsenhulp.

Buiten Europa en buiten de landen die grenzen aan het Middellandse-Zeegebied

De dekking is gelijk aan het vermelde onder het kopje 'Binnen Europa en de landen die grenzen aan het Middellandse-Zeegebied'. Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste 2x het bedrag van de kosten van een overeenkomstige behandeling in Nederland (bij ziekenhuisopname geldt als maatstaf de kosten welke het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein in rekening zou hebben gebracht voor de betreffende behandeling).

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.

SOS International

In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met SOS International. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met SOS International. SOS International is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar onder telefoonnummer: 31 (0)20 651 51 51.

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 SOS International.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct de hulp van SOS International in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

Verschaffen gegevens

De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van SOS International bepaalde gegevens te verschaffen aan de medisch adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

VACCINATIES

50 % van de kosten van de navolgende vaccinaties wegens verblijf in het buitenland: Hepatitis A en B; DTP; Gele koorts; Typhus; Cholera; Meningococcon.

MODULE 7 AANVULLEND

HULPMIDDELEN

De kosten van aanschaf of bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen onder de volgende voorwaarden:

- het betreffende hulpmiddel is voorgeschreven door de behandelend arts;
 - het betreffende hulpmiddel is opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar;
 - vergoed worden de kosten tot de in de Regeling Hulpmiddelen vastgestelde maximumbedragen.
- De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

OVERIGE HULPMIDDELEN

Brillenglazen/Contactlenzen

De kosten van de glazen van een bril of een stel contactlenzen bij versterkende glazen/lenzen tot een maximum van € 140,-, maximaal 1 keer per 3 jaar.

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 toestemming heeft verleend.

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.

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.

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

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.

(vervolg module 7)

EIGEN BIJDRAGEN HULPMIDDELEN

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd ingevolge de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet of zoals staat vermeld in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding voor de eigen bijdrage pruiken bedraagt maximaal € 115,-. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage, zoals bepaald in de AWBZ voor de verstrekking niet-klinische psychiatrische hulp (psychotherapie) tot een maximum van € 410,- per behandelreeks.

THUISZORG

Thuisverpleging

Ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijke opname in een ziekenhuis bestaat recht op vergoeding van de kosten (volgens gangbare tarieven) van verpleging door een verpleegkundige bij de verzekerde thuis:

- voor maximaal 10 uur per etmaal gedurende maximaal 100 etmalen per kalenderjaar per verzekerde;
- uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

Thuisverpleging kan geregeld worden door het ONVZ ZorgServicebureau. Nadere informatie over deze dienstverlening wordt omschreven in deel C (diensten).

De thuisverpleging 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.

BIJZONDERE BEHANDELINGEN/THERAPIEËN

Acné-behandeling

De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e). De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts.

Camouflagetherapie

De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en van voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

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.

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.

Podotherapie

De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen en orthonyxie.

Sportmedisch Advies

Blessureconsult:

De kosten van het consulteren van een (sport)arts. Vergoed wordt maximaal € 27,- per consult met een maximum van 5 consulten per verzekerde per kalenderjaar.

Psoriasis-dagbehandeling

1) De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van € 500,-. 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 vindt plaats, zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed. Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e Klasse.

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.

Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren

De verschuldigde eigen bijdrage tot een maximum van € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.

Verblijf Prinses Margriethuis

Uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar wordt vergoeding verleend voor de kosten van verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen als het verblijf aansluit op een levertransplantatie in het Academisch Ziekenhuis Groningen. De verzekerde en een verzorger ontvangen een vergoeding tot een maximum van € 35,- per dag gedurende maximaal 28 dagen.

(vervolg module 7)

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 McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeershuis, in geval van ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

**VERBLIJF GEZINSLID BIJ
LEVERTRANSPLANTATIE**

De verzekeraar vergoedt de verblijfkosten in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen van een gezinlid 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 maximaal € 0,20 per gereden kilometer.

