



Polisvoorwaarden 2017

ONVZ Zorgverzekeraar. Verzekerd van vrije keuze.



Risicodraagster voor de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nr. 12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nr. 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Fax: 030 635 12 75. Internet: www.onvz.nl

Niet alleen vrije keuze. Maar ook hulp bij het kiezen.

Geachte heer/mevrouw,

Hartelijk dank voor uw vertrouwen in ONVZ Zorgverzekeraar. Wij denken dat u een uitstekende keuze heeft gemaakt. Zeker als u vrije keuze in de zorg op prijs stelt. Want ook in 2017 bent u bij ONVZ helemaal vrij om uw dokter en ziekenhuis te kiezen. En onze ZorgConsulenten staan voor u klaar om u bij belangrijke keuzes te helpen.

Onze polisvoorwaarden en andere belangrijke informatie voor u op een rij.

In bijgaand boekje hebben we de polisvoorwaarden van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan 2017 voor u op een rij gezet. U kunt er precies in zien wat u als ONVZ verzekerde van ons mag verwachten, welke diensten ONVZ u biedt en hoe u daarvan het best gebruik kunt maken.

Op uw polisblad ziet u welke verzekeringen u heeft en welke voorwaarden daarop van toepassing zijn. Deze voorwaarden gaan in per 1 januari 2017 en gelden tot eventuele wijzigingen van kracht worden.

Heeft u nog vragen?

Algemene informatie vindt u op www.onvz.nl. U kunt ook contact opnemen met het ONVZ Service Center: 030 639 62 22. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.30 tot 21.00 uur. En tot 1 februari ook op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur.

Met vriendelijke groet,
ONVZ Zorgverzekeraar

Jean-Paul van Haarlem
Voorzitter raad van bestuur

 www.facebook.com/onvz

 www.twitter.com/onvz

Leeswijzer



Het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan is opgebouwd uit de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering en verschillende aanvullende verzekeringen. In dit boekje vindt u de algemene bepalingen (deel A), de dekkingen (deel B) en de ONVZ Zorgdiensten (deel C).

De algemene bepalingen beschrijven de afspraken over uw rechten (bijvoorbeeld privacy) en plichten (bijvoorbeeld premiebetaling en het doorgeven van adreswijzigingen). Deel A-1 geldt voor alle verzekeringen, waarbij enkele bepalingen voor de aanvullende verzekeringen zijn uitgesloten. Deel A-2 gaat alleen op voor de aanvullende verzekeringen. In zowel Deel A-1 als Deel A-2 vindt u ook begripsomschrijvingen.

Wilt u snel weten wat de dekking is voor een bepaalde behandeling? Kijk dan in het snel-zoek-overzicht op pagina 6.

Inhoudsopgave

Snel-zoek-overzicht	6
Contactgegevens	8
Algemene bepalingen	9
Deel A-1 Algemene bepalingen	11
Deel A-1 Begripsomschrijvingen	11
Deel A-2 Algemene bepalingen	27
Deel A-2 Begripsomschrijvingen	27
Hoofdverzekering	
ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	31
Deel B Omvang dekking	33
Deel C Zorgdiensten	61
Aanvullende verzekeringen	
ONVZ Vrije Keuze Startfit	63
Deel B Omvang dekking	65
Deel C Zorgdiensten	67
ONVZ Vrije Keuze Extrafit	69
Deel B Omvang dekking	71
Deel C Zorgdiensten	76
ONVZ Vrije Keuze Benfit	79
Deel B Omvang dekking	81
Deel C Zorgdiensten	88
ONVZ Vrije Keuze Optifit	91
Deel B Omvang dekking	94
Deel C Zorgdiensten	103
ONVZ Vrije Keuze Topfit	105
Deel B Omvang dekking	108
Deel C Zorgdiensten	117
ONVZ Vrije Keuze Superfit	119
Deel B Omvang dekking	122
Deel C Zorgdiensten	140
ONVZ Wereldfit	143
Deel B Omvang dekking	145
ONVZ Tandfit	149
Deel B Omvang dekking	151
ONVZ Zorgplan	155
Deel B Omvang dekking	157
ONVZ Zó-fit	161
Polisvoorwaarden ONVZ Zó-fit	163

Snel-zoek-overzicht	Basisverzekering	Startfit	Extrafit	Benfit	Optifit	Topfit	Superfit
Acnebehandeling	-	-	73	84	98	113	127
Alternatieve geneeswijzen	-	-	72	83	97	111	125
Audiologische zorg	49	-	-	-	-	-	-
Beweegzorg	-	65	71	82	95	109	123
Brillenglazen/contactlenzen/ooglaseren	-	-	-	-	98	111	125
Buitenland	59	66	75	87	102	116	130
Buitenland (Wereldfit)	Wereldfit 145						130
Camouflagetherapie	-	-	73	85	99	113	127
Diëthetiek	50	-	-	-	99	113	127
Elektrische epilatie/laserbehandeling	-	-	73	85	99	113	127
Erfelijkheidsonderzoek	49	-	-	-	-	-	-
Ergotherapie	50	-	-	-	-	113	127
Farmaceutische zorg	52	-	72	83	96	110	124
Fysiotherapie/oefentherapie	49	65	71	82	95	109	123
Geboortezorg	43	-	71	81	94	108	122
Griepvaccinatie	-	-	-	87	101	116	130
Herstellingsoord	-	-	-	-	-	115	129
Huisartsenzorg	33	-	-	-	-	-	-
Huishoudelijke hulp	-	-	-	-	97	115	129
Hulpmiddelenzorg	55	-	72	84	98	111	125
In-vitrofertilisatie (ivf)	39	-	-	-	-	113	127
Kinderopvang	-	-	-	-	-	115	129
Kuuroord	-	-	-	-	-	115	129
Logopedie	50	-	-	-	-	-	-
Medisch-specialistische zorg	38	-	-	-	-	-	-
Mondzorg, excl. orthodontie	50	-	-	-	101	112	126

	Basisverzekering	Startfit	Extrafit	Benfit	Optifit	Topfit	Superfit
Nierdialyse	48	-	-	-	-	-	-
Oedeemtherapie	-	-	73	85	99	114	128
Oncologische aandoeningen bij kinderen	48	-	-	-	-	-	-
Ongevallendeckking	-	-	-	-	-	-	136
Orgaantransplantatie	47	-	-	-	-	-	-
Orthodontie	52	-	-	87	101	112	126
Overgangsconsulente	-	-	-	85	99	114	128
Pedicure bij diabetes en reuma	34	-	-	85	99	114	128
Plastische chirurgie	39	-	-	-	99	114	128
Podotherapie	34	-	73	85	100	114	128
Preventieve zorg	34	66	74	87	101	116	130
Psoriasisdagbehandeling	-	-	73	85	100	114	128
Psychologische zorg: basis-ggz	57	-	-	-	96	110	124
Psychologische zorg: gespecialiseerde ggz	58	-	-	-	-	-	-
Repatriëring	Wereldfit 145						131
Revalidatie	45	-	-	-	-	-	-
Sterilisatie	-	-	-	86	100	114	128
Steunzolen	-	-	73	84	98	112	126
Stottertherapie	-	-	74	86	100	114	128
Vaccinaties	-	65	72	83	97	111	125
Verblijfkosten	-	-	74	86	100	114	128
Verpleging en verzorging	42	-	-	-	-	-	-
Vervangende mantelzorg	-	-	-	83	97	115	129
Ziekenhuisopname	38	-	-	-	-	-	133
Ziekenvervoer	56	-	74	86	100	112	126
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	45	-	-	-	-	-	-

Contactgegevens

ONVZ Zorgverzekeraar

Postbus 392
3990 GD Houten
Telefoon: 030 639 62 22
Fax: 030 635 12 75
Internet: www.onvz.nl

ONVZ Service Center

Voor algemene vragen over uw zorgverzekering
Telefoon: 030 639 62 22
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 21.00 uur
E-mail: sc@onvz.nl

ONVZ Machtigingen

Als u toestemming nodig heeft om zorgkosten vergoed te krijgen
Telefoon: 030 639 62 22
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur
E-mail: zsb@onvz.nl

ONVZ ZorgConsulent

Informatie over behandelmethodes, het regelen van zorg en zorgbemiddeling
Telefoon: 0800 022 14 50 (gratis)
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur
E-mail: zorgconsulent@onvz.nl

ONVZ Kraamzorg Service

Informatie over en aanvraag van kraamzorg
Telefoon: 088 668 97 05
Bereikbaar op werkdagen van 08.00 tot 17.30 uur
Internet: www.onvz.nl/kraamzorg

ONVZ Zorgassistance

Hulp en advies over geneeskundige zorg in noodsituaties
Telefoon: +31 (0)88 668 97 67
24 uur per dag bereikbaar

ONVZ Zó-fit Assistent

Persoonlijke bemiddeling voor verzekerden met een ONVZ Zó-fit
Telefoon: 030 639 62 25
Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.30 uur
E-mail: zo-fit@onvz.nl

ONVZ Verhaalszaken

Verhaalsbijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde
Telefoon: 030 639 62 64
Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

Taxivervoer

Telefoon: 0900 333 33 30
Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar

Inhoudsopgave

Deel A-1 Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar

Begripsomschrijvingen

Artikel 1 11

Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2 17

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3 18

Overige bepalingen

Artikel 4 Fraude 19

Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving 19

Artikel 6 Betalingsverplichtingen 19

Artikel 7 Melding relevante gebeurtenissen 20

Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden 20

Artikel 9 Begin en einde van de Basisverzekering 20

Artikel 10 Geschillen 21

Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens 22

Artikel 12 Uitsluitingen 23

Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ en aanmelding Wlz-uitvoerder 24

Artikel 14 Materieel controleren 24

Artikel 15 Elektronische communicatie 24

Deel A-1

Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Aanpassingsstoornis

Een algemene aanduiding voor psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op emotionele en psychische stress rond ingrijpende veranderingen in het leven (bijvoorbeeld: overlijden, echtscheiding, ontslag of maatschappelijke ontwikkelingen).

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die volgens de Geneesmiddelenwet vergunning heeft om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers.

Arts

Een arts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding

Een arts ingeschreven als arts maatschappij en gezondheid in het profielregister van artsen infectieziektebestrijding of het profielregister artsen tuberculosebestrijding van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Arts voor verstandelijk gehandicapten

Een arts ingeschreven als arts voor verstandelijk gehandicapten in het register van erkende artsen voor verstandelijk gehandicapten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Audiologisch centrum

Een als zelfstandig audiologisch centrum toegelaten instelling of het audiologisch centrum van een instelling voor medisch specialistische zorg, voor advies en begeleiding van mensen met gehoorproblemen en kinderen met taal-spraakproblemen.

Basisverzekering

De ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Bedrijfsarts

Een arts ingeschreven als bedrijfsarts in het Register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De bedrijfsarts treedt op namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Bekkenfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie bekkenfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Body Mass Index (BMI)

Een verhoudingscijfer voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilo's) te delen door de lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte (in meters).

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een centrum waarin mondzorgverleners met specifieke deskundigheden en vaardigheden – met gebruikmaking van de daar aanwezige faciliteiten en ondersteuning – samenwerken voor het verlenen van bijzondere tandheelkundige zorg.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling met een vergunning op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omvat het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners in een bepaalde periode voor een specifieke zorgvraag, uitgedrukt in een code.

DBC-zorgproduct

De aanduiding voor de DBC in de medisch-specialistische zorg.

Diëtist

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

DSM-5

Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: het internationale classificatiesysteem voor geestelijke gezondheidszorg. De DSM noemt de criteria die als richtlijn dienen bij het vaststellen van een psychische stoornis.

Eerstelijnsgezondheidszorg

De rechtstreeks toegankelijke gezondheidszorg, waarop iedereen zonder verwijzing een beroep kan doen. Deze dient als eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben.

Eerstelijns diagnostisch centrum (EDC)

Een centrum – ook wel huisartsenlaboratorium genoemd – dat laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek verricht op aanvraag van eerstelijnszorgverleners.

Ergotherapeut

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

EU- en EER-land

Naast Nederland maken de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Zwitserland is hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG of een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 Wet BIG.

Geboortecentrum

Een faciliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg waar bevallingen plaatsvinden onder leiding van een eerstelijnsverloskundige en waar de kraamtijd doorgebracht kan worden.

Generalistische basis-ggz (geestelijke gezondheidszorg)

Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek.

Geregistreerd geneesmiddel

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet valt, waarvoor het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) een handelsvergunning heeft verstrekt en dat is opgenomen in het Register van Geneesmiddelen.

Geriatriefysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatriefysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie geriatriefysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Gespecialiseerde ggz (geestelijke gezondheidszorg)

Diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

Ggz-instelling

Een instelling voor medisch-specialistische zorg, toegelaten voor verblijf en geestelijke gezondheidszorg. De instelling beschikt over een kwaliteitsstatuut ggz.

Hoofdbehandelaar

Zorgverlener, die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, de diagnose stelt en het behandelplan vaststelt. Daarvoor heeft hij minimaal één keer een face-to-face consult met de patiënt. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor doelmatige uitvoering van het behandelplan, door adequate afstemming en communicatie met de medebehandelaars, en toetst of de behandeldoelen worden bereikt. De hoofdbehandelaar evalueert de voortgang met de patiënt en stelt zo nodig het behandelplan bij.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut als volwaardig lid ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en gerechtigd deze titel te voeren.

Huisarts

Een arts ingeschreven als huisarts in het huisartsenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS).

Jeugdarts

Een arts ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid in het profielregister jeugdartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS). De jeugdarts 0-4 jaar werd voorheen consultatiebureau-arts genoemd.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist als kaakchirurg ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Kinderfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie kinderfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog, als volwaardig lid ingeschreven in het betreffende register van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) of als Kinder- en jeugdpsycholoog SKJ bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch psycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het specialistenregister van klinisch psychologen. Het register wordt beheerd door de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen (FGzP).

Kraamzorg

De zorg verleend door een kraamverzorgende die moeder en kind en – voor zover van toepassing – de huishouding verzorgt. De kraamverzorgende is verbonden aan het ziekenhuis, geboortecentrum, kraamhotel of kraambureau of werkt als zelfstandige.

Kwaliteitsstatuut ggz

Een professionele standaard voor de ggz die beschrijft hoe de zorgverlener de integrale zorg voor de patiënt organiseert op een wijze dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk worden gestimuleerd. De kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening zijn inzichtelijk en toetsbaar. Het model kwaliteitsstatuut ggz is opgenomen in het Register van kwaliteitsstandaarden van Zorginstituut Nederland. Het kwaliteitsstatuut ggz van een zorgverlener moet aan de normen van dit model kwaliteitsstatuut ggz voldoen.

Leefstijladviseur

Een medewerker binnen de huisartsenpraktijk die mensen begeleidt en coacht met als doel de positief bepalende factoren van gezond gedrag te beïnvloeden. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, diëtist en lokale aanbieders van sport- en beweegactiviteiten.

Lichamelijke functiestoornis

Lichamelijke functiestoornis van ernstige aard, waarvan het aannemelijk is dat deze veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking en correctie daarvan de klachten zal wegnemen of verminderen. Lichamelijke klachten die niet rechtstreeks verband houden met afwijkingen in het uiterlijk maar die verband houden met psychisch lijden als gevolg van die afwijkingen vormen geen indicatie.

Logopedist

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

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Manueeltherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie manueel therapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Medisch adviseur

Een (tand)arts, apotheker, verpleegkundige of paramedicus die ONVZ in (para)medische zaken adviseert.

Medisch specialist

Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog.

Medisch-specialistische revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verleent de zorg. Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire eerstelijnszorg

Een samenhangend geheel van zorgactiviteiten en maatregelen voor specifieke patiëntencategorieën, aangeboden door samenwerkende zorgverleners onder een herkenbare regiefunctie, waarvoor één integraal tarief geldt. Deze zorg wordt ook wel ketenzorg genoemd.

Oedeemfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het aantekeningenregister Oedeemfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie oedeemfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar

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

ONVZ

ONVZ Ziekttekostenverzekeraar N.V., gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Opname

Opname in een toegelaten instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis, ggz-instelling), in een toegelaten instelling voor kortdurend eerstelijnsverblijf of in een Wlz-instelling, als medisch gezien verpleging, onderzoek en behandeling alleen in een dergelijke instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, huisarts of kaakchirurg noodzakelijk is.

Orthodontist

Een tandarts-specialist ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist geregistreerd in het betreffende register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) of als Postmaster-Orthopedagoog SKJ bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).

Pedicure

Een pedicure met de aantekening Diabetische Voet en ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures, een medisch pedicure ingeschreven in Kwaliteitsregister voor Pedicures of in het Register Paramedische Voetzorg.

Physician assistant

Een medische professional op hbo-niveau, geregistreerd volgens de Wet BIG met specialisatie physician assistant. De physician assistant is zelfstandig bevoegd tot het verrichten van bepaalde handelingen, zoals endoscopieën, katheterisaties, het geven van injecties en het voorschrijven van receptgeneesmiddelen, en kan tevens werken in opdracht van of onder supervisie van een medisch specialist.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Prestatie basis-ggz

Een prestatie basis-ggz omvat het geheel van zorg voor een categorie patiënten in de generalistische basis-ggz die past bij hun patiëntenprofiel. De prestatie basis-ggz bestaat uit verschillende behandelcomponenten die passen bij de individuele zorgvraag van de patiënt. Er kan sprake zijn van zorgverlening door verschillende behandelaars. Deze componenten worden niet afzonderlijk bekostigd.

Productiesamenwerkingsverband

Een samenwerkingsverband van ziekenhuizen dat laboratoriumonderzoeken en andere diensten levert aan de samenwerkende instellingen en eerstelijnszorgverleners.

Psychiater

Een arts als psychiater ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Psychotherapeut

Een psychotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG.

Receptplichtig geneesmiddel

Een geneesmiddel dat volgens de Geneesmiddelenwet uitsluitend op basis van een recept van een bevoegde voorschrijver mag worden afgeleverd.

Regiebehandelaar ggz

De zorgverlener die de regie voert over het behandelproces zoals beschreven in het kwaliteitsstatuut ggz. De regiebehandelaar ggz is verantwoordelijk voor het (doen) stellen van de diagnose, de doelmatige uitvoering van het behandelplan, de dossiervorming en de communicatie met de patiënt. De regiebehandelaar is geregistreerd volgens de Wet BIG en heeft een specifieke ggz-opleiding gevolgd, of is voor wat betreft de generalistische basis-ggz als regiebehandelaar aangewezen binnen de betreffende experimenteeruimte ggz.

SEH-arts

Spoedeisende hulp arts: een arts ingeschreven in het profielregister SEH-arts van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts)

Een arts ingeschreven als specialist ouderengeneeskunde in het register van erkende specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Tandarts

Een tandarts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus opgeleid volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en gerechtigd deze titel te voeren.

Thuiszorgorganisatie

Een organisatorisch verband dat zorg aan patiënten thuis verleent met als doel hen zo te begeleiden dat opname in bijvoorbeeld een ziekenhuis of Wlz-instelling (verzorgingshuis, verpleeghuis) niet nodig is.

U

De verzekerde voor wie de verzekering is gesloten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragslanden

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Daarbij wordt niet bedoeld een EU-, EER-land of Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verminking

Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt en niet te camoufleren is door bijvoorbeeld kleding. Voorbeelden zijn brandwonden, misvormingen door verlamming van de aangezichtsenuw of amputatie van armen of benen.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen of geestelijke gezondheidszorg.

Verslavingsarts

Een arts, geregistreerd in het profielregister verslavingsartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die werkzaam is in een instelling voor verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg binnen een multidisciplinair team en die de verantwoording heeft voor onderzoek naar en de beoordeling van psychische en somatische gevolgen van het gebruik van verslavende middelen en de behandeling daarvan.

Verzekerde

De op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

Verzekeringnemer

De persoon die de verzekering met ONVZ is aangegaan.

Verzekeringsplichtige

De persoon die volgens artikel 2 Zorgverzekeringswet verplicht is een zorgverzekering te (laten) sluiten.

Verzorgende

Een verzorgende in de individuele gezondheidszorg, opgeleid volgens het Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg en gerechtigd deze titel te voeren.

Voorschrift

Schriftelijke en gemotiveerde vaststelling, aanwijzing of instructie van een zorgverlener waar in staat welke zorg en/of welk genees-, hulp- of verbandmiddel u gelet op uw gezondheidstoestand nodig heeft.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wijkverpleegkundige

Een hbo gediplomeerd verpleegkundige die onderdeel uitmaakt van de (in)formele netwerken van waaruit maatschappelijke ondersteuning en zorg (zoals huisartsenzorg) lokaal worden georganiseerd en/of van een sociaal wijkteam of vergelijkbare gemeentelijke structuur. De wijkverpleegkundige signaleert en onderzoekt zorgvragen. Hij of zij bepaalt de aard, inhoud en omvang van de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de cliënt en stemt de zorg af met de behandelaar(s). De wijkverpleegkundige kan ook zelf zorg verlenen.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Zelfzorggeneesmiddel

Een geneesmiddel dat volgens de Geneesmiddelenwet zonder recept verkrijgbaar is.

Ziekenhuis (waaronder begrepen zelfstandig behandelcentrum)

Een instelling voor medisch-specialistische zorg, toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

ZZP ggz-zorgproduct

Een pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met verblijf dat van toepassing is als het verblijf langer heeft geduurd dan 365 aaneengesloten dagen.

Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2

- lid 1 De Basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering (met toelichtingen) en het ingevulde aanvraagformulier. De voorwaarden van de Basisverzekering zijn vastgelegd in de zorgpolis. Met voorbijgaan aan wat anders in de voorwaarden mocht zijn bepaald, wordt deze verzekering geacht te voldoen aan de door of op grond van de Zorgverzekeringswet gestelde eisen. De verzekeringnemer ontvangt een bewijs van de Basisverzekering (zorgpolis) en u een verzekeringspas.
- lid 2 De Basisverzekering kan worden gesloten met of voor verzekeringsplichtigen die wonen in Nederland of in het buitenland.
- lid 3 De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Gaat het om verpleging en verzorging zoals omschreven in deel B, artikel 7, dan zijn de eventuele voor ONVZ geldende afspraken die de gemeente waar de zorg wordt verleend met zorgverzekeraars heeft gemaakt mede bepalend. Ook van belang zijn de eventuele voor ONVZ geldende afspraken die de gemeente, waar de zorg wordt verleend, met zorgverzekeraars heeft gemaakt. Wilt u hulp bij het vinden van de weg in de zorg, of advies over uw keuzemogelijkheden of zorgbemiddeling bij u in de wijk, neemt u dan contact op met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg of diensten. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten.

- lid 4 U heeft – met inachtneming van deze polisvoorwaarden – recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de Basisverzekering. De behandel- of leveringsdatum is bepalend, dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-ggz of ZZP ggz-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum daarvan binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt. Als de zorg of dienst in twee opeenvolgende kalenderjaren is genoten en in één ongespecificeerd bedrag in rekening wordt gebracht, zoals bij een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-ggz of ZZP ggz-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de zorg of dienst binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt.
- lid 5 U kunt kosten van zorg declareren bij ONVZ. ONVZ vergoedt de kosten die gedekt zijn door de Basisverzekering, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een afspraak tussen de zorgverlener en ONVZ declareert de zorgverlener rechtstreeks bij ONVZ en betaalt ONVZ rechtstreeks aan de zorgverlener. Daarmee heeft ONVZ ook aan haar betalingsverplichting tegenover u voldaan. In overige gevallen betaalt ONVZ rechtstreeks aan u. Als ONVZ rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet ONVZ eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet verzekerde kosten voor.
- ONVZ kan bedragen die zijn voorgeschoten, verrekenen met volgende uitkeringen op uw Basisverzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt ONVZ u een nota.
- lid 6 Als ONVZ meer vergoedt dan gedekt is door de Basisverzekering, dan wordt u geacht aan ONVZ een volmacht te hebben verleend om het aan de zorgverlener teveel betaalde – in naam van ONVZ – bij de zorgverlener te incasseren.

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3

- lid 1 U bent verplicht:
- zich bij een zorgvraag in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren;
 - de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 - aan ONVZ, de medisch adviseur of degene belast met controle, medewerking te – laten – verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 - ONVZ kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde of een (reis)verzekeraar en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van ONVZ niet te benadelen.
- lid 2 U moet de originele nota's binnen 36 maanden indienen bij ONVZ. Daarbij zijn de behandel- of leveringsdatum – dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven – bepalend. U kunt nota's het beste zo snel mogelijk na ontvangst indienen in verband met eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdragen.
- De nota moet de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal hebben. De nota moet ook zo zijn opgesteld dat ONVZ deze zonder verdere navraag kan afwickelen. Als de nota in een andere taal dan de genoemde talen is opgesteld kan ONVZ vragen om vertaling – eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau – op uw kosten.
- lid 3 Als ONVZ een declaratie in behandeling neemt op basis van een niet originele nota – bijvoorbeeld een scan, foto of fax – dan moet u de originele nota een jaar lang bewaren. Deze termijn gaat in op het moment van het indienen van de declaratie. ONVZ kan tijdens deze termijn het origineel bij u opvragen.
- lid 4 Het niet nakomen van één of meer van bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten.

Overige bepalingen

Artikel 4 Fraude

- lid 1 Onder fraude verstaat ONVZ: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering bij de totstandkoming en/of uitvoering van de Basisverzekering, met als doel het krijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of het verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen. Fraude kan bijvoorbeeld bestaan uit het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, het indienen van vervalste of misleidende stukken, het doen van een onware opgave over een ingediende declaratie en het verzwijgen van feiten die voor de beoordeling van de declaratie van belang zijn.
- lid 2 Bij een vermoeden van fraude kan ONVZ onderzoek doen. ONVZ voert dit onderzoek uit volgens het *Protocol Verzekeraars en Criminaliteit*. Dit protocol kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 3 Bij vaststelling van fraude:
- bestaat geen recht op vergoeding van kosten van zorg. Dit geldt ook voor die onderdelen van een declaratie waarover geen onware opgave is gedaan of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
 - vordert ONVZ alle bedragen die ten onrechte zijn uitgekeerd en kosten die door de fraude zijn ontstaan – waaronder ook onderzoekskosten – terug;
 - kan ONVZ daarvan aangifte doen bij de politie;
 - kan ONVZ de verzekeringnemer of verzekerde registreren in de registers bedoeld in artikel 11, lid 3;
 - heeft ONVZ het recht om de Basisverzekering te beëindigen per de datum waarop fraude werd gepleegd.

Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving

- lid 1 Als na het sluiten van de Basisverzekering blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum of de dag waarop geen verzekeringsplicht meer bestond.
- lid 2 Als de Basisverzekering vervalt, verrekent ONVZ de premie vanaf de vervaldag met de vanaf diezelfde dag verstrekte vergoedingen. ONVZ betaalt het saldo aan de verzekeringnemer, of brengt dit bij hem in rekening.

Artikel 6 Betalingsverplichtingen

- lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de Basisverzekering verschuldigd.
- lid 2 Voor uw Basisverzekering is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt.
- lid 3 De premie voor de Basisverzekering is gelijk aan de premiegrondslag (bruto premie) verminderd met een eventuele premiekorting. Uitgegaan wordt daarbij steeds van 30 dagen per maand.
- lid 4 De verzekeringnemer moet de premie op de overeengekomen wijze vooruit betalen. Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet – tijdig – betaalt, kan ONVZ de termijn wijzigen in een maand.
- Bij wijziging van de Basisverzekering in de loop van een maand past ONVZ de premie naar verhouding aan.
- De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van ONVZ te vorderen vergoedingen.
- lid 5 Als de verzekeringnemer niet – tijdig – de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan ONVZ hem na de (premie)vervaldag schriftelijk aanmanen tot betaling. Bij betalingsachterstand van twee maandpremies, biedt ONVZ een betalingsregeling aan. Daarbij wijst ONVZ erop dat bij het niet accepteren van deze regeling of het niet betalen binnen de gestelde termijn, de Basisverzekering wordt beëindigd.

Als ONVZ maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle redelijke kosten daarvan – al dan niet via een rechtszaak – voor rekening van de verzekeringnemer.

- lid 6 Als u komt te overlijden, betaalt ONVZ de premie terug vanaf de dag die volgt op de dag van overlijden.
- lid 7 De dekking en premieplicht van de Basisverzekering worden opgeschort tijdens detentie. Bij detentie buiten Nederland moet een verklaring van de Minister van Buitenlandse Zaken of van Reclassering Nederland worden overgelegd. Na de detentie is er weer dekking en moet weer premie worden betaald.

Artikel 7 Melding relevante gebeurtenissen

- lid 1 Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de Basisverzekering van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan ONVZ te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie of beëindiging daarvan, het vervallen van de verzekeringsplicht of het aantreden als militair in werkelijke dienst. Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt ONVZ naar het adres volgens de Basisregistratie personen (voorheen: Gemeentelijke Basisadministratie).
- lid 2 Als u als verzekerde vanaf de leeftijd van 18 jaar een vrijwillig eigen risico wenst, moet ONVZ daarvan binnen 30 dagen na de 18e verjaardag een melding ontvangen. Anders berekent ONVZ de premie op basis van alleen het verplichte eigen risico.

Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden

- lid 1 ONVZ kan de voorwaarden en/of de premie van de Basisverzekering voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs wijzigen. Deze wijziging gaat in op een door ONVZ te bepalen datum. ONVZ stelt de verzekeringnemer schriftelijk op de hoogte van een wijziging. Een wijziging in de grondslag van de premie van de Basisverzekering gaat niet eerder in dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- lid 2 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de Basisverzekering beëindigen. Dit geldt niet als de wijziging rechtstreeks voortvloeit uit wijziging van een wettelijke bepaling of een verbetering inhoudt. ONVZ moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen vóór de dag waarop de wijziging ingaat of uiterlijk één maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als ONVZ dan niets heeft vernomen, loopt de Basisverzekering door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 3 Een collectiviteitkorting op de Basisverzekering vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De Basisverzekering loopt dan door op individuele voorwaarden. De collectieve verzekeringsovereenkomst is op te vragen bij de contractant (bijvoorbeeld de werkgever).

Artikel 9 Begin en einde van de Basisverzekering

- lid 1 De ingangsdatum van de Basisverzekering is de dag waarop ONVZ de aanvraag tot het sluiten van de Basisverzekering heeft ontvangen. Als uit de aanvraag niet blijkt of u verzekeringsplichtig bent, gaat de Basisverzekering in op de dag dat ONVZ de gegevens, die nodig zijn voor de beoordeling hiervan, heeft ontvangen.

Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop ONVZ het verzoek ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, kan de ingangsdatum op verzoek van de verzekeringnemer ook een latere dag zijn.

De ingangsdatum van de Basisverzekering staat op het polisblad.

Vanaf 1 januari volgend op de ingangsdatum vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij ONVZ uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.

- lid 2 Als de Basisverzekering ingaat binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, dan stelt ONVZ de ingangsdatum met terugwerkende kracht vast op de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- lid 3 Als de Basisverzekering ingaat binnen één maand nadat de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, dan stelt ONVZ de ingangsdatum met terugwerkende kracht vast op de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd.
- lid 4 ONVZ heeft niet het recht de Basisverzekering te beëindigen, tenzij sprake is van fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 6, lid 5).
- lid 5 De Basisverzekering eindigt op de dag die volgt op de dag waarop u komt te overlijden.
- lid 6 De Basisverzekering eindigt op de dag waarop uw verzekeringsplicht vervalt. Dit is het geval als u niet meer verzekerd bent volgens de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 7 De Basisverzekering eindigt als ONVZ door wijziging of intrekking van haar vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen Basisverzekering meer aanbiedt of uitvoert. ONVZ informeert de verzekeringnemer hierover uiterlijk twee maanden voordat de Basisverzekering eindigt met vermelding van de reden en de datum waarop deze eindigt.
- lid 8 De verzekeringnemer kan bij een nieuw dienstverband de Basisverzekering tussentijds opzeggen, als de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de vorige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband moet direct aansluiten op de einddatum van het vorige dienstverband. Opzeggen van de Basisverzekering kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. De opzegging en de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.
- lid 9 Wanneer de verzekeringnemer een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan hij die Basisverzekering opzeggen als (voor) deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft (is) afgesloten. De opzegging gaat in:
- op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, als de opzegging voor die ingangsdatum door ONVZ is ontvangen, of
 - op de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de opzegging als de opzegging op of na die ingangsdatum door ONVZ is ontvangen.
- lid 10 Bij het aangaan van de Basisverzekering, heeft de verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de verzekering, of, als dat later is, binnen 14 dagen nadat hij het bewijs van de Basisverzekering (de zorgpolis) heeft ontvangen. Opzegging betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. Hierdoor bestaat er geen aanspraak op dekking.
- lid 11 Als het CAK u meedeelt dat zij u bij ONVZ heeft verzekerd, kunt u de Basisverzekering binnen 14 dagen laten vervallen. U moet hiervoor aan het CAK en ONVZ aantonen:
- dat u in de 3 maanden na verzending van het besluit waarin het CAK u opdraagt een zorgverzekering te (laten) sluiten al elders verzekerd was, en
 - dat deze verzekering nog steeds van kracht is.
- lid 12 Als u door het CAK bent verzekerd en blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum op grond van onjuiste voorstelling van zaken.
- lid 13 Als het CAK de Basisverzekering namens u heeft gesloten, kan deze niet worden opgezegd in de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Artikel 10 **Geschillen**

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Als u het niet eens bent met een door ONVZ genomen beslissing kunt u ONVZ verzoeken tot een heroverweging. Dit geldt ook voor de verzekeringnemer. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van ONVZ.

- lid 3 Als ONVZ gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kunt u of kan de verzekeringnemer de klacht over de Basisverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Dit kan in de Nederlandse of de Engelse taal. De procedure is altijd in het Nederlands. De Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ zal in eerste instantie door bemiddeling de klacht proberen op te lossen. Als dit niet tot resultaat heeft geleid, kunt u of kan de verzekeringnemer het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Zij brengt een voor partijen bindend advies uit.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 088 900 69 00

E-mail: info@skgz.nl

Internet: www.skgz.nl

Voor het indienen van een klacht of het voorleggen van een geschil gelden voor zowel u als de verzekeringnemer termijnen:

- Heeft ONVZ geantwoord op uw vraag om nog eens naar uw probleem te kijken?
U kunt uw klacht tot één jaar na het antwoord van ONVZ indienen.
- Heeft ONVZ niet geantwoord op uw vraag om nog eens naar uw probleem te kijken?
U kunt uw klacht tot dertien maanden na uw verzoek om heroverweging indienen.
- Wilt u een geschil bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen voorleggen?
Dit kan tot één jaar na het handelen of nalaten van ONVZ dat tot het geschil heeft geleid.
Heeft u het handelen of nalaten niet direct gemerkt? Dan gaat de termijn van één jaar in op het moment dat u van het handelen of nalaten redelijkerwijs op de hoogte had kunnen zijn.
- Heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen uw klacht bekeken en wilt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen?
Dit kan tot drie maanden nadat de Ombudsman u de uitkomst van de bemiddeling heeft laten weten.

U of de verzekeringnemer kan de zaak ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter. Als u of de verzekeringnemer hiervoor kiest, vervalt de mogelijkheid om de zaak voor te leggen aan de SKGZ.

- lid 4 Voor klachten over de wijze waarop ONVZ u of de verzekeringnemer heeft behandeld, kunt u of kan de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en – in tweede instantie – tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

- lid 5 Klachten over formulieren van ONVZ kunt u of kan de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

Telefoon: 088 770 87 70

E-mail: informatielijn@nza.nl

Internet: www.nza.nl

Artikel 11 **Registratie van persoonsgegevens**

- lid 1 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt ONVZ om persoons- en andere gegevens en neemt deze op in haar persoonsregistratie. Deze gegevens gebruikt ONVZ voor het sluiten en uitvoeren van uw verzekering of de financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, statistische analyses, om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van ONVZ en de financiële sector. Bij dit alles neemt ONVZ vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars in acht. Deze gedragscode kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

- lid 2 Stelt u informatie over producten en/of diensten niet op prijs, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij ONVZ, Postbus 392, 3990 GD Houten, of via telefoonnummer 030 639 62 22, of via het contactformulier op www.onvz.nl.

- lid 3 In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert ONVZ volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. ONVZ voert ook een Incidentenregister volgens het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen. Op grond van dit protocol kan zij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag. Het privacyreglement van de Stichting CIS is hierbij van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl. U kunt het reglement ook aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 4 Voor het uitvoeren van de Basisverzekering kan ONVZ aan derden (zoals zorgverleners en leveranciers) inlichtingen vragen en geven om haar verplichtingen te kunnen nakomen. ONVZ doet dit via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Voor de zorgverlener of leverancier zijn deze gegevens noodzakelijk om de kosten van de aan u verleende zorg te kunnen declareren. Onder inlichtingen worden in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende redenen noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.
- lid 5 ONVZ is verplicht om het burgerservicenummer (BSN) in haar administratie op te nemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. ONVZ gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

Artikel 12 Uitsluitingen

- lid 1 De Basisverzekering biedt geen dekking van kosten voor:
1. eigen bijdragen volgens de Wlz, Wmo en Jeugdwet en in verband met bevolkingsonderzoek;
 2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet of in verband met sportbeoefening), attesten en vaccinaties, tenzij de Regeling zorgverzekering anders bepaalt;
 3. griepvaccinatie;
 4. alternatieve geneeswijzen;
 5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
 6. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor vrouwelijke verzekerden van 43 jaar of ouder;
 7. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan de zorg beschreven in deel B, artikel 8, lid 2;
 8. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas voor verloskundige zorg;
 9. niet nagekomen afspraken;
 10. sportmedisch onderzoek, begeleiding en advies waarbij geen sprake is van een geneeskundige zorgvraag. Daarmee zijn ook kosten van activiteiten gericht op het bereiken van een bepaald sportniveau of het verbeteren van sportprestaties uitgesloten van vergoeding;
 11. incasso – al of niet via een rechtszaak – als u een nota niet – tijdig – betaalt aan een zorgverlener;
 12. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of mouterij, volgens artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht;
 13. geestelijke gezondheidszorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar.

- lid 2 De Basisverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding voor vormen van zorg of diensten die op grond van andere wettelijke voorschriften kunnen worden bekostigd.

De Basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet. Er zijn echter ook andere wetten voor (de vergoeding van kosten van) zorg en zorgdiensten, zoals de Wlz, de Wmo en de Jeugdwet. De overheid heeft bepaald dat de Basisverzekering geen dekking biedt als zorg of diensten in die andere wetten of daarop gebaseerde regelingen zijn geregeld, ook niet als u die zorg of diensten niet toereikend vindt. De Basisverzekering biedt daarom – bijvoorbeeld – geen dekking voor respijtzorg (vergoed volgens de Wmo) en ook niet voor de verpleging als beschreven in artikel 7 als u beroep kunt doen op gesubsidieerde ADL-assistentie in en om de ADL-woning (geregeld in de Wlz).

lid 3 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van ONVZ beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat ONVZ ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als ONVZ zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen.

Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

lid 4 Na een zeer uitzonderlijke omstandigheid als bedoeld in artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering kan een aanvullende bijdrage aan ONVZ ter beschikking worden gesteld. In dat geval heeft u, in aanvulling op lid 2, recht op een aanvullende vergoeding. De omvang van die vergoeding wordt bepaald volgens artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering.

Artikel 13 **Lidmaatschap Vereniging ONVZ en aanmelding Wlz-uitvoerder**

lid 1 De verzekeringnemer wordt met het sluiten van een Basisverzekering met ONVZ lid van de Vereniging ONVZ. Als de Basisverzekering onderdeel is van een collectief contract, wordt de betrokken contractant lid. Een verzekeringnemer van meerdere Basisverzekeringen kan maar eenmaal lid worden. Bij beëindiging van de Basisverzekering eindigt ook het lidmaatschap van de Vereniging.

lid 2 Heeft u een Basisverzekering bij ONVZ, dan wordt u automatisch aangemeld bij ONVZ Langdurige Zorg B.V. Deze treedt op grond van de bepalingen van de Wlz voor u op als uitvoerder van die wet.

Artikel 14 **Materieel controleren**

ONVZ heeft het recht na te gaan of het onderzoek dat of de behandeling die de zorgverlener in rekening brengt, ook daadwerkelijk is uitgevoerd en of u die zorg nodig had gezien uw gezondheidstoestand.

Artikel 15 **Elektronische communicatie**

lid 1 Als u of de verzekeringnemer er voor kiest contact met ONVZ op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat ONVZ mededelingen ook langs elektronische weg aan u mag doen. Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

lid 2 Als u of de verzekeringnemer ONVZ toestemming heeft gegeven voor het elektronisch verzenden van mededelingen, of voor het elektronisch toezenden van de polis, kan die toestemming weer worden ingetrokken. Dat kan:

- schriftelijk: het verzoek moet zijn gericht aan ONVZ Zorgverzekeraar, Verzekerdenadministratie, Postbus 392, 3990 GD Houten;
- via het contactformulier op www.onvz.nl.

Inhoudsopgave

Deel A-2 Algemene bepalingen ONVZ Aanvullende Verzekering

Toepasselijkheid Algemene bepalingen voor de aanvullende verzekeringen
Artikel 1

27

Begripsomschrijvingen
Artikel 2

27

Overige bepalingen

Artikel 3 Grondslag van de aanvullende verzekering

29

Artikel 4 Begin en einde van de aanvullende verzekering

29

Artikel 5 Verzwijging

30

Artikel 6 Toeslagen

30

Artikel 7 Geschillen

30

Artikel 8 Uitsluitingen

30

Deel A-2

Algemene bepalingen ONVZ Aanvullende Verzekering

Toepasselijkheid Algemene bepalingen voor de aanvullende verzekeringen

- Artikel 1** De Algemene bepalingen hieronder zijn alleen van toepassing op de aanvullende verzekering(en). De Algemene bepalingen van deel A-1 zijn ook van toepassing op de aanvullende verzekering(en), als zonder de betreffende bepaling het onderwerp niet zou zijn geregeld. De volgende bepalingen van deel A-1 zijn echter nooit van toepassing op de aanvullende verzekering(en):
- artikel 2, lid 1 en lid 2;
 - artikel 6, lid 2;
 - artikel 7, lid 2;
 - artikel 9, lid 1, als sprake is van gezondheidsvragen bij de acceptatieprocedure voor de betreffende aanvullende verzekering.

Begripsomschrijvingen

- Artikel 2** **Aanvullende verzekering**
Alle verzekeringen behalve de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, de ONVZ Zorgverzekering Buitenland en de ONVZ Basisfit Internationaal.

Acupuncturist

Een arts of behandelaar die volwaardig lid is van een door ONVZ erkende beroepsorganisatie voor acupuncturisten. Een acupuncturist moet beschikken over medische en psychosociale basiskennis volgens de PLATO-eisen. Informatie over de PLATO-eisen staat in het document PLATO-eisen. Een overzicht van de erkende beroepsorganisaties en het document PLATO-eisen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Alternatieve geneeswijzen

Door de reguliere geneeskunde niet-erkende behandelingen of onderzoeksmethoden gericht op genezing of behandeling van een ziekte. Het wetenschappelijk bewijs van de werkzaamheid ontbreekt volgens de reguliere geneeskunde.

Antroposofisch geneesmiddel (geregistreerd)

Geneesmiddel dat in de G-standaard van Z- index is ingedeeld in de productgroep HA (Handelsproduct antroposofisch volgens aanbieder) en wordt toegepast binnen de antroposofische geneeskunde.

Behandelaar

Een zorgverlener die volwaardig lid is van een door ONVZ voor de verleende zorg erkende beroepsorganisatie. Een behandelaar moet beschikken over medische en psychosociale basiskennis volgens de PLATO-eisen. Informatie over de PLATO-eisen staat in het document PLATO-eisen. Een overzicht van de erkende beroepsorganisaties en het document PLATO-eisen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. De door de behandelaar verleende zorg dient gebruikelijk te zijn in de beroepsgroep. De officiële of de binnen een beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven bepalen het uit te keren bedrag. Normtarieven van een beroepsorganisatie zijn leidend.

Buitenland

Ieder ander land dan het land waar u woont.

Chiropractor

Een behandelaar die volwaardig lid is van een door ONVZ erkende beroepsorganisatie voor chiropractoren. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Familieleden in de 1e of 2e graad

- 1e graad: uw echtgenoot of echtgenote of de persoon met wie u duurzaam samenwoont, ouders, adoptieouders, pleegouders, stiefouders, schoonouders, kinderen, adoptiekinderen, pleegkinderen, stiefkinderen, schoonzonen en schoondochters. Onder kinderen, adoptie-, pleeg- of stiefkinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind, adoptie-, pleeg- of stiefkind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen.
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers, stiefzussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en stiefzussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen.

Homeopathisch geneesmiddel (geregistreerd)

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet geregistreerd is als homeopathisch geneesmiddel en dat in de G-standaard van Z-Index is ingedeeld in de productgroep HM (Homeopathisch geregistreerd geneesmiddel).

Hospice

Een verblijfshuis dat ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven begeleidt en verzorgt door de inzet van zorgverleners en vrijwilligers. De hospice dient een Wlz-toelating te hebben.

Lactatiekundige

Een lactatiekundige die volwaardig lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Medische noodzaak

De noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging als de wetenschap dit voldoende beproefd en deugdelijk vindt en de zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch is.

Niet Geneesmiddel

Middel dat niet onder de Geneesmiddelenwet valt en dat in de G-standaard van Z-index de registratie Niet Geneesmiddelen (NG) heeft.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten zijn wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt. Voor de ongevallendeckking in artikel 24 van de ONVZ Vrije Keuze Superfit geldt echter de omschrijving in dat betreffende artikel.

Onvoorziene zorg

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare behandeling die geen enkel uitstel toelaat omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen vereist is.

ONVZ

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., gevestigd aan De Molen 66 in Houten.

Orthoptist

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

Osteopaat

Een behandelaar die volwaardig lid is van een door ONVZ erkende beroepsorganisatie voor osteopaten. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Pedicure

De pedicure zoals omschreven in deel A-1 of een pedicure met de specialisatie Reumatische Voet en ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures.

Podoloog

Een podoloog die volwaardig lid is van de Stichting LOOP (Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie).

Preventief medisch onderzoek

Preventieve behandelingen of onderzoeken door een medisch specialist of huisarts, behalve onderzoek volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Psychosomatisch fysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Reisgenoot

De persoon met wie verzekerde samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland en waarmee voorafgaand aan vertrek al een familiale, vriendschappelijke of zakelijke band bestond.

Schoonheidsspecialist

Een schoonheidsspecialist die volwaardig lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

Ziekenvervoer

Vervoer dat om medische redenen niet met openbaar vervoer kan plaatsvinden. Dit vervoer vindt plaats vanwege medisch onderzoek of medische behandeling.

Zorgverzekering

Een tussen de verzekeringnemer en een verzekeraar gesloten verzekering voor geneeskundige zorg – ten behoeve van een verzekeringsplichtige – volgens de Zorgverzekeringswet.

Overige bepalingen

Artikel 3 Grondslag van de aanvullende verzekering

- lid 1 Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:
1. het aanvraagformulier;
 2. gegevens die door u of de verzekeringnemer afzonderlijk zijn verstrekt en ook – als de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve overeenkomst – de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- lid 2 U ontvangt een bewijs van de aanvullende verzekering (polis).
- lid 3 U heeft alleen aanspraak op vergoeding van kosten als sprake is van een medische noodzaak.

Artikel 4 Begin en einde van de aanvullende verzekering

- lid 1 Als u verhuist naar een land buiten Nederland en niet meer verzekeringsplichtig bent volgens de Zorgverzekeringswet of een ziektekostenverzekering in uw woonland, beëindigt ONVZ de aanvullende verzekering(en). ONVZ kan een internationale verzekering aanbieden als aan de voorwaarden wordt voldaan.
- lid 2 Een collectiviteitkorting op de premie vervalt, als niet meer wordt voldaan aan de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- lid 3 Als de aanvullende verzekering van de ouder(s)/verzorger(s) beëindigd wordt, beëindigt ONVZ de aanvullende verzekering van de kinderen op de beëindigingsdatum van de aanvullende verzekering van de ouder(s)/verzorger(s).
- Als in plaats van de beëindigde verzekering van de ouder(s)/verzorger(s) een verzekering wordt gesloten die minder dekking biedt, wordt de aanvullende verzekering van de kinderen per de ingangsdatum van bedoelde verzekering beëindigd. Naar keuze van verzekeringnemer kan worden gekozen voor een verzekering met dezelfde dekking als voor de ouder/verzorger. De ingangsdatum van de verzekering voor de kinderen moet gelijk zijn aan die voor de ouder(s)/verzorger(s) en bedoelde keuze moet worden gemaakt binnen een maand na de ingangsdatum van de verzekering voor de ouder(s)/verzorger(s).
- lid 4 Bij fraude zoals omschreven in artikel 4 van deel A-1, kan ONVZ de eventuele aanvullende verzekering(en) beëindigen die zijn gesloten voor degene die heeft gefraudeerd, op een door ONVZ te bepalen tijdstip.

Artikel 5 **Verzwijging**

- lid 1 Als met kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering was gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is ook het geval als is gehandeld om ONVZ te misleiden bij het sluiten van de verzekering. Als bij het sluiten van een verzekering met kennis van de werkelijke stand van zaken een verzekering met minder dekking was aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld volgens deze dekking.
- lid 2 ONVZ kan de verzekering beëindigen, als bij kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten of als ONVZ is misleid.

Artikel 6 **Toeslagen**

- lid 1 Als in het land waar u of de verzekeringnemer woont een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt ONVZ een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.
- lid 2 ONVZ brengt een jaarlijks te bepalen toeslag op de premie in rekening, als een aanvullende verzekering is gesloten, niet in combinatie met de Basisverzekering. De toeslag staat in de premietabel, die deel uitmaakt van de voorwaarden van deze verzekering.

Artikel 7 **Geschillen**

In aanvulling op artikel 10 van deel A-1 geldt dat het advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ op uw verzoek of dat van de verzekeringnemer ook niet bindend kan zijn. Dit moet voor het begin van de procedure kenbaar worden gemaakt.

Artikel 8 **Uitsluitingen**

- lid 1
1. Samenloop
Deze verzekering biedt geen dekking als – zou deze verzekering niet bestaan – aanspraak gemaakt kan worden of zou kunnen worden gemaakt op vergoeding volgens een andere verzekering – al dan niet van een oudere datum – of volgens een wettelijke regeling.
 2. Excedent
Als aanspraak gemaakt kan worden op vergoeding volgens een andere verzekering, al dan niet van een oudere datum of volgens een wettelijke regeling, is de dekking die deze verzekering biedt een excedent dekking.
- lid 2 Naast de uitsluitingen van artikel 12, lid 1, onder 6, 7, 9, 11, 12 en 13 en de beperking in de leden 2 en 3 van deel A-1 bestaat geen aanspraak op vergoeding van:
1. door u of de verzekeringnemer verschuldigde eigen bijdragen of eigen risico's volgens een (buitenlandse) wettelijke regeling, behalve de eigen bijdragen gedekt door de aanvullende verzekering;
 2. kosten die niet vergoed worden volgens een natura zorgverzekering – of een variant met een naturadekking – als een door de betrokken zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener de zorg naar verwachting tijdig kan verlenen en er is gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgverlener;
 3. kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij ONVZ hiervoor toestemming heeft verleend;
 4. kosten van schade door terrorisme als u geen Nederlands ingezetene bent.

ONVZ

Vrije Keuze Basisverzekering

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Deel B Omvang Dekking

Artikel 1	Restitutiebasis	33
Artikel 2	Eigen risico	33
Artikel 3	Preventieve zorg	34
Artikel 4	Huisartsenzorg	37
Artikel 5	Eerstelijnsdiagnostiek	38
Artikel 6	Medisch-specialistische zorg	38
Artikel 7	Verpleging en verzorging	42
Artikel 8	Geboortezorg	43
Artikel 9	Revalidatie en zintuiglijk gehandicaptenzorg	45
Artikel 10	Orgaantransplantatie	47
Artikel 11	Dialysezorg	48
Artikel 12	Mechanische beademing	48
Artikel 13	Oncologische aandoeningen bij kinderen	48
Artikel 14	Trombosedienst	48
Artikel 15	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	49
Artikel 16	Audiologische zorg	49
Artikel 17	Paramedische zorg	49
Artikel 18	Mondzorg	50
Artikel 19	Farmaceutische zorg	52
Artikel 20	Hulpmiddelenzorg	55
Artikel 21	Ambulancevervoer	55
Artikel 22	Zittend ziekenvervoer	56
Artikel 23	Generalistische basis-ggz	57
Artikel 24	Gespecialiseerde ggz	58
Artikel 25	Buitenland	59
Artikel 26	Algemeen	60

Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	61
Zorgbemiddeling	61
Medisch-specialistische behandeling	61
Gids in Gezondheid	61
ONVZ Kraamzorg Service	61
Taxivervoer	62
ONVZ Zorgassistance	62
Informatie over het verhaal van letselschade na een ongeval	62

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Artikel 1 Restitutiebasis

- lid 1 De Basisverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de in deel B beschreven kosten voor zorg en overige diensten. Daarbij zijn de bepalingen uit deel A-1 ook van toepassing. Binnen deze omschrijvingen bent u vrij in de keuze van zorgverlener. Voor zorg in het buitenland geldt artikel 25.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:
1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.
- Voor verpleging en verzorging die worden vergoed in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) zoals bedoeld in artikel 7, lid 2 geldt echter de maximale vergoeding vermeld in het *Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging*.
- lid 3 U heeft op verzoek aanspraak op bemiddeling. Hiervoor kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C). Bij bemiddeling in verband met wachtlijsten houdt ONVZ rekening met medisch inhoudelijke factoren en daarnaast maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren. Betreft de bemiddeling verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 7, dan houdt ONVZ rekening met eventuele voor haar geldende afspraken over taakafstemming met de gemeente waar de zorg zal worden geleverd.

Artikel 2 Eigen risico

- lid 1 Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 385,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.
- lid 2 ONVZ brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.
- De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:
1. kosten van huisartsenzorg (waaronder ook de kosten van inschrijving en van multidisciplinaire eerstelijnszorg bedoeld in artikel 4, lid 1). De kosten van met de zorg samenhangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek (als bedoeld in artikel 5) elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. Ook de kosten van kortdurend eerstelijnsverblijf (als bedoeld in artikel 4 lid 2) vallen onder het eigen risico;
 2. kosten van verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 7;
 3. kosten van door ONVZ aangewezen programma's voor preventieve zorg. Deze programma's kunnen betrekking hebben op preventie van diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken. Een overzicht van de aangewezen programma's voor preventieve zorg kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;
 4. kosten van de medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik door een door ONVZ aangewezen apotheek. Een overzicht van de aangewezen apotheken kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. De kosten van de receptplichtige geneesmiddelen zelf vallen wel onder het eigen risico;
 5. kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico, net als kosten van met de zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
 6. kosten van nacontrole van u als donor nadat de periode, bedoeld in artikel 10, lid 2 is verstreken alsmede de door u als donor gemaakte kosten van vervoer bedoeld in artikel 10, lid 4;

7. kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.
- lid 3 ONVZ houdt geen verplicht eigen risico in op kosten van zorg of overige diensten waarvan zij de nota's op of na 31 december 2018 heeft ontvangen en het niet aan u te wijten is dat ONVZ de nota niet voor 31 december 2018 heeft ontvangen.
- lid 4 Als er een eigen bijdrage geldt, wordt die eerst ingehouden. Het bedrag dat daarna overblijft, valt onder het eigen risico. Eigen bijdragen tellen dus niet mee voor het vol maken van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Kosten die niet onder de dekking van de Basisverzekering vallen, tellen ook niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 5 Als de Basisverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent ONVZ het eigen risico als volgt:
- het geldende eigen risico wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen waarop de verzekering liep of zal lopen;
 - de uitkomst wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar, dan berekent ONVZ het eigen risico als volgt:
- het voor dat jaar geldende eigen risico wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen waarover premie wordt betaald;
 - de uitkomst wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 6 Als het eigen risico wijzigt tijdens het kalenderjaar en u onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging al onder een Basisverzekering was verzekerd, berekent ONVZ het eigen risico als volgt:
- ieder bedrag aan eigen risico in het betreffende kalenderjaar wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen in dat jaar waarvoor het gold of zal gelden;
 - deze bedragen worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 7 De uitkomsten bedoeld in lid 5 en 6 worden afgerond op hele euro's.
- lid 8 Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-ggz of ZZP ggz-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin de DBC, het DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, de prestatie basis-ggz of het ZZP ggz-zorgproduct wordt geopend.

Artikel 3 Preventieve zorg

- lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van zorg als omschreven in dit deel B ook als sprake is van de volgende vormen van preventie:
- geïndiceerde preventie, gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen die een hoog risico op een aandoening hebben;
 - zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkomen van complicaties of verergeren van een ziekte.

ONVZ vergoedt geen kosten voor anonieme behandeling via internet.

- lid 2 Voor enkele vormen van geïndiceerde preventie zoals bedoeld in lid 1 gelden nadere voorwaarden die hieronder zijn omschreven.

a. Voetzorg bij diabetes mellitus

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor voetzorg bij diabetes mellitus ter voorkoming of ter behandeling van voetulcera. De zorg wordt verleend door:

- de huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts;
- een podotherapeut, die geschoold en bekwaam is in het leveren van voetzorg voor diabetespatiënten.

Welke zorg ONVZ vergoedt, hangt af van uw zorgprofiel. De huisarts, medisch specialist of podotherapeut stelt dit zorgprofiel vast tijdens de jaarlijkse voetcontrole, op basis van het risico op het ontstaan van voetproblemen. Het zorgprofiel beschrijft welke zorg nodig is om diabetische voetulcera te voorkomen.

Als u diabetes mellitus heeft, vergoedt ONVZ de kosten van:

1. jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit een anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
2. daarnaast, bij zorgprofiel 2, 3 en 4:
 - frequent gericht voetonderzoek, de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen;
 - educatie over en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus;
 - advisering over adequaat schoeisel.

ONVZ vergoedt deze zorg als huisartsenzorg (artikel 4), ook als deze onderdeel uitmaakt van integraal bekostigde multidisciplinaire eerstelijnszorg.

Voetzorg is niet hetzelfde als voetverzorging. Met voetverzorging wordt bedoeld de verzorgende handelingen zoals de verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen alsmede het knippen van de teennagels. Deze kosten zijn uitgesloten van de aanspraak.

b. Begeleiding bij stoppen met roken

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een stoppen-met-rokenprogramma, maximaal één keer per kalenderjaar. Een stoppen-met-rokenprogramma omvat op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg – al dan niet in combinatie met geneesmiddelen – met als doel te stoppen met roken.

Naast korte ondersteunende adviezen voor het stoppen met roken door huisarts, medisch specialist of verloskundige, vergoedt ONVZ ook intensievere begeleiding bij het stoppen met roken, zoals persoonlijke coaching, telefonische coaching en groepstraining door een huisarts, verpleegkundige of zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met roken van het Partnership Stop met Roken. Het kwaliteitsregister Stoppen met roken kunt u raadplegen op www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met het ONVZ Service Center.

Als de begeleidende zorgverlener dit noodzakelijk acht, vergoedt ONVZ ook ondersteuning met geneesmiddelen. De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist en onderdeel zijn van het behandelprogramma.

c. Preventie van depressie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van depressie als sprake is van een subklinische depressie. Iemand heeft dan depressieve klachten maar nog niet voldoende om van een depressie te spreken.

ONVZ vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. ONVZ vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg.

De zorg kan bestaan uit programma's gebaseerd op de volgende therapievormen:

- cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Kleur je leven* of de cursus *In de put, uit de put*;
- interpersoonlijke therapie;
- problem solving therapy.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van bewegingsgerichte programma's.

d. Preventieve zorg bij overgewicht

Als sprake is van een BMI van 25-30 kg/m², bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van algemene leefstijladviezen door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Een praktijkondersteuner, leefstijladviseur, diëtist of andere zorgverlener kan de advisering dus ook uitvoeren. Deze advisering over leefstijl, voeding en gedragsverandering vergoedt ONVZ als huisartsenzorg (artikel 4). De daar beschreven voorwaarden zijn ook van toepassing op deze leefstijladviesing.

Als sprake is van:

1. een BMI van minimaal 30 kg/m², of
2. een BMI van 25-30 kg/m² in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht, waarbij dit verhoogde risico of de samenhang met een ziekte is vastgesteld door de huisarts,

bestaat aanspraak op vergoeding van een deel van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie, zoals hierna beschreven. U moet – voor aanvang van de gecombineerde leefstijlinterventie – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Een gecombineerde leefstijlinterventie is een samenhangend zorgprogramma dat gericht is op het aanwennen en behouden van gezond gedrag. Het bestaat uit drie componenten:

- advisering over en begeleiding bij voeding- en eetgewoontes: ONVZ vergoedt de kosten als diëtetiek (artikel 17, lid 6) of huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals omschreven in de genoemde artikelen zijn dan ook van toepassing op deze advisering en begeleiding;
- advisering over en begeleiding bij beweging. Als u jonger bent dan 18 jaar vergoedt ONVZ de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut als fysiotherapie en oefentherapie (artikel 17, lid 3). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze advisering en begeleiding. Als u 18 jaar bent of ouder, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking. ONVZ adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt. ONVZ vergoedt de kosten van advisering over beweging door een leefstijladviseur onder de verantwoordelijkheid van een huisarts – voor alle leeftijden – als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze advisering;
- begeleiding bij gedragsverandering door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Een praktijkondersteuner, leefstijladviseur, psycholoog of andere zorgverlener in de huisartsenpraktijk kan de begeleiding dus ook uitvoeren. ONVZ vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze begeleiding.

e. Preventie van problematisch alcoholgebruik

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van problematisch alcoholgebruik als sprake is van een hoog risico op problematisch alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid.

ONVZ vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. ONVZ vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg.

De zorg kan bestaan uit kortdurende programma's die zijn gebaseerd op de therapeutische principes van motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie zoals de programma's *Minder drinken* en *De Drinktest*, aangeboden door het Trimbos Instituut.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor preventieve zorg voor kinderen van ouders met een alcoholverslaving, als het kind niet zelf een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik loopt.

f. Preventie van paniekstoornis

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van paniekstoornissen als sprake is van een subklinische paniekstoornis. Iemand heeft dan panieklachten maar er is geen sprake van een volwaardige paniekstoornis.

ONVZ vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. ONVZ vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg. De zorg kan bestaan uit kortdurende programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Geen Paniek*.

Artikel 4 **Huisartsenzorg**

lid 1

Huisartsenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Als het gaat om individuele geneeskundige zorg bij infectieziekte- of tuberculosebestrijding kan ook een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding de zorg verlenen.

Huisartsenzorg zoals hiervoor beschreven omvat ook:

- het daarmee samenhangende (laboratorium)onderzoek dat in de huisartsenpraktijk zelf wordt uitgevoerd. Voor vergoeding van kosten voor (laboratorium)onderzoek dat elders wordt verricht in opdracht van een huisarts geldt artikel 5;
- multidisciplinaire eerstelijnszorg bij chronische aandoeningen;
- voedselallergieonderzoek bij kinderen via de dubbelblinde, placebogecontroleerde voedsel-provocatietest (DBPGVP). Deze kan ook worden uitgevoerd door een jeugdarts.

Individuele geneeskundige zorg bij infectieziekte- en/of tuberculosebestrijding omvat niet:

- algemene preventieve maatregelen, zoals collectieve voorlichting en vaccinaties, en bron- en contactopsporing in verband met collectieve preventie;
- voorlichting en advisering over en vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis. ONVZ adviseert om na te gaan of uw aanvullende verzekering voor de kosten hiervan dekking biedt.

lid 2

Kortdurend eerstelijnsverblijf

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor kortdurend eerstelijnsverblijf als dit noodzakelijk is in verband met generalistische geneeskundige zorg. ONVZ vergoedt de kosten van de generalistische geneeskundige zorg en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van eerstelijnsdiagnostiek, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens het verblijf als deze zorg verband houdt met de geneeskundige zorg waarvoor het verblijf medisch noodzakelijk is.

De hoofdbehandelaar is een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Het verblijf vindt plaats in een instelling met WTZi-toelating voor persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling en verblijf.

ONVZ vergoedt de kosten van kortdurend eerstelijnsverblijf als:

- de zorg verband houdt met de behoefte aan generalistische geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden of een hoog risico daarop, maar geen medisch-specialistische behandeling of (geriatriche)revalidatie nodig is;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorg in de nabijheid van een verpleegkundige met minimaal niveau 4 georganiseerd is;
- het verblijf is geïndiceerd door een huisarts aan de hand van het in de beroepsgroep gebruikelijke afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf, waarbij is vastgesteld dat u niet bent aangewezen op permanent verblijf, én
- de zorg is gericht op terugkeer naar de eigen omgeving door het opheffen of stabiliseren van de aandoening of beperking en de gevolgen ervan. Dit is vastgelegd in een zorgplan. Uitzondering vormt de situatie waarin sprake is van palliatief terminale zorg.

ONVZ vergoedt de kosten van kortdurend eerstelijnsverblijf na drie maanden alleen als zij voor het verstrijken van die periode toestemming heeft gegeven voor langer verblijf. U moet hiervoor een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de hoofdbehandelaar in (laten) dienen bij ONVZ.

ONVZ houdt op de kosten van het eerstelijnsverblijf het eigen risico in. ONVZ vergoedt de zorg door een huisarts tijdens het eerstelijnsverblijf als huisartsenzorg (lid 1). Hiervoor geldt geen eigen risico.

Voor vergoeding van de kosten van geboortezorg geldt niet dit artikel, maar artikel 8.

Voor vergoeding van de kosten van geriatriche revalidatie geldt niet dit artikel, maar artikel 9, lid 2.

Wilt u deze zorg in het buitenland ontvangen, dan adviseren wij u om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met de ONVZ ZorgConsulent om te bespreken of de zorg voldoet aan de voorwaarden van dit artikel. Zie over zorg in het buitenland ook artikel 25.

Overgangsregeling

Als u op 31 december 2016 een geldig indicatiebesluit van het CIZ heeft voor eerstelijnsverblijf volgens de subsidieregeling Wlz, dan is daarmee voldaan aan lid 2 van dit artikel. U kunt de zorg vanaf 1 januari 2017 ontvangen of, als u al zorg ontvangt, deze zorg voortzetten (ook bij dezelfde zorgverlener) tot de einddatum van het indicatiebesluit van het CIZ, maar uiterlijk tot 1 april 2017. Als u een indicatie heeft voor eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg dan geldt als einddatum 1 januari 2020.

Deze overgangsregeling geldt alleen zolang er een medische noodzaak is voor het eerstelijnsverblijf of u aangewezen bent op deze zorg. Mocht na de hier genoemde einddatum een langer eerstelijnsverblijf nodig zijn, dan moet u hiervoor een aanvraag indienen volgens lid 2 van dit artikel.

Artikel 5 Eerstelijnsdiagnostiek

ONVZ vergoedt de kosten van eerstelijnsdiagnostiek, uitgevoerd door een huisarts, verloskundige, eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), productiesamenwerkingsverband of ziekenhuis.

Eerstelijnsdiagnostiek omvat diagnostiek die wordt uitgevoerd op aanvraag van een eerstelijnszorgverlener. De uitslagen komen bij deze zorgverlener terug. Het kan gaan om laboratoriumonderzoek (zoals bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (zoals röntgenonderzoek) en om functieonderzoek (zoals het electrocardiogram).

ONVZ vergoedt de kosten voor eerstelijnsdiagnostiek alleen als deze is aangevraagd door een huisarts of verloskundige. Als de diagnostiek verband houdt met individuele zorg bij tuberculose (-infectie) of een infectieziekte kan ook een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding de eerstelijnsdiagnostiek aanvragen.

Voor diagnostiek in verband met prenatale screening geldt niet dit artikel, maar artikel 8.

Artikel 6 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn.

U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.

Gaat het om behandelingen vermeld op de lijst *Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg 2017* dan vergoedt ONVZ de kosten van zorg alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. U kunt deze lijst aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Vaak zal uw zorgverlener de toestemming voor u aanvragen.

lid 2 **a. Ziekenhuisopname**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen.

ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische zorg, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. ONVZ vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden als dit een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

d. In-vitrofertilisatie (ivf)

Voor ivf bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de eerste, tweede en derde poging per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar.

Als u bij aanvang van de eerste of tweede ivf-poging jonger bent dan 38 jaar, vergoedt ONVZ de kosten alleen als niet meer dan één embryo wordt teruggeplaatst.

Een ivf-poging houdt in:

1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in uw lichaam;
2. de follikelpunctie;
3. de laboratoriumfase;
4. het een of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Bijzonderheden

1. ONVZ vergoedt geen kosten van ivf als bij een goede prognose op basis van een risicoscore (Hunault score) niet eerst een afwachtend beleid is gevoerd.
2. Een icsi (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijkgesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's – al dan niet tussentijds gecryopreserveerd – maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.
4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste twaalf weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een spontaan ontstane zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat tien weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee vier dagen korter, dus in totaal negen weken en drie dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na ivf – geldt als nieuwe eerste poging.

lid 3

Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

ONVZ vergoedt de kosten van de hierna beschreven voorwaardelijk toegelaten behandelingen, voor zover u voldoet aan de daarbij vermelde voorwaarden. De Minister kan in de loop van het kalenderjaar ook andere behandelingen voorwaardelijk toelaten. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2017* staan alle voorwaardelijk toegelaten behandelingen vermeld, en welke ziekenhuizen deze behandelingen uitvoeren. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

De volgende behandelingen zijn voorwaardelijk toegelaten:

a. Transluminale endoscopische step-up benadering bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose

Abcessen bij geïnfecteerde pancreasnecrose kunnen in plaats van chirurgisch ook endoscopisch – met toegang via slokdarm/maag – behandeld worden. Tot 1 januari 2018 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze transluminale endoscopische behandeling voor zover u deelneemt aan de landelijke, door ZonMw gefinancierde, studie TENSION: Transluminal ENdoscopic versus Surgcal necrOsectomy in patients with infected pancreatic Necrosis.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

b. Autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten met de ziekte van Crohn

Patiënten met een ernstige vorm van de ziekte van Crohn – chronische ontsteking van het maag-darmstelsel – die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met onder andere TNF-alfa blokkers, kunnen behandeld worden met behulp van autologe stamceltransplantatie. Tot 1 januari 2018 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze autologe stamceltransplantatie voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

c. Adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij coloncarcinoom

Patiënten met operatief verwijderd colorectaal carcinoom en een hoog risico op het ontwikkelen van peritonitis carcinomatosa kunnen behandeld worden met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC). Tot 1 oktober 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze adjuvante HIPEC voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

d. Behandeling met belimumab bij systemische lupus erythematosus (SLE)

Volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus (SLE) met een hoge mate van ziekte-activiteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, kunnen aanvullend op die standaardbehandeling behandeld worden met het geneesmiddel belimumab.

Tot 1 juli 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze behandeling met belimumab voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat is vermeld in het advies van het Zorginstituut van 29 april 2015.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

e. Behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten bij uitgezaaid melanoom

Patiënten met uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV kunnen behandeld worden met tumor infiltrerende lymfocyten (TILs). Tot 1 juli 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze TIL-behandeling voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

f. Borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie

Vrouwen die na borstkanker een borstreconstructie ondergaan, kunnen behandeld worden met autologe vet transplantatie. Tot 1 april 2020 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg 'The Breast Trial'.

g. Percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) bij lumbale hernia

Patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom bij een lumbale hernia kunnen geopereerd worden door middel van percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED).

Tot 1 januari 2020 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze PTED-operatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

h. Occipitale zenuwstimulatie bij medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn

Patiënten met chronische clusterhoofdpijn, die niet reageren op medicatie kunnen behandeld worden met stimulatie van zenuwbanen in het achterhoofd: occipitale zenuwstimulatie.

Tot 1 januari 2020 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze occipitale zenuwstimulatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd: de ICON-studie.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

i. Dendritische cel vaccinaties bij operatief verwijderd melanoom

Na complete resectie van stadium IIIB en IIIC melanoom kunnen patiënten behandeld worden met dendritische cel vaccinaties om terugkeer of uitzaaiing van de tumorcellen te voorkomen.

Tot 1 augustus 2021 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dendritische cel vaccinaties, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

j. Sacrale neuromodulatie bij therapieresistente functionele obstipatie

Patiënten met functionele obstipatie met vertraagde darmassage, die niet voldoende reageren op conservatieve behandelingen, kunnen behandeld worden met behulp van een onderhuidse zenuwstimulator: sacrale neuromodulatie.

Tot 1 juli 2021 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze sacrale neuromodulatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

lid 4

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

1. liposuctie – wegzuigen van onderhuids vet – van de buik;
2. abdominoplastiek – buikwandcorrectie –, tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een – gehele of gedeeltelijke – borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit (man-vrouw transgenders);
4. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
5. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek – reconstructie van de huid;
6. behandelingen gericht op sterilisatie – zowel man als vrouw;
7. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie – zowel man als vrouw;
8. behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis van de man) als die niet medisch noodzakelijk is;
9. behandeling van plagiocefalie – scheve schedel – en brachycefalie – brede schedel – zonder craniosynostose – voortijdige vergroeiing van schedelnaden – met een redressiehelm.

lid 5

Voor vergoeding van kosten voor mondzorg door de kaakchirurg geldt niet dit artikel, maar artikel 18.

Voor vergoeding van kosten voor gespecialiseerde ggz (geestelijke gezondheidszorg) geldt niet dit artikel, maar artikel 24. Als geestelijke gezondheidszorg echter noodzakelijk is als onderdeel van de integrale behandeling door een medisch specialist, dan worden de kosten niet apart vergoed volgens de artikelen 23 en 24, maar vallen ze onder het DBC-zorgproduct van de medisch-specialistische zorg.

Artikel 7 Verpleging en verzorging

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf (behalve de hierna vermelde uitzondering). Deze zorg wordt ook wel wijkverpleging genoemd. De zorg bestaat uit verpleging en/of verzorging en omvat ook coördinatie, instructie, begeleiding bij zelfmanagement genoemd, signalering, individuele zorggerelateerde preventie en casemanagement. Verpleging en verzorging omvat ook palliatief terminale zorg of verpleging thuis onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist. Een verpleegkundige, een verpleegkundig specialist of een verzorgende verleent de zorg.

ONVZ vergoedt de kosten van verpleging en verzorging waarbij de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, en waarbij geen sprake is van verblijf in een ziekenhuis, ggz-instelling of een Wlz-instelling. Onder geneeskundige zorg wordt in dit verband verstaan: zorg zoals omschreven in de artikelen 4 tot en met 18, 23 en 24 van dit deel B.

Als u jonger bent dan 18 jaar vergoedt ONVZ de kosten van verzorging en verblijf alleen als complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap de verzorging noodzakelijk maken, en daarbij tevens:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Het verblijf dat noodzakelijk is in verband met deze zorg moet plaatsvinden in een verpleegkundig kinderdagopvang of een verpleegkundig kindersorghuis.

De aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging worden vastgesteld door de wijkverpleegkundige of een hbo gediplomeerd kinderverpleegkundige en vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan is een dynamische set van afspraken die u met de zorgverlener maakt over zorg en zelfmanagement, op basis van uw individuele doelen, behoefte en situatie. Het zorgplan moet voldoen aan de *Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving*, vastgesteld door beroepsvereniging Verplegenden & Verzorgenden Nederland (V&VN). U kunt dit normenkader aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Voor vergoeding van de kosten van kraamzorg geldt niet dit artikel, maar artikel 8.

Wilt u deze zorg in het buitenland ontvangen, dan raden wij u aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met de ONVZ ZorgConsulent om te bespreken of de zorg voldoet aan de voorwaarden van dit artikel. Zie over zorg in het buitenland ook artikel 25.

lid 2 Op uw verzoek vergoedt ONVZ in bepaalde gevallen de kosten van verpleging en verzorging in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb). Voor zorg volgens een Zvw-pgb gelden maximum uurtarieven. In het *Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2017* zijn de voorwaarden en tarieven opgenomen. Dit reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 3 Als u het niet eens bent met de door de wijk- of kinderverpleegkundige vastgestelde aard, inhoud of omvang van de verpleging en verzorging en u niet samen tot een oplossing kunt komen, vergoedt ONVZ de kosten van een herbeoordeling van dit onderdeel van het zorgplan door een andere wijk- of kinderverpleegkundige, als ONVZ u daar voor aanvang van de herbeoordeling toestemming voor heeft gegeven. ONVZ kan aan de toestemming voorwaarden verbinden, bijvoorbeeld dat een door haar aangewezen wijk- of kinderverpleegkundige de herbeoordeling uitvoert. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

ONVZ kan ook zelf de door de wijk- of kinderverpleegkundige vastgestelde aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging laten (her)beoordelen door haar (verpleegkundig) medisch adviseur.

Artikel 8 **Geboortezorg**

lid 1 Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden. Een verloskundige, een medisch specialist of een huisarts verleent de zorg, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een geboortecentrum. Ook bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. Deze omvat zorg voor de biologische moeder en zorg voor de pasgeborene, die ook afzonderlijk gedeclareerd kunnen worden.

lid 2 **Prenataal onderzoek**

Onderdeel van de verloskundige zorg is prenatale screening, die omvat:

- het geven van informatie over prenatale screening (counseling);
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het eerste trimester (12-weeken echo) en in het tweede trimester (de 20-weeken echo) van de zwangerschap;
- een combinatietest – bestaande uit nekplooiemeting en bloedonderzoek – voor zwangeren met een medische indicatie. De indicatie moet gesteld zijn door een huisarts, verloskundige of medisch specialist.

Voor deze vormen van prenatale screening geldt het eigen risico niet.

Als u daarvoor een medische indicatie van een huisarts, verloskundige of medisch specialist heeft, of als uit een combinatietest is gebleken dat er sprake is van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosomale afwijking, dan vergoedt ONVZ ook prenataal vervolgonderzoek, zoals geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO), de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek.

ONVZ vergoedt het prenataal vervolgonderzoek eveneens bij een afwijkende uitslag van een NIPT die u zonder medische indicatie voor eigen rekening heeft laten uitvoeren. De kosten van de NIPT zelf worden in dat geval echter niet vergoed.

ONVZ vergoedt het prenataal vervolgonderzoek als medisch-specialistische zorg (artikel 6). Hiervoor geldt het eigen risico. Voor GUO, vruchtwaterpunctie en vlokkentest geldt echter geen eigen risico.

Als u geen medische indicatie heeft, dan mogen SEO en combinatietest alleen worden uitgevoerd door een zorgverlener die beschikt over een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgverlener die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor prenatale screening met zo'n vergunning.

lid 3

Bevalling en kraamzorg

De volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis met medische indicatie

Als bevalling in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, vergoedt ONVZ voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor medisch-specialistische zorg en opname in het ziekenhuis volgens artikel 6.

b. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie of in een geboortecentrum

Als de bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische indicatie, of in een geboortecentrum, vergoedt ONVZ voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. Hiervoor geldt een eigen bijdrage voor zowel moeder als haar kind van € 17 per persoon per dag. Als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 121,- per persoon per dag, dan wordt de eigen bijdrage met dit meerdere verhoogd.

De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van de opgave door het ziekenhuis of door het kraambureau dat kraamzorg verleent na ontslag uit het ziekenhuis.

c. Bevalling en/of kraamzorg thuis

Bij bevalling en kraamzorg thuis vergoedt ONVZ de kosten voor:

1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
2. de inschrijving, intake en assistentie door een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling – partusassistentie – tot maximaal twee uur na de geboorte van de placenta;
3. tenminste 24 en maximaal 80 uren kraamzorg, gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en haar kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met ONVZ. Het uitgangspunt is wat het geboortecentrum of kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert.

Hierbij geldt voor de vergoeding voor partusassistentie en kraamzorg een eigen bijdrage van € 4,30 per uur.

Als na de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum de kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, vergoedt ONVZ de kosten voor kraamzorg zoals omschreven onder 3. Hierbij geldt dat ONVZ het aantal dagen doorgebracht in het ziekenhuis of geboortecentrum in mindering brengt op de genoemde termijn van maximaal tien dagen.

Kosten van het kraamhotel anders dan voor kraamzorg worden niet vergoed.

ONVZ regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 9 Revalidatie en zintuiglijk gehandicaptenzorg

lid 1

Medisch-specialistische revalidatie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.

Medisch-specialistische revalidatie omvat:

1. algemene medisch-specialistische revalidatie;
2. interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.

Van algemene medisch-specialistische revalidatie is sprake als de revalidatiearts:

- u op de polikliniek behandelt op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of een andere medisch specialist;
- u in het ziekenhuis mede-behandelt;
- in consult wordt geroepen voor een revalidatie-advies door bijvoorbeeld een andere medisch specialist, een huisarts of bedrijfsarts.

ONVZ vergoedt de kosten van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie als:

- bij u sprake is van complexe problematiek, dat wil zeggen samenhangende problemen op meerdere domeinen van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie), en
- u voorafgaand aan de behandeling door de huisarts, een bedrijfsarts, jeugdarts of een andere medisch specialist gericht naar de revalidatiearts bent verwezen en de revalidatiearts de indicatie voor medisch-specialistische revalidatie heeft gesteld;
- de revalidatiezorg wordt geleverd door een multidisciplinair team, waarbij de revalidatiearts eindverantwoordelijk is voor de inhoud en kwaliteit van de zorg;
- deze zorg voor u het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en
- u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie kan plaatsvinden:

1. in deeltijd- of dagbehandeling;
2. tijdens een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

lid 2

Geriatrische revalidatie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, als:

- sprake is van integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, en
- bij u sprake is van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, en
- de zorg gericht is op het zodanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar uw thuissituatie mogelijk is, en
- de zorg bij aanvang gepaard gaat met een opname in een Wlz-instelling – ook wel verpleeghuis genoemd – of andere instelling die voor het leveren van geriatrische revalidatie wettelijk is toegelaten. Deze instelling heeft een gespecialiseerde afdeling ingericht voor het leveren van geriatrische revalidatiezorg.

Onder kwetsbaarheid verstaat ONVZ: een gelijktijdige afname op meerdere gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.

Onder complexe multimorbiditeit verstaat ONVZ: de aanwezigheid van verschillende ziekten, die in combinatie leiden tot stoornissen, beperkingen, handicaps en verlies van welbevinden. De oorzaken van de problemen zijn moeilijk te ontrafelen en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten vaak anders dan verwacht.

De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op:

- een ziekenhuisopname zoals bedoeld in artikel 6, lid 2a, waarbij u voorafgaand aan die ziekenhuisopname niet ten laste van de Wlz verbleef en werd behandeld in een verpleeghuis of andere instelling, of

- het ontstaan van een acute aandoening waardoor – eveneens acuut – mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid zijn opgetreden, waarbij deze aandoening, de mobiliteitsstoornissen en/of de afname van de zelfredzaamheid ook bij aanvang van de geriatrische revalidatie nog bestaan en u voor de acute aandoening medisch-specialistische zorg heeft ontvangen.

De indicatie voor geriatrische revalidatiezorg wordt gesteld door:

- de behandelend medisch specialist, met de specialist ouderengeneeskunde, tijdens de ziekenhuisopname, of
- een klinisch geriater of een internist ouderengeneeskunde, tijdens een geriatrisch assessment na de acuut opgetreden aandoening.

De medisch specialist en andere zorgverleners in het ziekenhuis werken in samenspraak met de specialist ouderengeneeskunde tijdens de ziekenhuisopname al systematisch aan – duidelijkheid over – het vervolgtraject geriatrische revalidatiezorg.

De geriatrische revalidatiezorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts op basis van een behandelplan. Dit behandelplan voldoet aan de relevante richtlijnen van het Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) en de behandelkaders van Verenso (de beroepsorganisatie van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater).

ONVZ vergoedt de kosten van de geriatrische revalidatie voor maximaal een periode van zes maanden. In bijzondere gevallen kan ONVZ toestemming geven voor een langere periode.

De geriatrische revalidatie omvat ook de ambulante revalidatiezorg als die na overgang naar huis wordt voortgezet.

De kosten voor geriatrische revalidatiezorg worden in rekening gebracht met een DBC-zorgproduct.

lid 3

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geneeskundige zintuiglijk gehandicaptenzorg als:

- u een visuele beperking heeft, of
- u een auditieve beperking heeft, of
- u jonger bent dan 23 jaar en bij u sprake is van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, of
- als er sprake is van een combinatie van deze beperkingen.

Het moet gaan om multidisciplinaire zorg in verband met die beperking, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

De zorg kan bestaan uit diagnostisch onderzoek, interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap, en interventies die uw beperking opheffen of compenseren en zo uw zelfredzaamheid vergroten.

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis moet u – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan – als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking moet u – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan – als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

De zintuiglijk gehandicaptenzorg wordt geleverd door een multidisciplinair team, verbonden aan een ISO- of HKZ-gecertificeerde instelling:

- die is aangesloten bij VIVIS of SIAC, of
- met een WTZi-toelating voor behandeling van cliënten met een zintuiglijke beperking, die de ontwikkeling en naleving van het landelijke kwaliteitskader ondersteunt.

Voor volwassenen met een auditieve beperking of communicatieve beperking is de hoofdbehandelaar gezondheidszorgpsycholoog. Orthopedagogen en andere disciplines kunnen deze taak ook of mede uitvoeren. Bij zintuiglijk gehandicaptenzorg aan auditief beperkte kinderen en jongeren is de hoofdbehandelaar een orthopedagoog of ontwikkelings- of gezondheidszorgpsycholoog.

Voor visueel beperkten is de hoofdbehandelaar oogarts of gezondheidszorgpsycholoog. De klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak ook of mede uitvoeren.

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van:

- ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan doofblinden en prelinguaal doven.

Verblijf

Aanspraak bestaat op vergoeding van (tijdelijk) verblijf voor intensieve revalidatie in een therapeutische verblijfssetting. Dit om de behandeling te kunnen laten slagen als dat niet zonder verblijf mogelijk is.

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor verblijf voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen.

ONVZ vergoedt de kosten van verblijf alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. U moet hiervoor een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de hoofdbehandelaar in (laten) dienen bij ONVZ.

Artikel 10 **Orgaantransplantatie en -donatie**

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis als de transplantatie is verricht in:
1. een EU- of EER-land, of
 2. een ander land, als de donor daar woont en deze uw echtgenoot, uw geregistreerd partner of uw bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is.

ONVZ vergoedt ook de kosten van de zorg voor de selectie van de donor en de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Verder vergoedt ONVZ de kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

- lid 2 ONVZ vergoedt voor zorg aan de donor de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekering tot maximaal 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor voor selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal is opgenomen. Bij een levertransplantatie is deze periode maximaal een half jaar. De aanspraak in dit lid betreft alleen kosten van verleende zorg die verband houdt met die opname.

- lid 3 Voor de donor die geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, vergoedt ONVZ de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel voor de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en voor de zorg bedoeld in lid 2 van dit artikel. Als dit medisch noodzakelijk is, kan dit vervoer ook per auto plaatsvinden.

Als een donor, die geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, in het buitenland woont en er transplantatie plaatsvindt van een nier, beenmerg of lever in Nederland, dan vergoedt ONVZ ook de kosten van het vervoer van de donor naar Nederland en terug. Daarbij vergoedt ONVZ aan deze donor ook de overige kosten gemoeid met de transplantatie, als die kosten verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfkosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten.

- lid 4 Als u zelf donor bent, vergoedt ONVZ voor u als donor de kosten van vervoer zoals omschreven in lid 3 van dit artikel.

Artikel 11 Dialysezorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort. De zorg wordt verleend in een dialysecentrum of bij u thuis en kan gepaard gaan met onderzoek, behandeling, verpleging, farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van uzelf of van personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis.

In geval van thuisdialyse omvat de aanspraak ook:

1. de kosten voor de opleiding door het dialysecentrum van hen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
2. het verstrekken of in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren;
3. de kosten van de regelmatige controle en onderhoud – vervanging inbegrepen –, en de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
4. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialysetoel);
5. kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.

Deze onderdelen zijn van toepassing op hemodialyse en de verschillende vormen van peritoneaaldialyse. De kosten maken onderdeel uit van het DBC-zorgproduct dat het ziekenhuis of dialysecentrum in rekening brengt.

In geval van thuisdialyse vergoedt ONVZ, naast het DBC-zorgproduct, ook andere kosten die met de thuisdialyse samenhangen. Deze kosten vallen echter onder de hulpmiddelenzorg en worden vergoed volgens artikel 20 van het *Reglement Hulpmiddelen*. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 12 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor mechanische beademing in een beademingscentrum en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort. De beademing kan ook plaatsvinden bij u thuis onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Dan vergoedt ONVZ de kosten van:

1. het door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur;
2. de medisch-specialistische en farmaceutische zorg die bij de beademing hoort, verleend onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 13 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 14 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door de trombosedienst. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een arts of medisch specialist. ONVZ vergoedt de kosten van:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
2. het – onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst laten – verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor bepaling van de stollingstijd van het bloed;
3. het beschikbaar stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u zelf de stollingstijd van uw bloed kan meten;
4. opleiding in het gebruik van deze apparatuur, en begeleiding bij uw metingen;
5. advisering over de toepassing van geneesmiddelen voor beïnvloeding van de bloedstolling.

Het *Reglement Hulpmiddelen* bevat nadere voorwaarden voor de vergoeding onder 3. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 15 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. U moet – voor aanvang van het onderzoek en de advisering – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

ONVZ vergoedt de kosten van: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de psychosociale begeleiding die bij deze zorg hoort. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, vergoedt ONVZ ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Artikel 16 Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door een audiologisch centrum. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

ONVZ vergoedt de kosten van:

1. onderzoek naar het gehoor;
2. advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur;
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
4. psychosociale zorg noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Artikel 17 Paramedische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten die plegen te bieden. ONVZ vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch)kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin alleen als zij hiervoor toestemming vooraf heeft gegeven. ONVZ geeft alleen toestemming voor incidentele behandeling op de bedoelde locaties als daarvoor een indicatie bestaat.

ONVZ vergoedt geen extra kosten voor behandeling buiten de reguliere werktijden.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 2 **Fysiotherapie en oefentherapie**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemfysiotherapeut.

Er moet sprake zijn van een indicatie in verband met een aandoening, die in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is genoemd. De daarbij genoemde behandelduur mag niet zijn overschreden. Bij de in de bijlage genoemde aandoeningen 'lymfoedeem' en 'littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma', kan ook een huidtherapeut de behandeling uitvoeren.

Als u 18 jaar of ouder bent, worden de kosten van de eerste 20 behandelingen voor de betreffende aandoening niet vergoed.

In afwijking van deze vergoedingsregeling vergoedt ONVZ, als u 18 jaar of ouder bent, de kosten van:

- maximaal 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen), gedurende maximaal 12 maanden. Hier geldt de vergoeding vanaf de eerste behandeling;
- maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Hier geldt de vergoeding vanaf de eerste behandeling.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of als *Lijst van aandoeeningen fysio- en oefen therapie 2017* raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

- lid 3 Voor fysiotherapie en oefen therapie aan kinderen tot 18 jaar bestaat – voor andere gevallen dan bedoeld in lid 2 – aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut of oefen therapie Mensendieck / oefen therapie Cesar per indicatie per kalenderjaar. Als na negen behandelingen nog geen toereikend resultaat is bereikt vergoedt ONVZ voor deze verzekerden de kosten van maximaal negen extra behandelingen door de genoemde zorgverleners per indicatie per kalenderjaar. De verzekerde moet – voor aanvang van de extra behandelingen – een verwijzing hebben van huisarts of medisch specialist.
- lid 4 **Ergotherapie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. ONVZ vergoedt maximaal tien behandeluren per kalenderjaar. De ergotherapeut verleent de zorg in zijn behandelruimte of bij u thuis.
- lid 5 **Logopedie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling door een logopedist. ONVZ vergoedt de kosten van logopedische behandeling als deze een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Als het gaat om logopedie voor stotteren of afasie, preverbaal logopedie of het Hünen ouderprogramma, dan moet de logopedist ingeschreven staan in het relevante register van de NVLF (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie). Als het gaat om het Hünen ouderprogramma moet de logopedist ook voldoen aan het Hünen protocol van de NVLF.
- ONVZ vergoedt geen kosten van behandeling ter ondersteuning van onderwijs zoals de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid.
- lid 6 **Diëtiek**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. ONVZ vergoedt maximaal 3 behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 18 **Mondzorg**

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van mondzorg zoals omschreven in dit artikel. Waarop u precies aanspraak heeft, hangt af van uw leeftijd en van de vraag of er sprake is van een bijzondere situatie. Bent u jonger dan 18 jaar, dan geldt de aanspraak zoals omschreven in lid 4. De aanspraak tot 23 jaar bij ontbreken van elementen is omschreven in lid 5. Bent u 18 jaar of ouder, dan geldt de aanspraak zoals omschreven in lid 6. De aanspraak in bijzondere situaties geldt ongeacht uw leeftijd en is omschreven in lid 7.

Er kan een eigen bijdrage gelden. Zie hiervoor lid 6 en 7.
Soms is een advies of toestemming vooraf vereist. Zie daarvoor lid 2 en 3.

Mondzorg omvat:

1. zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg;
2. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard. Een kaakchirurg verleent de zorg;
3. verblijf in een ziekenhuis dat noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren), inclusief de kosten van verpleging en verzorging. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

- lid 2 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg op de plaats waar de verzekerde verblijft (dus niet in de praktijk van de zorgverlener) is een positief schriftelijk advies van de huisarts of de medisch specialist vereist. Dit advies moet u meesturen als u de nota's bij ONVZ declareert. Als de zorgverlener rechtstreeks declareert, moet u dit advies op verzoek van ONVZ overleggen.

- lid 3 Toestemming vooraf van ONVZ is vereist voor vergoeding van de kosten van:

1. zorg door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg als het gaat om parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
2. mondzorg als bedoeld in lid 4, 5 of 6, als deze in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt;
3. mondzorg als bedoeld in lid 5;
4. mondzorg in bijzondere situaties (lid 7);
5. een volledige prothetische voorziening – inclusief techniekkosten –, als deze kosten hoger zijn dan:
 - € 650,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandarts, of
 - € 500,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandprotheticus.

Bij uw aanvraag moet u een schriftelijke motivering van de zorgverlener en een behandelplan bijvoegen. De toestemming kan worden ingetrokken als de mondzorg niet meer nodig is, als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

lid 4

Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Als u jonger bent dan 18 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. eenmaal per jaar periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, of meerdere keren uitsluitend als dat om tandheelkundige redenen noodzakelijk is;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;
4. fluoride-applicatie als minimaal één element van het blijvende gebit doorgebroken is, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u die zorg, tandheelkundig, meer keren per jaar nodig heeft;
5. sealing (aanbrengen van een bescherm laag);
6. parodontale zorg (voor tandvlees);
7. anesthesie;
8. endodontische zorg (voor het binnenste van de tand);
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische zorg (voor de kaak en de kauwspieren);
11. uitneembare prothetische voorzieningen;
12. chirurgische tandheelkundige zorg, behalve de kosten van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
13. röntgenonderzoek, behalve de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontische zorg.

De (meer)kosten van deze zorg buiten de reguliere praktijkuren worden alleen vergoed als het verlenen van die zorg in redelijkheid niet kon worden uitgesteld.

lid 5

Mondzorg voor verzekerden jonger dan 23 jaar

Als u jonger bent dan 23 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van tandvervangende zorg met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. De zorg moet de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreffen die in het geheel niet zijn aangelegd, of ontbreken als direct gevolg van een ongeval. Daarnaast moet de noodzaak van deze zorg zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

lid 6

Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, behalve van de kosten van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een tandarts, huisarts of medisch specialist;
2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (volledige immediaatprothese, volledige vervangingsprothese of volledige overkappingsprothese), al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige implantaatgedragen prothese behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;
3. reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening. Rebasen is het opvullen van de ruimte tussen de kaak en prothese om deze vaster op een geslonken kaak te laten zitten.

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak geldt een eigen bijdrage van:

- 10% van de kosten voor implantaatgedragen prothesen voor de onderkaak;
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese voor de bovenkaak;
- 25% van de kosten voor een volledige immediaatprothese, een volledige niet-implantaatgedragen vervangingsprothese of een volledige niet-implantaatgedragen overkappingsprothese.

Bij reparatie en rebasen geldt een eigen bijdrage van 10% van de kosten.

lid 7

Mondzorg in bijzondere situaties, ongeacht leeftijd

ONVZ vergoedt de kosten van bijzondere tandheelkundige zorg, dat wil zeggen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

1. als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening.

Voor een verzekerde van 18 jaar en ouder geldt bij behandelingen die niet rechtstreeks in verband staan met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg, een eigen bijdrage. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou zijn gebracht voor de reguliere behandeling, dus als u niet in het kader van bijzondere tandheelkunde zou zijn behandeld.

ONVZ vergoedt binnen mondzorg in bijzondere situaties ook de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Het implantaat moet dienen voor bevestiging van een volledige uitneembare prothese.

ONVZ vergoedt binnen mondzorg in bijzondere situaties de kosten van orthodontische zorg alleen als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Artikel 19 **Farmaceutische zorg**

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

1. de geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering.
2. de geneesmiddelen – onder de voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft – als bedoeld in:
 - a. artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet. Dit artikel gaat over apotheekbereidingen, ook wel magistrale bereidingen genoemd. Kosten van apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd, geregistreerd geneesmiddel zijn uitgesloten van de aanspraak;
 - b. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in Nederland te laten bereiden door een in Nederland toegelaten fabrikant;
 - c. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in het buitenland te bestellen.

Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan behandeling of diagnostiek met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat het meest economisch is.

3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
4. terhandstelling van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en de kosten van advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de geneesmiddelen. Dit advies en deze begeleiding worden uitgevoerd door BIG-geregistreerde zorgverleners.

Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

- a. begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- b. instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;
- c. medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;
- d. farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
- e. farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname;
- f. farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.

lid 2 De in lid 1 bedoelde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan dit ook een diëtist zijn. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts. Een dieetpreparaat kan ook geleverd worden door een gespecialiseerde leverancier.

De kosten van een geneesmiddel en de dieetpreparaten opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering worden alleen vergoed als wordt voldaan aan de in deze bijlage genoemde indicatievoorwaarden.

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunnen tijdens het jaar wijzigen. Een actueel overzicht kunt u raadplegen op www.wetten.nl of opvragen bij het ONVZ Service Center.

Afleverhoeveelheden

ONVZ vergoedt de kosten van een geneesmiddel voor:

- a. 15 dagen, bij een voor u nieuwe medicatie;
- b. 15 dagen, bij antibiotica voor bestrijding van een acute aandoening of bij cytostatica (middelen voor chemotherapie);
- c. maximaal drie maanden, bij een geneesmiddel voor behandeling van een chronische ziekte, met uitzondering van hypnotica (slaapmiddelen) en anxiolytica (middelen die angst verminderen);
- d. maximaal één jaar, bij orale anticonceptiva;
- e. maximaal één maand, bij geneesmiddelen waarvan de kosten meer dan € 500,- per maand bedragen en bij hypnotica en anxiolytica;
- f. maximaal één maand in overige gevallen.

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën dan geldt de kortste periode.

lid 3 ONVZ vergoedt de kosten van dieetpreparaten alleen als niet kan worden volstaan met aangepaste normale voeding en andere bijzondere voeding en u:

1. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, of
2. lijdt aan een voedselallergie, of
3. lijdt aan een resorptiestoornis, of
4. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
5. daarop bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

lid 4 Bij in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik vergoedt ONVZ niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste vijftien dagen. Dit betreft laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging en maagledigingsmiddelen, als ook andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm.

Ook bij in de Regeling zorgverzekering genoemde maagzuurremmers voor chronisch gebruik – inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten – vergoedt ONVZ niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen.

ONVZ vergoedt de kosten van zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers – inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten – als deze in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen en als u daarop bent aangewezen voor chronisch gebruik. In dat geval moet de behandelend arts op het herhaalrecept aangeven dat u langer dan zes maanden op het middel bent aangewezen en dat het is voorgeschreven voor behandeling van een chronische aandoening. Hiervoor wordt de aanduiding 'C.G.' gebruikt. De apotheek vermeldt dit weer op de nota.

lid 5 **Eigen bijdrage**

De in de Regeling zorgverzekering genoemde geneesmiddelen zijn zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep stelt de overheid een vergoedingslimiet vast.

Als voor een geneesmiddel de in rekening gebrachte prijs hoger is dan de vergoedingslimiet geldt het verschil als eigen bijdrage. Een eigen bijdrage geldt ook voor een geneesmiddel dat wordt bereid uit een geneesmiddel met een eigen bijdrage.

lid 6

Toestemming

Voor vergoeding van een aantal middelen is voorafgaande toestemming van ONVZ vereist. Een verzoek tot toestemming is voorzien van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts. ONVZ kan bij de toestemming bepalen voor welke termijn deze toestemming geldt.

Voorafgaande toestemming is vereist voor de volgende middelen:

- a. de geneesmiddelen bedoeld in lid 1 onder 2b en 2c van dit artikel;
- b. de dieetpreparaten bedoeld in lid 1 onder 3 van dit artikel;
- c. een aantal geneesmiddelen uit bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Een overzicht van deze geneesmiddelen en meer informatie over de aanvraagprocedure kunt u vinden in het document *Toestemming geneesmiddelen*. Een actuele versie van dit document kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

ONVZ vergoedt eenmaal per kalenderjaar medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik zonder toestemming vooraf. Voor vergoeding van een tweede en volgende medicatiebeoordeling is vooraf toestemming van ONVZ vereist. U moet hiertoe tijdig een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van uw behandelend arts of apotheker bij ONVZ indienen.

lid 7

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:

- farmaceutische zorg in de door de Regeling zorgverzekering bepaalde gevallen;
- niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemde, in Nederland geregistreerde geneesmiddelen;
- de eigen bijdrage volgens lid 5;
- andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen;
- geneesmiddelen in geval van ziekerisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel b Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel, dat niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering is opgenomen;
- geneesmiddelen bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel f Geneesmiddelenwet. Het betreft geneesmiddelen waarvoor een aanvraag om een handelsvergunning bij het Europees Geneesmiddelenbureau is ingediend of waarmee nog klinische proeven gaande zijn.

lid 8

ONVZ vergoedt de kosten van de hierna beschreven voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen, voor zover u voldoet aan de daarbij vermelde voorwaarden. De Minister kan in de loop van het kalenderjaar ook andere geneesmiddelen voorwaardelijk toelaten. De lijst van voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2017* staan alle voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen vermeld. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Fampyra voor volwassen patiënten met multiple sclerose (MS)

Bij MS-patiënten van 18 jaar en ouder en een score van 4 tot en met 7 op de Expanded Disability Status Scale (EDSS) kan voor verbetering van het loopvermogen het geneesmiddel Fampyra worden ingezet. Tot 1 april 2018 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van Fampyra voor zover u deelneemt aan het landelijk onderzoek naar de effectiviteit van dit geneesmiddel. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

Artikel 20 Hulpmiddelenzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering en het *Reglement Hulpmiddelen* van ONVZ. In uitzondering op de aanspraak op vergoeding van kosten, verstrekt ONVZ een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het *Reglement Hulpmiddelen* zijn ook de voorwaarden voor vergoeding, bruikleenverstrekking en de specifieke vereisten per hulpmiddel opgenomen. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 2 Waar dit blijkt uit het *Reglement Hulpmiddelen* is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel toestemming vooraf van ONVZ vereist. Daarbij kan ONVZ nadere voorwaarden stellen.
- lid 3 De kosten van normaal gebruik – zoals kosten van energiegebruik en batterijen – worden niet vergoed, behalve als het *Reglement Hulpmiddelen* anders bepaalt.
- lid 4 ONVZ vergoedt alleen de kosten van hulpmiddelen, of verstrekt ze in bruikleen, als de hulpmiddelen noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig luxe uitgevoerd of onnodig gecompliceerd. Er bestaat in principe geen aanspraak op vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen als het hulpmiddel alleen dient voor gebruik op de werkplek of als onderwijsvoorziening.
- Om de werkplek voor een slechthorende aan te passen kunnen persoonlijke hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie hierop een uitzondering vormen. De voorwaarden daarvoor zijn opgenomen in het *Reglement Hulpmiddelen*.
- lid 5 ONVZ vergoedt alleen de kosten van verbandmiddelen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen nodig is.
- lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen ingezet in de thuissituatie onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist, maken in sommige gevallen deel uit van de medisch-specialistische zorg. Zij vallen dan niet onder deze vergoeding, maar worden via een DBC-zorgproduct vergoed. Hierbij is het rapport *Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden 2* van het CVZ – inmiddels: Zorginstituut Nederland – leidend. Dit rapport kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- Als u verblijft en behandeld wordt in een Wlz-instelling vallen de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen en verbandmiddelen ook niet onder dit artikel. De vergoeding valt dan onder de aanspraken van de Wlz.
- lid 7 Op dit moment zijn alleen nog geneesmiddelen en behandelingen voorwaardelijk toegelaten. De Minister kan echter – ook in de loop van het kalenderjaar – hulpmiddelen voorwaardelijk toelaten. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2017* worden de voorwaardelijk toegelaten hulpmiddelen vermeld. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 21 Ambulancevervoer

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance-auto van een ambulancevervoerder als ander vervoer – per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto – om medische redenen niet verantwoord is. ONVZ vergoedt vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer. Als ONVZ u vooraf toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde zorgverlener geldt de beperking tot 200 kilometer niet.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten van vervoer:
- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg zult ontvangen waarvan de kosten – geheel of gedeeltelijk – gedekt zijn door de Basisverzekering;
 - naar een instelling waarin u wordt opgenomen ten laste van de Wlz;
 - als u jonger bent dan 18 jaar: naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de gemeente komen;
 - vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, gedekt volgens de Wlz;

- e. vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese, als de prothese – geheel of gedeeltelijk – gedekt is volgens de Wlz;
- f. van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar uw eigen woning of naar een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.

- lid 3 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.
- lid 4 Als ziekenvervoer per ambulance-auto niet mogelijk is kunt u ONVZ vooraf toestemming vragen voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 22 Zittend ziekenvervoer

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse, per taxi of per eigen auto tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Als ONVZ u vooraf toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde zorgverlener geldt de beperking tot 200 kilometer niet.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten van zittend ziekenvervoer alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. Bij het verlenen van toestemming kan ONVZ voorwaarden stellen aan de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- lid 3 Bij gebruik van de eigen auto vergoedt ONVZ € 0,28 per kilometer. ONVZ gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet.
- lid 4 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor vervoer van en naar een persoon, instelling of woning zoals bedoeld in artikel 21, lid 2 a, b, d, e en f als:
- u nierdialyse moet ondergaan;
 - u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - uw gezichtsvermogen zo is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - u jonger bent dan 18 jaar en u bent aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 7.
- lid 5 In andere gevallen dan genoemd in lid 4 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurende ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet vergoeden van de kosten voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- lid 6 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling. Uitzondering hierop vormt vervoer in verband met dagbesteding die onderdeel uitmaakt van een langdurig op behandeling gericht verblijf in een ggz-instelling. De kosten daarvan worden vergoed volgens artikel 24.
- lid 7 Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 100,- per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage geldt niet voor vervoer:
- vanaf een instelling waarin u bent opgenomen naar een andere instelling waarin u wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn door de Basisverzekering of de Wlz;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling, dat/ die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn door de Basisverzekering, de opname moet gedekt zijn door de Basisverzekering of Wlz;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheerkundige behandeling, die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname zijn gedekt door de Wlz.
- lid 8 ONVZ vergoedt ook het vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het de begeleiding betreft van een kind jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunt u ONVZ toestemming vooraf vragen voor vergoeding van de vervoerskosten van twee begeleiders.

lid 9 ONVZ regelt graag taxivervoer voor u. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

lid 10 Als ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto niet mogelijk is, kunt u ONVZ toestemming vooraf vragen voor vervoer met een ander vervoermiddel.

Artikel 23 Generalistische basis-ggz

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van generalistische basis-ggz zoals klinisch psychologen die plegen te bieden. De zorgverlener of ggz-instelling die de zorg verleent, beschikt over een kwaliteitsstatuut ggz.

De regiebehandelaar ggz coördineert de behandeling en is voor u (en uw naasten) het aanspreekpunt tijdens de behandeling. Als meer zorgverleners bij uw behandeling betrokken zijn, moeten zij werken onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar ggz.

De regiebehandelaar ggz is:

- BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog;
- BIG-geregistreerd klinisch psycholoog;
- BIG-geregistreerd psychotherapeut;
- BIG-geregistreerd klinisch neuropsycholoog;
- als regiebehandelaar aangewezen binnen de betreffende experimenteerruimte ggz.

Bij behandeling in een ggz-instelling mogen ook de volgende zorgverleners regiebehandelaar ggz zijn:

- verpleegkundig specialist ggz;
- specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater bij de hoofddiagnose dementie;
- verslavingsarts bij de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek.

Een psychiater of klinisch psycholoog is altijd beschikbaar voor advies of consultatie. Een internetprogramma kan deel uitmaken van het behandeltraject.

Als u de leeftijd van 18 jaar bereikt gedurende een behandeltraject bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, vergoedt ONVZ de kosten van voortzetting van deze behandeling voor maximaal 365 dagen. In die periode wordt de behandeling afgerond of wordt gewerkt aan overdracht naar een zorgverlener die als regiebehandelaar ggz is vermeld.

lid 2 U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van de huisarts of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- behandeling van psychische klachten zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- jeugd-ggz: geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet en wordt geregeld door uw gemeente.

Niet alle behandelingen en interventies in de ggz voldoen aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het *Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz 2017*. U kunt dit overzicht opvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Zie voor zorg in het buitenland ook artikel 25.

Voor vergoeding van kosten van behandeling van psychische klachten die een gevolg zijn van of samenhangen met een primair somatische (lichamelijke) aandoening geldt niet dit artikel, maar artikel 6.

lid 4 De kosten voor generalistische basis-ggz worden in rekening gebracht met een integrale prestatie basis-ggz.

Artikel 24 Gespecialiseerde ggz

- lid 1 **Opname in een ggz-instelling**
Voor zover sprake is van op behandeling gerichte gespecialiseerde ggz bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van opname in een ggz-instelling of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen.
- ONVZ vergoedt de kosten van gespecialiseerde ggz, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging.
- Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. Als dagbesteding onderdeel uitmaakt van de behandeling vergoedt ONVZ ook de kosten van de dagbesteding en het vervoer daar naartoe.
- Toestemming vooraf*
U heeft voorafgaande toestemming nodig van ONVZ:
- als u wordt opgenomen in een ggz-instelling in verband met een diagnose uit één van de volgende diagnosegroepen: aan alcohol gebonden stoornissen, overige aan een middel gebonden stoornissen of eetstoornissen. Alleen dan vergoedt ONVZ de kosten van de gespecialiseerde ggz en het verblijf. Bij acute zorg moet u de toestemming binnen de eerste behandelmaand (laten) aanvragen. De aanvraag moet voorzien zijn van een gemotiveerde schriftelijke toelichting en moet bepaalde onderdelen bevatten. Voor meer informatie hierover kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of www.onvz.nl raadplegen.
 - als het verblijf (ongeacht de diagnose) langer duurt dan 365 dagen. U moet uiterlijk in de tiende maand van het ononderbroken verblijf een gemotiveerde schriftelijke aanvraag op basis van de *Checklist Lggz* in (laten) dienen bij ONVZ. Uw behandelaar kan u hierover informeren. Alleen dan vergoedt ONVZ de betreffende kosten. De checklist kunt u ook zelf aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 2 **Gespecialiseerde ggz**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van gespecialiseerde ggz, zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. De zorgverlener of ggz-instelling die de zorg verleent, beschikt over een kwaliteitsstatuut ggz.
ONVZ vergoedt naast de kosten van de behandeling ook de bij de behandeling behorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- De regiebehandelaar ggz coördineert de behandeling en is voor u (en uw naasten) het aanspreekpunt tijdens de behandeling. Als meer zorgverleners bij uw behandeling betrokken zijn, moeten zij werken onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar ggz.
- De regiebehandelaar ggz is:
- BIG-geregistreerd klinisch psycholoog;
 - BIG-geregistreerd psychotherapeut;
 - BIG-geregistreerd klinisch neuropsycholoog;
 - BIG-geregistreerd psychiater.
- Bij behandeling in een ggz-instelling mogen ook de volgende zorgverleners regiebehandelaar ggz zijn:
- BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog;
 - verpleegkundig specialist ggz;
 - specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater bij de hoofddiagnose dementie;
 - verslavingsarts bij de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek.
- Als u de leeftijd van 18 jaar bereikt gedurende een behandeltraject bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, vergoedt ONVZ de kosten van voortzetting van deze behandeling voor maximaal 365 dagen. In die periode wordt de behandeling afgerond of gewerkt aan overdracht naar een zorgverlener die als regiebehandelaar ggz is vermeld.
- lid 3 Voor gespecialiseerde ggz – met of zonder opname – moet u – voor aanvang van de zorg – een gerichte verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
- lid 4 De aanvraag kunt u toesturen ter attentie van onze medisch adviseur. De informatie wordt dan uitsluitend door onze medisch adviseur ingezien en beoordeeld.

Als u gebruik maakt van de privacyverklaring ggz gelden de betreffende voorwaarden voor het niet vermelden van tot de diagnose herleidbare gegevens.

- lid 5 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:
- behandeling van niet- of laag complexe psychische stoornissen die in de generalistische basis-ggz kunnen worden behandeld;
 - behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - hulp bij werk- en relatieproblemen;
 - jeugd-ggz: geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet en wordt geregeld door uw gemeente.

Niet alle behandelingen en interventies in de ggz voldoen aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Dat geldt ook voor zorg die in het buitenland wordt geleverd. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het *Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz 2017*. U kunt dit overzicht opvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Zie voor zorg in het buitenland ook artikel 25.

Artikel 25 Buitenland

Als u voor korte of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft, of u vooraf een formulier moet aanvragen en of voorafgaand aan de behandeling toestemming van ONVZ nodig is. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of www.onvz.nl/buitenland raadplegen.

- lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de in dit deel B genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. Daarbij gelden ook de voorwaarden, die hiervoor bij de desbetreffende aanspraak vermeld staan. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Bovendien is zorg in het buitenland soms duurder dan vergelijkbare zorg in Nederland. Daardoor kan het voorkomen dat kosten van zorg in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening blijven. Wij raden u daarom aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met het ONVZ Service Center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan.

Meer informatie over zorg in het buitenland staat in de toelichting *Grens aan zorg in het buitenland 2017*. U kunt deze toelichting aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

- lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:
1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
 2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland.

- lid 3 Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.

- lid 4 Bij een ziekenhuisopname voor acute ziekte of ongeval kunt u contact opnemen met ONVZ Zorgassistance voor het regelen van de zorg waarvoor de Basisverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

- lid 5 ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Artikel 26 **Algemeen**

In voorkomende gevallen kunt u aanspraak maken op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering als vaststaat dat:

- deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en
- ONVZ toestemming vooraf heeft gegeven, en
- deze zorg niet bij of krachtens de wet is uitgesloten.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor informatie over zorg bij u in de wijk, het Zvw-pgb en het regelen van een aantal zorgtaken en (wachttijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

U kunt via de ONVZ ZorgConsulent:

- telefonisch een arts of diëtist raadplegen voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding;
- informatie krijgen over onderwerpen met betrekking tot gezondheidszorg, gezond leven, bewegen en voeding.

Zorgbemiddeling

Als u zorg nodig heeft en deze niet snel – genoeg – kunt krijgen, kunt u de ONVZ ZorgConsulent vragen om te bemiddelen. De ONVZ ZorgConsulent probeert dan de wachttijd te verkorten. Ook als u om andere redenen behoefte heeft aan zorgbemiddeling, probeert de ONVZ ZorgConsulent aan uw wensen tegemoet te komen.

Medisch-specialistische behandeling

De ONVZ ZorgConsulent informeert u over behandelingen in een ziekenhuis en regelt zaken die daarmee verband houden:

- ONVZ werkt samen met een netwerk van geselecteerde medisch specialisten. Op uw verzoek verstrekt de ONVZ ZorgConsulent informatie over behandelmethodes, behandellocaties of behandelend medisch specialisten. U ontvangt de informatie op schrift, zodat u deze kunt bespreken met uw (huis)arts of behandelend medisch specialist;
- op uw verzoek bemiddelt de ONVZ ZorgConsulent bij het arrangeren van een (dag)behandeling in een ziekenhuis of zorghotel. Ook kan de ZorgConsulent bemiddelen bij het arrangeren van huishoudelijke hulp of kinderopvang. De kosten van de huishoudelijke hulp of kinderopvang worden niet door de Basisverzekering gedekt.

ONVZ voert de informatievoorziening en bemiddeling zo goed en zorgvuldig mogelijk uit. Zij is echter geen zorgverlener. ONVZ stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Zij verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

Gids in Gezondheid

Jaarlijks ontvangt u drie Gidsen in Gezondheid. Een inspirerend magazine met interviews, hoogwaardige achtergrondartikelen en interessante gezondheidsfeiten.

ONVZ Kraamzorg Service

Kraamzorg is onderdeel van de dekking geboortezorg zoals beschreven in artikel 8 van deel B van de Basisverzekering. Voor informatie over kraamzorg of als u kraamzorg door ONVZ wilt laten regelen, kunt u bellen met de ONVZ Kraamzorg Service. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg.

ONVZ Kraamzorg Service regelt de kraamzorg bij een erkende kraamzorgorganisatie. U moet de kraamzorg minimaal vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aanvragen. ONVZ Kraamzorg Service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 22 van deel B van de Basisverzekering. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

ONVZ Zorgassistance

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, kunt u contact (laten) opnemen met ONVZ Zorgassistance. Daarbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Ook voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kunt u contact opnemen.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 67.

Informatie over het verhaal van letselschade na een ongeval

Als u betrokken bent geweest bij een ongeval en daardoor financiële schade heeft geleden, kan de veroorzaker van het ongeval aansprakelijk zijn voor die schade.

De aanvullende verzekeringen van ONVZ bieden in bepaalde gevallen dekking voor de kosten van het verhaal van letselschade op de aansprakelijke derde. Heeft u geen aanvullende verzekering, dan kan ONVZ u informatie verstrekken over het verhaal van schade door bijvoorbeeld een advocaat of schaderegelingsbureau.

ONVZ Verhaalszaken is bereikbaar op telefoonnummer 030 639 62 64 en staat u graag te woord.

ONVZ
Vrije Keuze Startfit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Startfit

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Beweegzorg	65
	Fysiotherapie en oefentherapie	65
Artikel 2	Vaccinaties	65
Artikel 3	Preventieve zorg	66
	Gezondheidscheck-up	66
Artikel 4	Buitenland	66
	lid 1 Vergoeding kosten buitenland	66
	lid 2 Wisselkoers	66

Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	67
De ZorgConsulent ondersteunt u	67
eHealth	67
Gids in Gezondheid	67
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	67

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Startfit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Startfit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 4. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1 **Beweegzorg**

Fysiotherapie en oefentherapie

ONVZ vergoedt tot tezamen maximaal negen behandelingen per kalenderjaar de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut;
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als ONVZ hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. ONVZ geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 2 **Vaccinaties**

ONVZ vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococci en rabiës, en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Artikel 3 **Preventieve zorg**

Gezondheidscheck-up

Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.

Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 4 **Buitenland**

lid 1 **Vergoeding kosten buitenland**

ONVZ vergoedt de kosten van voorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het tarief volgens de Wmg, of een in Nederland marktconform bedrag.

ONVZ vergoedt de kosten van onvoorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.

lid 2 **Wisselkoers**

ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Startfit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

De ZorgConsulent ondersteunt u

De ZorgConsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurcussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening.

Het regelen van:

- gezondheidscheck-up of beweegadvies, zie deel B, artikel 3;
- een telefoongesprek met een arts of diëtist voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De ONVZ ZorgConsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De ZorgConsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de ZorgConsulent vervangt ook geen medisch advies en de ZorgConsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

ONVZ vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de ZorgConsulent.

Gids in Gezondheid

Jaarlijks ontvangt u drie Gidsen in Gezondheid. Een inspirerend magazine met interviews, hoogwaardige achtergrondartikelen en interessante gezondheidsfeiten.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door ONVZ in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door ONVZ worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

ONVZ vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij ONVZ Verhaalszaken of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met ONVZ Verhaalszaken.

ONVZ Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

ONVZ
Vrije Keuze Extrafit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Extrafit

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	71
	Kraampakket	71
Artikel 2	Beweegzorg	71
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	71
	lid 2 Sportarts	72
Artikel 3	Farmaceutische zorg	72
Artikel 4	Alternatieve geneeswijzen	72
Artikel 5	Vaccinaties	72
Artikel 6	Overige hulpmiddelen	72
	lid 1 Elleboogkrukken	72
	lid 2 Plaswekker	72
	lid 3 Steunpessarium	73
	lid 4 Steunzolen	73
Artikel 7	Overige behandelingen en therapieën	73
	lid 1 Acnebehandeling	73
	lid 2 Camouflagetherapie	73
	lid 3 Elektrische epilatie en laserbehandeling	73
	lid 4 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	73
	lid 5 Lymfoedeem- en littekentherapie	73
	lid 6 Podotherapie	73
	lid 7 Psoriasisdagbehandeling	73
	lid 8 Stottertherapie	74
Artikel 8	Verblijfkosten	74
	lid 1 Verblijf in een logeershuis	74
	lid 2 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	74
Artikel 9	Ziekenvervoer	74
Artikel 10	Preventieve zorg	74
	lid 1 Gezondheidscheck-up	74
	lid 2 Preventiecurussen	74
Artikel 11	Buitenland	75
	lid 1 Vergoeding kosten buitenland	75
	lid 2 Wisselkoers	75

Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	76
De ZorgConsulent ondersteunt u	76
eHealth	76
Gids in Gezondheid	76
Kraamzorg	76
Taxivervoer	76
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	77

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Extrafit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Extrafit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 11. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1 **Geboortezorg**

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de ONVZ Kraamzorg Service. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 2 **Beweegzorg**

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

ONVZ vergoedt tot tezamen maximaal negen behandelingen per kalenderjaar de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut;
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als ONVZ hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. ONVZ geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 2

Sportarts

ONVZ vergoedt tot maximaal € 100,- per kalenderjaar de kosten van door een sportarts uitgevoerd(e):

- sportmedisch onderzoek;
- sportmedisch- en inspanningsadvies;
- sportmedische begeleiding;
- preventief medisch onderzoek;
- sportkeuring.

Artikel 3 Farmaceutische zorg

- lid 1 ONVZ vergoedt tot maximaal € 100,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
 - de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
 - de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
 - verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

- lid 2 ONVZ vergoedt geen kosten van:
- geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);
 - andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
 - vaccinaties en preventieve middelen anders dan omschreven in artikel 5;
 - zelfzorggeneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
 - anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap);
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit.

Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent. De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag en maximaal 20 consulten/behandelingen per kalenderjaar.
- lid 2 ONVZ vergoedt geen kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, ook niet als dat is voorgeschreven door de in lid 1 bedoelde arts.

Artikel 5 Vaccinaties

ONVZ vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococcen en rabiës, en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Artikel 6 Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 3, lid 1.

- lid 1 **Elleboogkrukken**
ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van elleboogkrukken op voorschrift van de behandelend arts. De vergoeding bedraagt maximaal € 50,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Plaswekker**
ONVZ vergoedt de kosten van huur van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes) voor een periode van maximaal drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

lid 3 **Steunpessarium**
ONVZ vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.

lid 4 **Steunzolen**
ONVZ vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen. De vergoeding bedraagt maximaal € 100,- per kalenderjaar.

Artikel 7 **Overige behandelingen en therapieën**

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 1 **Acnebehandeling**
Als u jonger bent dan 21 jaar vergoedt ONVZ de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist, op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet het bij u vastgestelde zorgprofiel vermeld staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg verleent. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar.

lid 2 **Camouflagetherapie**
Bij ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals vergoedt ONVZ de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moeten de kosten van instructielessen en van cosmetische producten apart vermeld staan. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar.

lid 3 **Elektrische epilatie en laserbehandeling**
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt ONVZ de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

lid 4 **Aanvullende diagnostiek bij borstkanker**
ONVZ vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.

lid 5 **Lymfoedeem- en littekentherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:

- ernstig lymfoedeem;
- ernstig littekenweefsel van de huid.

ONVZ vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.

lid 6 **Podotherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt ONVZ ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar.

lid 7 **Psoriasisdagbehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.

- lid 8 **Stottertherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie. De vergoeding bedraagt maximaal € 350,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

Artikel 8 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeerhuis**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis. De vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per dag met een maximum van € 260,- per kalenderjaar.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van uw opname. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.
- lid 2 **Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren**
ONVZ vergoedt de verschuldigde eigen bijdrage tot maximaal € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

Artikel 9 **Ziekenvervoer**

Als u vergoeding krijgt voor ziekenvervoer volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage.

Artikel 10 **Preventieve zorg**

- lid 1 **Gezondheidscheck-up**
Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.
- Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 2 **Preventiecurssussen**
ONVZ vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurssussen tezamen tot maximaal € 75,- per kalenderjaar. De *Lijst erkende preventiecurssussen 2017* kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 11 **Buitenland**

lid 1 **Vergoeding kosten buitenland**

ONVZ vergoedt de kosten van voorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het tarief volgens de Wmg, of een in Nederland marktconform bedrag.

ONVZ vergoedt de kosten van onvoorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.

lid 2 **Wisselkoers**

ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Extrafit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

De ZorgConsulent ondersteunt u

De ZorgConsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurcussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening.

Het regelen van:

- gezondheidscheck-up of beweegadvies, zie deel B, artikel 10, lid 1;
- een telefoongesprek met een arts of diëtist voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De ONVZ ZorgConsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De ZorgConsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de ZorgConsulent vervangt ook geen medisch advies en de ZorgConsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

ONVZ vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Gids in Gezondheid

Jaarlijks ontvangt u drie Gidsen in Gezondheid. Een inspirerend magazine met interviews, hoogwaardige achtergrondartikelen en interessante gezondheidsfeiten.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg. Daar kunt u ook de inhoud van het kraampakket raadplegen.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 9 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door ONVZ in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door ONVZ worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

ONVZ vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij ONVZ Verhaalszaken of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met ONVZ Verhaalszaken.

ONVZ Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

ONVZ
Vrije Keuze Benfit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Benfit

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	81
	lid 1 Bevallings- en kraamzorg	81
	lid 2 Kraampakket	81
	lid 3 Lactatiekundige	81
	lid 4 Zorg bij adoptie	81
Artikel 2	Beweegzorg	82
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	82
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	82
	lid 3 Bewegingsprogramma's	82
Artikel 3	Farmaceutische zorg	83
Artikel 4	Alternatieve geneeswijzen	83
Artikel 5	Vaccinaties	83
Artikel 6	Vervangende mantelzorg	83
Artikel 7	Hulpmiddelen Basisverzekering	84
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	84
	lid 1 Elleboogkrukken	84
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	84
	lid 3 Plaswekker	84
	lid 4 Steunpessarium	84
	lid 5 Steunzolen	84
Artikel 9	Overige behandelingen en therapieën	84
	lid 1 Acnebehandeling	84
	lid 2 Camouflagetherapie	85
	lid 3 Diëtist	85
	lid 4 Elektrische epilatie en laserbehandeling	85
	lid 5 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	85
	lid 6 Lymfoedeem- en littekentherapie	85
	lid 7 Orthoptie	85
	lid 8 Overgangsconsulente	85
	lid 9 Pedicure	85
	lid 10 Podotherapie	85
	lid 11 Psoriasisdagbehandeling	85
	lid 12 Sterilisatie	86
	lid 13 Stottertherapie	86
Artikel 10	Verblijfkosten	86
	lid 1 Verblijf in een logeerkamer	86
	lid 2 Therapeutisch kamp voor jongeren	86
Artikel 11	Ziekenvervoer	86
Artikel 12	Reiskosten ziekenbezoek	86
Artikel 13	Orthodontie	87
Artikel 14	Preventieve zorg	87
	lid 1 Gezondheidscheck-up	87
	lid 2 Griepvaccinatie	87
	lid 3 Preventiecurussen	87
Artikel 15	Buitenland	87
	lid 1 Vergoeding kosten buitenland	87
	lid 2 Wisselkoers	87

Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	88
De ZorgConsulent ondersteunt u	88
eHealth	88
Gids in Gezondheid	88
Kraamzorg	88
Taxivervoer	89
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	89

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Benfit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Benfit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 15. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1 **Geboortezorg**

lid 1

Bevalling en kraamzorg

Na een bevalling heeft de moeder aanspraak op vergoeding van de volgende kosten tezamen tot maximaal € 250,-:

- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de kosten van couveusenazorg na thuiskomst van een pasgeborene die minimaal vijf dagen op de couveuseafdeling heeft gelegen of op de couveuseafdeling heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van minimaal 8 dagen. De zorg bestaat uit noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies over de verzorging van en de omgang met het kind;
- de kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg.

Er is sprake van uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet start binnen tien dagen na de geboorte. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de reguliere kraamzorg.

Er is sprake van aanvullende kraamzorg als er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan waarop aanspraak bestaat volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

Bij uw declaratie van kosten van couveusenazorg, uitgestelde of aanvullende kraamzorg stuurt u een verklaring mee van uw behandelend arts of verloskundige waaruit de medische indicatie voor deze (extra) zorg blijkt.

ONVZ regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de ONVZ Kraamzorg Service. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

ONVZ vergoedt de kosten van maximaal 2 consulten bij een lactatiekundige.

lid 4

Zorg bij adoptie

Bij adoptie van een kind jonger dan 12 maanden vergoedt ONVZ de volgende kosten tezamen tot maximaal € 250,-:

- de kosten van kraamzorg;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de kosten van medische screening door een kinderarts.

Als beide ouders verzekerd zijn bij ONVZ bestaat één keer aanspraak op deze vergoedingsregeling.

ONVZ regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 2 **Beweegzorg**

- lid 1 **Fysiotherapie en oefentherapie**
ONVZ vergoedt tot tezamen maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar de kosten van behandeling door:
- een fysiotherapeut;
 - een kinderfysiotherapeut;
 - een manueel therapeut;
 - een oefentherapeut Mensendieck;
 - een oefentherapeut Cesar;
 - een bekkenfysiotherapeut;
 - een oedeemfysiotherapeut;
 - een geriatriefysiotherapeut;
 - een psychosomatisch fysiotherapeut.
- ONVZ vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als ONVZ hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. ONVZ geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.
- Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 2 **Overige therapieën voor houding en beweging**
ONVZ vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar:
- chiropractie door een chiropractor;
 - manuele therapie E.S.® door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
 - osteopathie door een osteopaat;
 - sportmedisch onderzoek, sportmedisch- en inspanningsadvies, sportmedische begeleiding, preventief medisch onderzoek en sportkeuring (alle) door een sportarts.
- lid 3 **Beweegprogramma's**
ONVZ vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's tezamen tot maximaal € 250,- per kalenderjaar:
- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweeginterventies en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
 - een revalidatieprogramma bij kanker dat gericht is op het verminderen van en leren omgaan met restklachten door kanker of de daarvoor ondergane behandelingen. Het programma bestaat uit lichaamstraining om uw conditie te verbeteren en dient ter ondersteuning van uw herstel. Ook is er aandacht voor onderwerpen zoals omgaan met stress, weer aan het werk gaan en voeding. ONVZ vergoedt de kosten van het programma gedurende maximaal 3 maanden, waarbij u maximaal twee keer per week in groepsverband traint. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt gegeven door een fysiotherapeut of een oefentherapeut;
 - een beweegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:
 1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
 2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na drie á vier maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod. Het beweegprogramma kan onderdeel uitmaken van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan andere componenten, zoals diëtetiek en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering worden vergoed. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 3 **Farmaceutische zorg**

- lid 1 ONVZ vergoedt tot maximaal € 200,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
 - de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
 - de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
 - verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt volledig de kosten van geregistreerde geneesmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (ter voorkoming van zwangerschap), als u 21 jaar of ouder bent.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Voor vergoeding van vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 5.

- lid 2 ONVZ vergoedt geen kosten van:
- geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);
 - andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
 - zelfzorggeneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit.

Artikel 4 **Alternatieve geneeswijzen**

- lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent of een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag en maximaal 20 consulten/behandelingen per kalenderjaar.

- lid 2 ONVZ vergoedt geen kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, ook niet als dat is voorgeschreven door de in lid 1 bedoelde arts of acupuncturist.

Artikel 5 **Vaccinaties**

ONVZ vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococcon en rabiës, en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Artikel 6 **Vervangende mantelzorg**

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) voorziet in ondersteuning en waar nodig tijdelijk vervanging van de mantelzorgers. Als u of uw mantelzorgers niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt ONVZ vervangende mantelzorg voor maximaal acht dagen per kalenderjaar. De Stichting Mantelzorgvervanging Nederland 'Handen-in-Huis' verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 7 Hulpmiddelen Basisverzekering

ONVZ vergoedt tot tezamen maximaal € 250,- per kalenderjaar:

- de wettelijke eigen bijdragen;
- de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding van de Basisverzekering wordt overschreden met een maximum van € 100,- per kalenderjaar.

De wettelijke eigen bijdragen en de maximale vergoeding voor een pruik vindt u in het *Reglement Hulpmiddelen*, dat onderdeel uitmaakt van de Basisverzekering. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 3, lid 1.

lid 1 Elleboogkrukken

ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van elleboogkrukken op voorschrift van de behandelend arts. De vergoeding bedraagt maximaal € 50,- per kalenderjaar.

lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie

Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.

lid 3 Plaswекker

ONVZ vergoedt de kosten van huur van een plaswекker (inclusief sensorbroekjes) voor een periode van maximaal drie maanden of de aanschaf van een plaswекker tot maximaal € 85,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

lid 4 Steunpessarium

ONVZ vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.

lid 5 Steunzolen

ONVZ vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar.

Artikel 9 Overige behandelingen en therapieën

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 1 Acnebehandeling

Als u jonger bent dan 21 jaar vergoedt ONVZ de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist, op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet het bij u vastgestelde zorgprofiel vermeld staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg verleent. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per kalenderjaar.

- lid 2 **Camouflagetherapie**
Als sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals, vergoedt ONVZ de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moeten de kosten van instructielessen en van cosmetische producten apart vermeld staan. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per kalenderjaar.
- lid 3 **Diëtist**
ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist tot maximaal € 120,- per kalenderjaar.
- ONVZ vergoedt geen kosten van:
- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
 - behandeling van overgewicht bij verzekerden van 18 jaar of ouder met een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt ONVZ als preventiecursus (artikel 14, lid 3).
- lid 4 **Elektrische epilatie en laserbehandeling**
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt ONVZ de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- voor de gehele looptijd van de verzekering.
- lid 5 **Aanvullende diagnostiek bij borstkanker**
ONVZ vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- lid 6 **Lymfoedeem- en littekentherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:
- ernstig lymfoedeem;
 - ernstig littekenweefsel van de huid.
- ONVZ vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.
- lid 7 **Orthoptie**
ONVZ vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- lid 8 **Overgangsconsulente**
ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente tot maximaal € 120,- per kalenderjaar. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (WOC).
- lid 9 **Pedicure**
ONVZ vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, en de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels, tot maximaal € 100,- per kalenderjaar. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetzorg gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 10 **Podotherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt ONVZ ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar.
- lid 11 **Psoriasisdagbehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.

lid 12 **Sterilisatie**
ONVZ vergoedt de kosten van sterilisatie. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.

lid 13 **Stottertherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie. De vergoeding bedraagt maximaal € 350,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

Artikel 10 **Verblijfkosten**

lid 1 **Verblijf in een logeerhuis**

- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis. De vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per dag met een maximum van € 260,- per kalenderjaar.
- Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van uw opname. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.

lid 2 **Therapeutisch kamp voor jongeren**
ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- voor maximaal één kamp per kalenderjaar.

Artikel 11 **Ziekenvervoer**

ONVZ vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als het vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering en u om medische redenen geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

ONVZ vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
2. € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Bij de declaratie voegt u een verklaring van uw behandelend arts waaruit blijkt om welke medische reden u geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan ONVZ het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 12 **Reiskosten ziekenbezoek**

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland of in een ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens is opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. ONVZ vergoedt € 0,27 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij ONVZ.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Artikel 13 **Orthodontie**

ONVZ vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.365,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

ONVZ vergoedt geen kosten van het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Artikel 14 **Preventieve zorg**

lid 1 **Gezondheidscheck-up**

Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.

Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 2 **Griepvaccinatie**

ONVZ vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.

lid 3 **Preventiecurssussen**

ONVZ vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurssussen tezamen tot maximaal € 150,- per kalenderjaar. De *Lijst erkende preventiecurssussen 2017* kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 15 **Buitenland**

lid 1 **Vergoeding kosten buitenland**

ONVZ vergoedt de kosten van voorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het tarief volgens de Wmg, of een in Nederland marktconform bedrag.

ONVZ vergoedt de kosten van onvoorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.

lid 2 **Wisselkoers**

ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Benfit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

De ZorgConsulent ondersteunt u

De ZorgConsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurcussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening.

Het regelen van:

- vervangende mantelzorg, zie deel B, artikel 6;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, artikel 14, lid 1;
- een telefoongesprek met een arts of diëtist voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De ONVZ ZorgConsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De ZorgConsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de ZorgConsulent vervangt ook geen medisch advies en de ZorgConsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

ONVZ vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Gids in Gezondheid

Jaarlijks ontvangt u drie Gidsen in Gezondheid. Een inspirerend magazine met interviews, hoogwaardige achtergrondartikelen en interessante gezondheidsfeiten.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg, couveusenazorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05. Het aanvragen van reguliere kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg. Daar kunt u ook de inhoud van het kraampakket raadplegen.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 11 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door ONVZ in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door ONVZ worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

ONVZ vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij ONVZ Verhaalszaken of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met ONVZ Verhaalszaken.

ONVZ Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

ONVZ
Vrije Keuze Optifit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Optifit

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	94
	lid 1 Bevalling en kraamzorg	94
	lid 2 Kraampakket	94
	lid 3 Lactatiekundige	94
	lid 4 Bevalling-tens	94
	lid 5 Zorg bij adoptie	94
Artikel 2	Beweegzorg	95
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	95
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	95
	lid 3 Bewegprogramma's	95
Artikel 3	Generalistische basis-ggz	96
Artikel 4	Farmaceutische zorg	96
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	96
Artikel 6	Vaccinaties	97
Artikel 7	Huishoudelijke hulp	97
Artikel 8	Vervangende mantelzorg	97
Artikel 9	Hulpmiddelen Basisverzekering	98
Artikel 10	Overige hulpmiddelen	98
	lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserverhandeling	98
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	98
	lid 3 Loophulpmiddelen	98
	lid 4 Plaswekker	98
	lid 5 Steunpessarium	98
	lid 6 Steunzolen	98
Artikel 11	Overige behandelingen en therapieën	98
	lid 1 Acnebehandeling	98
	lid 2 Camouflagetherapie	99
	lid 3 Diëtist	99
	lid 4 Elektrische epilatie en laserbehandeling	99
	lid 5 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	99
	lid 6 Lymfoedeem- en littekentherapie	99
	lid 7 Orthoptie	99
	lid 8 Overgangsconsulente	99
	lid 9 Pedicure	99
	lid 10 Plastische chirurgie	99
	lid 11 Podotherapie	100
	lid 12 Psoriasisdagbehandeling	100
	lid 13 Sterilisatie	100
	lid 14 Stottertherapie	100
Artikel 12	Verblijfkosten	100
	lid 1 Verblijf in een logeerkamer	100
	lid 2 Verblijf in een hospice	100
	lid 3 Therapeutisch kamp voor jongeren	100
Artikel 13	Ziekenvervoer	100
Artikel 14	Reiskosten ziekenbezoek	101
Artikel 15	Mondzorg	101
Artikel 16	Preventieve zorg	101
	lid 1 Gezondheidscheck-up	101
	lid 2 Griepvaccinatie	101
	lid 3 Lidmaatschap patiëntenvereniging	101
	lid 4 Preventiecurussen	101
	lid 5 Preventief medisch onderzoek	101
	lid 6 Programma's voor stoppen met roken	102
Artikel 17	Buitenland	102
	lid 1 Vergoeding kosten buitenland	102
	lid 2 Wisselkoers	102

Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	103
De ZorgConsulent ondersteunt u	103
eHealth	103
Gids in Gezondheid	103
Kraamzorg	103
Taxivervoer	103
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	104

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Optifit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Optifit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 17. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1 Geboortezorg

lid 1

Bevalling en kraamzorg

Na een bevalling heeft de moeder aanspraak op vergoeding van de volgende kosten tezamen tot maximaal € 400,-:

- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de kosten van couveusenazorg na thuiskomst van een pasgeborene die minimaal 5 dagen op de couveuseafdeling heeft gelegen of op de couveuseafdeling heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van minimaal 8 dagen. De zorg bestaat uit noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies over de verzorging van en de omgang met het kind;
- de kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg.
Er is sprake van uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet start binnen 10 dagen na de geboorte. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de reguliere kraamzorg.
Er is sprake van aanvullende kraamzorg als er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan waarop aanspraak bestaat volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

Bij uw declaratie van kosten van couveusenazorg, uitgestelde of aanvullende kraamzorg stuurt u een verklaring mee van uw behandelend arts of verloskundige waaruit de medische indicatie voor deze (extra) zorg blijkt.

ONVZ regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de ONVZ Kraamzorg Service. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

ONVZ vergoedt de kosten van maximaal vier consulten bij een lactatiekundige.

lid 4

Bevalling-tens

ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van een bevalling-tens tot maximaal € 75,-. Een bevalling-tens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. De ONVZ ZorgConsulent biedt op verzoek ondersteuning bij het regelen ervan (zie deel C).

lid 5

Zorg bij adoptie

Bij adoptie van een kind jonger dan twaalf maanden vergoedt ONVZ de volgende kosten tezamen tot maximaal € 400,-:

- de kosten van kraamzorg;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de kosten van medische screening door een kinderarts.

Als beide ouders verzekerd zijn bij ONVZ bestaat één keer aanspraak op deze vergoedingsregeling.

ONVZ regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 2 **Beweegzorg**

lid 1 **Fysiotherapie en oefentherapie**

ONVZ vergoedt tot tezamen maximaal 35 behandelingen per kalenderjaar de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut;
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut, waarvan maximaal 18 behandelingen manuele therapie;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als ONVZ hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. ONVZ geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 2 **Overige therapieën voor houding en beweging**

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 750,- per kalenderjaar:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.® door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- sportmedisch onderzoek, sportmedisch- en inspanningsadvies, sportmedische begeleiding, preventief medisch onderzoek en sportkeuring (alle) door een sportarts.

lid 3 **Beweegprogramma's**

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's tezamen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar:

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweeginterventies en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- een revalidatieprogramma bij kanker dat gericht is op het verminderen van en leren omgaan met restklachten door kanker of de daarvoor ondergane behandelingen. Het programma bestaat uit lichaamstraining om uw conditie te verbeteren en dient ter ondersteuning van uw herstel. Ook is er aandacht voor onderwerpen zoals omgaan met stress, weer aan het werk gaan en voeding. ONVZ vergoedt de kosten van het programma gedurende maximaal 3 maanden, waarbij u maximaal twee keer per week in groepsverband traint. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt gegeven door een fysiotherapeut of een oefentherapeut;
- een beweegprogramma volgens de methode van *CytoFys*, *OncoMove* of *Sportplan Tegenkracht* tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;
- een beweegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:

1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na drie à vier maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod.

Het beweegprogramma kan onderdeel uitmaken van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan andere componenten, zoals diëtetiek en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering worden vergoed. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 3 **Generalistische basis-ggz**

ONVZ vergoedt tot maximaal € 500,- per kalenderjaar de kosten van generalistische basis-ggz bij behandeling van aanpassingsstoornissen of in verband met werk- of relatieproblemen. De regiebehandelaar is een BIG-geregistreeerde gezondheidszorgpsycholoog, BIG-geregistreeerde klinisch psycholoog, NIP- of SKJ-geregistreeerde kinder- en jeugdpsycholoog of NVO- of SKJ-geregistreeerde orthopedagoog-generalist.

Voor generalistische basis-ggz is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

ONVZ vergoedt geen kosten van verblijf.

Hulp aan jeugdigen met psychische problemen is een voorziening op grond van de Jeugdwet. U kunt een beroep doen op deze dekking als u niet in aanmerking komt voor hulp op grond van de Jeugdwet.

Artikel 4 **Farmaceutische zorg**

lid 1

ONVZ vergoedt tot maximaal € 4.540,- per kalenderjaar de kosten van:

- geregistreeerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- geregistreeerde zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreeerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- melatonine die alleen op voorschrift van een arts bij de apotheek verkrijgbaar is (0,3 mg of meer per eenheid). ONVZ vergoedt geen kosten van vrij (zonder recept) verkrijgbare melatonine;
- verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt volledig de kosten van geregistreeerde geneesmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (ter voorkoming van zwangerschap), als u 21 jaar of ouder bent.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Voor de vergoeding van:

- geregistreeerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt artikel 5, lid 3;
- vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 6.

- lid 2 ONVZ vergoedt geen kosten van:
- geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);
 - andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel.

Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 750,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 250,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.
- lid 3 ONVZ vergoedt tot maximaal € 250,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts of behandelaar en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
 - met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 en 2 bedoelde arts of behandelaar.

Artikel 6 Vaccinaties

ONVZ vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococci en rabiës, en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria tot maximaal € 100,- per kalenderjaar.

Artikel 7 Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp is een voorziening volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). Als u niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

- ONVZ vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp voor maximaal negen uren als:
- u 18 jaar of ouder bent,
 - de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal vier dagen,
 - de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C), en
 - de ONVZ ZorgConsulent de huishoudelijke hulp regelt.

De eigen bijdragen volgens de Wmo worden niet vergoed.

Artikel 8 Vervangende mantelzorg

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) voorziet in ondersteuning en waar nodig tijdelijk vervanging van de mantelzorgers. Als u of uw mantelzorger niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt ONVZ vervangende mantelzorg voor maximaal acht dagen per kalenderjaar. De Stichting Mantelzorgvervangend Nederland 'Handen-in-Huis' verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 9 **Hulpmiddelen Basisverzekering**

ONVZ vergoedt tot tezamen maximaal € 500,- per kalenderjaar:

- de wettelijke eigen bijdragen;
- de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding van de Basisverzekering wordt overschreden met een maximum van € 150,- per kalenderjaar.

De wettelijke eigen bijdragen en de maximale vergoeding voor een pruik vindt u in het *Reglement Hulpmiddelen*, dat onderdeel uitmaakt van de Basisverzekering. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 10 **Overige hulpmiddelen**

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 4, lid 1.

lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling**

ONVZ vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking en ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**

Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.

lid 3 **Loophulpmiddelen**

ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:

- elleboogkrukken;
- loophulpen met drie of vier poten;
- looprekken;
- rollators;
- serveerwagens.

De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.

De vergoeding voor alle loophulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 100,- per kalenderjaar.

lid 4 **Plaswekker**

ONVZ vergoedt de kosten van huur van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes) voor een periode van maximaal drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

lid 5 **Steunpessarium**

ONVZ vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.

lid 6 **Steunzolen**

ONVZ vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.

Artikel 11 **Overige behandelingen en therapieën**

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 1 **Acnebehandeling**

Als u jonger bent dan 21 jaar vergoedt ONVZ de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist, op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet het bij u vastgestelde zorgprofiel vermeld staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg verleent.

- lid 2 **Camouflagetherapie**
Bij ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals, vergoedt ONVZ de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moeten de kosten van instructielessen en van cosmetische producten apart vermeld staan.
- lid 3 **Diëtist**
ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist tot maximaal € 200,- per kalenderjaar.
- ONVZ vergoedt geen kosten van:
- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
 - behandeling van overgewicht bij verzekerden van 18 jaar of ouder met een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt ONVZ als preventiecursus (artikel 16, lid 4).
- lid 4 **Elektrische epilatie en laserbehandeling**
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt ONVZ de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- voor de gehele looptijd van de verzekering.
- lid 5 **Aanvullende diagnostiek bij borstkanker**
ONVZ vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- lid 6 **Lymfoedeem- en littekentherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:
- ernstig lymfoedeem;
 - ernstig littekenweefsel van de huid.
- ONVZ vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.
- lid 7 **Orthoptie**
ONVZ vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 750,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- lid 8 **Overgangsconsulente**
ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (WOC).
- lid 9 **Pedicure**
ONVZ vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, en de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels, tot maximaal € 200,- per kalenderjaar. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetzorg gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 10 **Plastische chirurgie**
Als ONVZ vooraf toestemming heeft gegeven, vergoedt zij de kosten van:
- het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) bij kinderen tot 18 jaar;
 - de volgende behandelingen bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis:
 1. correctie van bovenoogleden;
 2. correctie van de buikwand (vetschortoperatie);
 3. het operatief vervangen van borstprothesen.
- Voor een toelichting op de vergoeding van plastisch chirurgische behandelingen kunt u de brochure *Plastische chirurgie 2017* raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. U kunt de brochure ook aanvragen bij het ONVZ Service Center.

- lid 11 **Podotherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt ONVZ ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld.
- lid 12 **Psoriasisdagbehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.
- lid 13 **Sterilisatie**
ONVZ vergoedt de kosten van sterilisatie. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- lid 14 **Stottertherapie**
ONVZ vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

Artikel 12 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeerhuis**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis. De vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per dag met een maximum van € 260,- per kalenderjaar.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van uw opname. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.
- lid 2 **Verblijf in een hospice**
ONVZ vergoedt de eigen bijdrage voor verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis gedurende maximaal drie maanden, als het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.
- ONVZ vergoedt niet de inkomensafhankelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).
- lid 3 **Therapeutisch kamp voor jongeren**
ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening. De vergoeding bedraagt maximaal € 300,- per kalenderjaar.

Artikel 13 **Ziekenvervoer**

ONVZ vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als het vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering en u om medische redenen geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

ONVZ vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
2. € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Bij de declaratie voegt u een verklaring van uw behandelend arts waaruit blijkt om welke medische reden u geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan ONVZ het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 14 Reiskosten ziekenbezoek

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland of in een ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens is opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. ONVZ vergoedt € 0,27 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij ONVZ.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Artikel 15 Mondzorg

- lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd.
- lid 2 Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt ONVZ de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per kalenderjaar.
- lid 3 ONVZ vergoedt geen kosten van:
- het bleken van elementen;
 - het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Artikel 16 Preventieve zorg

- lid 1 **Gezondheidscheck-up**
Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.
- Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 2 **Griepvaccinatie**
ONVZ vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.
- lid 3 **Lidmaatschap patiëntenvereniging**
ONVZ vergoedt de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Ieder(in) of het Landelijk Platform GGz (LPGGz), tot maximaal € 25,- per kalenderjaar. ONVZ vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.
- lid 4 **Preventiecurussen**
ONVZ vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurussen tezamen tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. De *Lijst erkende preventiecurussen 2017* kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 5 **Preventief medisch onderzoek**
ONVZ vergoedt de kosten van preventief medisch onderzoek voor 50% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.

Uitgesloten zijn de kosten van:

- een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever;
- preventief medisch onderzoek door een sportarts. Voor de vergoeding van deze kosten geldt artikel 2, lid 2.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 6

Programma's voor stoppen met roken

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende programma's voor stoppen met roken:

- Lasertherapie;
- Allen Carr-training;
- video training, e-mail training of open training van één dag, volgens de methode *De Opluchting*.

Artikel 17 **Buitenland**

lid 1

Vergoeding kosten buitenland

ONVZ vergoedt de kosten van voorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het tarief volgens de Wmg, of een in Nederland marktconform bedrag.

ONVZ vergoedt de kosten van onvoorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.

lid 2

Wisselkoers

ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Optifit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

De ZorgConsulent ondersteunt u

De ZorgConsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurstussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening.

Het regelen van:

- bevalling-tens, zie deel B, artikel 1, lid 4;
- huishoudelijke hulp, zie deel B, artikel 7;
- vervangende mantelzorg, zie deel B, artikel 8;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, artikel 16, lid 1;
- preventief medisch onderzoek, zie deel B, artikel 16, lid 5;
- een telefoongesprek met een arts of diëtist voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De ONVZ ZorgConsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De ZorgConsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de ZorgConsulent vervangt ook geen medisch advies en de ZorgConsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

ONVZ vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Gids in Gezondheid

Jaarlijks ontvangt u drie Gidsen in Gezondheid. Een inspirerend magazine met interviews, hoogwaardige achtergrondartikelen en interessante gezondheidsfeiten.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg, couveusezorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05. Het aanvragen van reguliere kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg. Daar kunt u ook de inhoud van het kraampakket raadplegen.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 13 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verkeer regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door ONVZ in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door ONVZ worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

ONVZ vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij ONVZ Verhaalszaken of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met ONVZ Verhaalszaken.

ONVZ Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

ONVZ
Vrije Keuze Topfit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Topfit

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	108
	lid 1 Bevalling en kraamzorg	108
	lid 2 Kraampakket	108
	lid 3 Lactatiekundige	108
	lid 4 Bevalling-tens	108
	lid 5 Zorg bij adoptie	108
Artikel 2	Beweegzorg	109
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	109
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	109
	lid 3 Beweegprogramma's	109
Artikel 3	Generalistische basis-ggz	110
Artikel 4	Farmaceutische zorg	110
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	111
Artikel 6	Vaccinaties	111
Artikel 7	Hulpmiddelen Basisverzekering	111
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	111
	lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserverhandeling	111
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	111
	lid 3 Loophulpmiddelen	112
	lid 4 Plaswekker	112
	lid 5 Steunpessarium	112
	lid 6 Steunzolen	112
Artikel 9	Ziekenvervoer	112
Artikel 10	Reiskosten ziekenbezoek	112
Artikel 11	Mondzorg	112
Artikel 12	Overige behandelingen en therapieën	113
	lid 1 Acnebehandeling	113
	lid 2 Camouflagetherapie	113
	lid 3 Diëtist	113
	lid 4 Elektrische epilatie en laserbehandeling	113
	lid 5 Ergotherapie	113
	lid 6 In-vitrofertilisatie (ivf)	113
	lid 7 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	113
	lid 8 Lymfoedeem- littekentherapie	114
	lid 9 Orthoptie	114
	lid 10 Overgangsconsulente	114
	lid 11 Pedicure	114
	lid 12 Plastische chirurgie	114
	lid 13 Podotherapie	114
	lid 14 Psoriasisdagbehandeling	114
	lid 15 Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	114
	lid 16 Stottertherapie	114
Artikel 13	Verblijfkosten	114
	lid 1 Verblijf in een logeerkamer	114
	lid 2 Verblijf in een hospice	114
	lid 3 Therapeutisch kamp voor jongeren	115
	lid 4 Herstelingsoord	115
	lid 5 Kuuroord	115
Artikel 14	Huishoudelijke hulp	115
Artikel 15	Vervangende mantelzorg	115
Artikel 16	Kinderopvang	115
Artikel 17	Preventieve zorg	116
	lid 1 Gezondheidscheck-up	116
	lid 2 Griepvaccinatie	116
	lid 3 Lidmaatschap patiëntenvereniging	116
	lid 4 Preventiecurussen	116
	lid 5 Preventief medisch onderzoek	116
	lid 6 Programma's voor stoppen met roken	116
Artikel 18	Buitenland	116
	lid 1 Vergoeding kosten buitenland	116
	lid 2 Wisselkoers	116

Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	117
De ZorgConsulent ondersteunt u	117
eHealth	117
Gids in Gezondheid	117
Kraamzorg	117
Taxivervoer	118
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	118

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Topfit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Topfit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 18. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1 **Geboortezorg**

lid 1

Bevalling en kraamzorg

Na een bevalling heeft de moeder aanspraak op vergoeding van de volgende kosten tezamen tot maximaal € 550,-:

- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de kosten van couveusenazorg na thuiskomst van een pasgeborene die minimaal 5 dagen op de couveuseafdeling heeft gelegen of op de couveuseafdeling heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van minimaal 8 dagen. De zorg bestaat uit noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies over de verzorging van en de omgang met het kind;
- de kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg.

Er is sprake van uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet start binnen 10 dagen na de geboorte. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de reguliere kraamzorg.

Er is sprake van aanvullende kraamzorg als er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan waarop aanspraak bestaat volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

Bij uw declaratie van kosten van couveusenazorg, uitgestelde of aanvullende kraamzorg stuurt u een verklaring mee van uw behandelend arts of verloskundige waaruit de medische indicatie voor deze (extra) zorg blijkt.

ONVZ regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de ONVZ Kraamzorg Service. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een lactatiekundige.

lid 4

Bevalling-tens

ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van een bevalling-tens tot maximaal € 75,-. Een bevalling-tens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. De ONVZ ZorgConsulent biedt op verzoek ondersteuning bij het regelen ervan (zie deel C).

lid 5

Zorg bij adoptie

Bij adoptie van een kind jonger dan twaalf maanden vergoedt ONVZ de volgende kosten tezamen tot maximaal € 550,-:

- de kosten van kraamzorg;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de kosten van medische screening door een kinderarts.

Als beide ouders verzekerd zijn bij ONVZ bestaat één keer aanspraak op deze vergoedingsregeling.

ONVZ regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 2 **Beweegzorg**

lid 1 **Fysiotherapie en oefentherapie**

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut;
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut, waarvan maximaal 18 behandelingen manuele therapie;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als ONVZ hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. ONVZ geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 2 **Overige therapieën voor houding en beweging**

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.® door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- sportmedisch onderzoek, sportmedisch- en inspanningsadvies, sportmedische begeleiding, preventief medisch onderzoek en sportkeuring (alle) door een sportarts.

lid 3 **Beweegprogramma's**

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's:

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweeginterventies en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- een revalidatieprogramma bij kanker dat gericht is op het verminderen van en leren omgaan met restklachten door kanker of de daarvoor ondergane behandelingen. Het programma bestaat uit lichaamstraining om uw conditie te verbeteren en dient ter ondersteuning van uw herstel. Ook is er aandacht voor onderwerpen zoals omgaan met stress, weer aan het werk gaan en voeding. ONVZ vergoedt de kosten van het programma gedurende maximaal 3 maanden, waarbij u maximaal twee keer per week in groepsverband traint. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt gegeven door een fysiotherapeut of een oefentherapeut;
- een beweegprogramma volgens de methode van *CytoFys*, *OncoMove* of *Sportplan Tegenkracht* tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;
- een beweegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:
 1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
 2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na drie á vier maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod.

Het beweegprogramma kan onderdeel uitmaken van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan andere componenten, zoals diëtetiek en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering worden vergoed. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C);

- senioren Fitzzwemmen of 50-Fit zwemmen. ONVZ vergoedt maximaal € 50,- per kalenderjaar. De training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.

Artikel 3 **Generalistische basis-ggz**

ONVZ vergoedt tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar de kosten van generalistische basis-ggz bij behandeling van aanpassingsstoornissen of in verband met werk- of relatieproblemen. De regiebehandelaar is een BIG-geregistreerde gezondheidszorgpsycholoog, BIG-geregistreerde klinisch psycholoog, NIP- of SKJ-geregistreerde kinder- en jeugdpsycholoog of NVO- of SKJ-geregistreerde orthopedagoog-generalist.

Voor generalistische basis-ggz is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

ONVZ vergoedt geen kosten van verblijf.

Hulp aan jeugdigen met psychische problemen is een voorziening op grond van de Jeugdwet. U kunt een beroep doen op deze dekking als u niet in aanmerking komt voor hulp op grond van de Jeugdwet.

Artikel 4 **Farmaceutische zorg**

lid 1

ONVZ vergoedt tot maximaal € 4.540,- per kalenderjaar de kosten van:

- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- geregistreerde zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- melatonine die alleen op voorschrift van een arts bij de apotheek verkrijgbaar is (0,3 mg of meer per eenheid). ONVZ vergoedt geen kosten van vrij (zonder recept) verkrijgbare melatonine;
- verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt volledig de kosten van geregistreerde geneesmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (ter voorkoming van zwangerschap), als u 21 jaar of ouder bent.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Voor de vergoeding van:

- geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt artikel 5, lid 3;
- vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 6.

- lid 2 ONVZ vergoedt geen kosten van:
- geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);
 - andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel.

Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 1.000,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.
- lid 3 ONVZ vergoedt tot maximaal € 500,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts of behandelaar en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
 - met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 en 2 bedoelde arts of behandelaar.

Artikel 6 Vaccinaties

ONVZ vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties ter voorkoming van infectieziekten en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria.

Artikel 7 Hulpmiddelen Basisverzekering

ONVZ vergoedt tot tezamen maximaal € 1.000,- per kalenderjaar:

- de wettelijke eigen bijdragen;
- de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding van de Basisverzekering wordt overschreden met een maximum van € 250,- per kalenderjaar.

De wettelijke eigen bijdragen en de maximale vergoeding voor een pruik vindt u in het *Reglement Hulpmiddelen*, dat onderdeel uitmaakt van de Basisverzekering. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 4, lid 1.

- lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking en ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 300,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**
Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.

- lid 3 **Loophulpmiddelen**
ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:
- elleboogkrukken;
 - loophulpen met drie of vier poten;
 - looprekken;
 - rollators;
 - serveerwagens.
- De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- De vergoeding voor alle loophulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Plaswekker**
ONVZ vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes).
- lid 5 **Steunpessarium**
ONVZ vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 6 **Steunzolen**
ONVZ vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.

Artikel 9 **Ziekenvervoer**

ONVZ vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als het vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering en u om medische redenen geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

ONVZ vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
2. € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Bij de declaratie voegt u een verklaring van uw behandelend arts waaruit blijkt om welke medische reden u geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan ONVZ het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 10 **Reiskosten ziekenbezoek**

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland of in een ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens is opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. ONVZ vergoedt € 0,27 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij ONVZ.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Artikel 11 **Mondzorg**

- lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van orthodontie tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

lid 2 Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt ONVZ de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen.

lid 3 ONVZ vergoedt geen kosten van:

- het bleken van elementen;
- het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Artikel 12 Overige behandelingen en therapieën

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Op www.onvz.nl/polisvoorwaarden vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 1 Acnebehandeling

Als u jonger bent dan 21 jaar vergoedt ONVZ de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist, op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet het bij u vastgestelde zorgprofiel vermeld staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg verleent.

lid 2 Camouflagetherapie

ONVZ vergoedt de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moeten de kosten van instructielessen en van cosmetische producten apart vermeld staan.

lid 3 Diëtist

ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist.

ONVZ vergoedt geen kosten van:

- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
- behandeling van overgewicht bij verzekerden van 18 jaar of ouder met een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt ONVZ als preventiecursus (artikel 17, lid 4).

lid 4 Elektrische epilatie en laserbehandeling

Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt ONVZ de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.500,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

lid 5 Ergotherapie

ONVZ vergoedt de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.

lid 6 In-vitrofertilisatie (ivf)

ONVZ vergoedt de kosten van een vierde en volgende pogingen ivf per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar. De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis en ONVZ heeft vooraf toestemming gegeven.

lid 7 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker

ONVZ vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.

- lid 8 **Lymfoedeem- en littekentherapie**
 ONVZ vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:
 - ernstig lymfoedeem;
 - ernstig littekenweefsel van de huid.
 ONVZ vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.
- lid 9 **Orthoptie**
 ONVZ vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- lid 10 **Overgangsconsulente**
 ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VOC).
- lid 11 **Pedicure**
 ONVZ vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, inclusief de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetzorg gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 12 **Plastische chirurgie**
 Als ONVZ vooraf toestemming heeft gegeven, vergoedt zij de kosten van:
 - het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) bij kinderen tot 18 jaar;
 - plastische en reconstructieve chirurgie bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
 Voor een toelichting op de vergoeding van plastisch chirurgische behandelingen kunt u de brochure *Plastische chirurgie 2017* raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. U kunt de brochure ook aanvragen bij het ONVZ Service Center.
- lid 13 **Podotherapie**
 ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt ONVZ ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld.
- lid 14 **Psoriasisdagbehandeling**
 ONVZ vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.
- lid 15 **Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)**
 ONVZ vergoedt de kosten van sterilisatie en de kosten voor het ongedaan maken ervan.
- lid 16 **Stottertherapie**
 ONVZ vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie.

Artikel 13 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeershuis**
 - Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis gedurende de periode van uw opname.
 - Als u aansluitend op een transplantatie of een oncologische behandeling zelf in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis moet verblijven, vergoedt ONVZ de kosten van het verblijf van uzelf en een begeleider.
- lid 2 **Verblijf in een hospice**
 ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis gedurende maximaal drie maanden, als het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.

ONVZ vergoedt niet de inkomensafhankelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).

lid 3 **Therapeutisch kamp voor jongeren**

ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.

lid 4 **Herstellingsoord**

ONVZ vergoedt de kosten van verblijf in een door ONVZ erkend herstellingsoord. Het verblijf is bedoeld voor herstel na een lichamelijke ziekte of een daaraan verbonden medische behandeling zonder dat een tijdelijke opname in verband met huisartsenzorg (kortdurend eerstelijnsverblijf) geïndiceerd is. Het verblijf vindt plaats op verwijzing van de behandelend arts en ONVZ heeft vooraf toestemming gegeven. Een overzicht van de erkende herstellingsoorden kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 5 **Kuuroord**

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling en verblijf in een kuuroord als u lijdt aan reumatoïde artritis of psoriasis, tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Artikel 14 **Huishoudelijke hulp**

Huishoudelijke hulp is een voorziening volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). Als u niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

ONVZ vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp voor maximaal 18 uren als:

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal vier dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C), en
- de ONVZ ZorgConsulent de huishoudelijke hulp regelt.

De eigen bijdragen volgens de Wmo worden niet vergoed.

Artikel 15 **Vervangende mantelzorg**

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) voorziet in ondersteuning en waar nodig tijdelijk vervanging van de mantelzorgers. Als u of uw mantelzorger niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt ONVZ vervangende mantelzorg voor maximaal 16 dagen per kalenderjaar. De Stichting Mantelzorgvervangende Nederland 'Handen-in-Huis' verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 16 **Kinderopvang**

Als u als ouder in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de vierde opnamedag de kosten van kinderopvang. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per werkdag per meeverzekerd kind tot de leeftijd van 12 jaar met een maximum van 60 werkdagen. Een door de bevoegde instantie erkende instelling verleent de kinderopvang. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 17 Preventieve zorg

- lid 1 **Gezondheidscheck-up**
Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.
- Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 2 **Griepvaccinatie**
ONVZ vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.
- lid 3 **Lidmaatschap patiëntenvereniging**
ONVZ vergoedt de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), leder(in) of het Landelijk Platform GGz (LPGGz). ONVZ vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.
- lid 4 **Preventiecurssussen**
ONVZ vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurssussen tezamen tot maximaal € 325,- per kalenderjaar. De *Lijst erkende preventiecurssussen 2017* kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 5 **Preventief medisch onderzoek**
ONVZ vergoedt de kosten van preventief medisch onderzoek tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.
- Uitgesloten zijn de kosten van:
- een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever;
 - preventief medisch onderzoek door een sportarts. Voor de vergoeding van deze kosten geldt artikel 2, lid 2.
- Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 6 **Programma's voor stoppen met roken**
ONVZ vergoedt de kosten van de volgende programma's voor stoppen met roken:
- Lasertherapie;
 - Allen Carr-training;
 - video training, e-mail training of open training van één dag, volgens de methode *De Opluchting*.

Artikel 18 Buitenland

- lid 1 **Vergoeding kosten buitenland**
ONVZ vergoedt de kosten van voorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het tarief volgens de Wmg, of een in Nederland marktconform bedrag.
- ONVZ vergoedt de kosten van onvoorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.
- lid 2 **Wisselkoers**
ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Topfit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

De ZorgConsulent ondersteunt u

De ZorgConsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurstussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening;
- patiëntenverenigingen.

Het regelen van:

- bevalling-tens, zie deel B, artikel 1, lid 4;
- huishoudelijke hulp, zie deel B, artikel 14;
- vervangende mantelzorg, zie deel B, artikel 15;
- kinderopvang, zie deel B, artikel 16;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, artikel 17, lid 1;
- preventief medisch onderzoek, zie deel B, artikel 17, lid 5;
- een telefoongesprek met een arts of diëtist voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De ONVZ ZorgConsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De ZorgConsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de ZorgConsulent vervangt ook geen medisch advies en de ZorgConsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

ONVZ vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Gids in Gezondheid

Jaarlijks ontvangt u drie Gidsen in Gezondheid. Een inspirerend magazine met interviews, hoogwaardige achtergrondartikelen en interessante gezondheidsfeiten.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg, couveusenazorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05. Het aanvragen van reguliere kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg. Daar kunt u ook de inhoud van het kraampakket raadplegen.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 9 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door ONVZ in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door ONVZ worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

ONVZ vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij ONVZ Verhaalszaken of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met ONVZ Verhaalszaken.

ONVZ Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

ONVZ
Vrije Keuze Superfit

Inhoudsopgave

ONVZ Vrije Keuze Superfit

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	122
	lid 1 Bevalling en kraamzorg	122
	lid 2 Kraampakket	122
	lid 3 Lactatiekundige	122
	lid 4 Bevalling-tens	122
	lid 5 Zorg bij adoptie	122
Artikel 2	Beweegzorg	123
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	123
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	123
	lid 3 Beweegprogramma's	123
Artikel 3	Generalistische basis-ggz	124
Artikel 4	Farmaceutische zorg	124
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	125
Artikel 6	Vaccinaties	125
Artikel 7	Hulpmiddelen Basisverzekering	125
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	125
	lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling	125
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	125
	lid 3 Loophulpmiddelen	125
	lid 4 Plaswekker	125
	lid 5 Steunpessarium	126
	lid 6 Steunzolen	126
	lid 7 Verbandmiddelen	126
Artikel 9	Ziekenvervoer	126
Artikel 10	Reiskosten ziekenbezoek	126
Artikel 11	Mondzorg	126
Artikel 12	Overige behandelingen en therapieën	127
	lid 1 Acnebehandeling	127
	lid 2 Camouflagetherapie	127
	lid 3 Diëtist	127
	lid 4 Elektrische epilatie en laserbehandeling	127
	lid 5 Ergotherapie	127
	lid 6 In-vitrofertilisatie (ivf)	127
	lid 7 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	127
	lid 8 Lymfoedeem- en littekentherapie	128
	lid 9 Orthoptie	128
	lid 10 Overgangsconsulente	128
	lid 11 Pedicure	128
	lid 12 Plastische chirurgie	128
	lid 13 Podotherapie	128
	lid 14 Psoriasisdagbehandeling	128
	lid 15 Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	128
	lid 16 Stottertherapie	128
Artikel 13	Verblijfkosten	128
	lid 1 Verblijf in een logeerkamer	128
	lid 2 Verblijf in een hospice	128
	lid 3 Therapeutisch kamp voor jongeren	129
	lid 4 Herstellingsoord	129
	lid 5 Kuuroord	129
Artikel 14	Huishoudelijke hulp	129
Artikel 15	Vervangende mantelzorg	129
Artikel 16	Kinderopvang	129
Artikel 17	Preventieve zorg	130
	lid 1 Gezondheidscheck-up	130
	lid 2 Griepvaccinatie	130
	lid 3 Lidmaatschap patiëntenvereniging	130
	lid 4 Preventiecurssussen	130
	lid 5 Preventief medisch onderzoek	130
	lid 6 Programma's voor stoppen met roken	130

Artikel 18	Buitenland	130
	lid 1 Nadere algemene bepalingen	130
	lid 2 Onvoorziene zorg	131
	lid 3 Aanvullende dienstverlening	132
	lid 4 Regeling bij overlijden	133
	lid 5 Voorziene zorg	133
Artikel 19	Zorg tijdens een ziekenhuisopname	133
Artikel 20	Zorg voor en na een ziekenhuisopname	134
Artikel 21	Zorg bij ziekenhuisopname in het buitenland	135
Artikel 22	Ongevallendeckking	136
	lid 1 Nadere begripsomschrijvingen	136
	lid 2 Wat is verzekerd?	136
	lid 3 Nadere uitsluitingen	136
	lid 4 Omvang van de uitkering	137
	lid 5 Vaststelling uitkeringspercentage	138
	lid 6 Bestaande gezondheidstoestand	138
	lid 7 Medische expertise	138
	lid 8 Wat te doen na een ongeval?	138
	Deel C Zorgdiensten	
	ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	140
	De ZorgConsulent ondersteunt u	140
	eHealth	140
	Gids in Gezondheid	140
	Kraamzorg	140
	Taxivervoer	141
	ONVZ Zorgassistance	141
	Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	141

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Vrije Keuze Superfit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Superfit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 18. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1 **Geboortezorg**

lid 1

Bevalling en kraamzorg

Na een bevalling heeft de moeder aanspraak op vergoeding van de volgende kosten tezamen tot maximaal € 550,-:

- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de kosten van couveusenazorg na thuiskomst van een pasgeborene die minimaal 5 dagen op de couveuseafdeling heeft gelegen of op de couveuseafdeling heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van minimaal 8 dagen. De zorg bestaat uit noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies over de verzorging van en de omgang met het kind;
- de kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg.
Er is sprake van uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet start binnen 10 dagen na de geboorte. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de reguliere kraamzorg.
Er is sprake van aanvullende kraamzorg als er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan waarop aanspraak bestaat volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.

Bij uw declaratie van kosten van couveusenazorg, uitgestelde of aanvullende kraamzorg stuurt u een verklaring mee van uw behandelend arts of verloskundige waaruit de medische indicatie voor deze (extra) zorg blijkt.

ONVZ regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de ONVZ Kraamzorg Service. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een lactatiekundige.

lid 4

Bevalling-tens

ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van een bevalling-tens tot maximaal € 75,-. Een bevalling-tens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. De ONVZ ZorgConsulent biedt op verzoek ondersteuning bij het regelen ervan (zie deel C).

lid 5

Zorg bij adoptie

Bij adoptie van een kind jonger dan twaalf maanden vergoedt ONVZ de volgende kosten tezamen tot maximaal € 550,-:

- de kosten van kraamzorg;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de kosten van medische screening door een kinderarts.

Als beide ouders verzekerd zijn bij ONVZ bestaat één keer aanspraak op deze vergoedingsregeling.

ONVZ regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 2 **Beweegzorg**

lid 1 **Fysiotherapie en oefentherapie**

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut;
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut, waarvan maximaal 18 behandelingen manuele therapie;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als ONVZ hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. ONVZ geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 2 **Overige therapieën voor houding en beweging**

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.® door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- sportmedisch onderzoek, sportmedisch- en inspanningsadvies, sportmedische begeleiding, preventief medisch onderzoek en sportkeuring (alle) door een sportarts.

lid 3 **Beweegprogramma's**

ONVZ vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's:

- een beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden beweeginterventies en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- een revalidatieprogramma bij kanker dat gericht is op het verminderen van en leren omgaan met restklachten door kanker of de daarvoor ondergane behandelingen. Het programma bestaat uit lichaamstraining om uw conditie te verbeteren en dient ter ondersteuning van uw herstel. Ook is er aandacht voor onderwerpen zoals omgaan met stress, weer aan het werk gaan en voeding. ONVZ vergoedt de kosten van het programma gedurende maximaal 3 maanden, waarbij u maximaal twee keer per week in groepsverband traint. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt gegeven door een fysiotherapeut of een oefentherapeut;
- een beweegprogramma volgens de methode van *CytoFys*, *OncoMove* of *Sportplan Tegenkracht* tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;
- een beweegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:
 1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
 2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na drie á vier maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod.

Het beweegprogramma kan onderdeel uitmaken van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan andere componenten, zoals diëtetiek en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering worden vergoed. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C);

- Senioren Fitzwemmen of 50-Fit zwemmen. ONVZ vergoedt maximaal € 50,- per kalenderjaar. De training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.

Artikel 3 **Generalistische basis-ggz**

ONVZ vergoedt tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar de kosten van generalistische basis-ggz bij behandeling van aanpassingsstoornissen of in verband met werk- of relatieproblemen. De regiebehandelaar is een BIG-geregistreerde gezondheidszorgpsycholoog, een BIG-geregistreerde klinisch psycholoog, een NIP- of SKJ-geregistreerde kinder- en jeugdpsycholoog of een NVO- of SKJ-geregistreerde orthopedagoog-generalist.

Voor generalistische basis-ggz is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

ONVZ vergoedt geen kosten van verblijf.

Hulp aan jeugdigen met psychische problemen is een voorziening op grond van de Jeugdwet. U kunt een beroep doen op deze dekking als u niet in aanmerking komt voor hulp op grond van de Jeugdwet.

Artikel 4 **Farmaceutische zorg**

lid 1

ONVZ vergoedt de kosten van:

- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- geregistreerde zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- melatonine die alleen op voorschrift van een arts bij de apotheek verkrijgbaar is (0,3 mg of meer per eenheid). ONVZ vergoedt geen kosten van vrij (zonder recept) verkrijgbare melatonine.

De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Voor de vergoeding van:

- geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt artikel 5, lid 3;
- vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 6.

lid 2

ONVZ vergoedt geen kosten van:

- geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);
- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel.

Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 1.250,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. ONVZ vergoedt maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.
- lid 3 ONVZ vergoedt tot maximaal € 750,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts of behandelaar en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
 - met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 en 2 bedoelde arts of behandelaar.

Artikel 6 Vaccinaties

ONVZ vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties ter voorkoming van infectieziekten en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria.

Artikel 7 Hulpmiddelen Basisverzekering

ONVZ vergoedt:

- de wettelijke eigen bijdragen;
- de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding van de Basisverzekering wordt overschreden.

De wettelijke eigen bijdragen en de maximale vergoeding voor een pruik vindt u in het *Reglement Hulpmiddelen*, dat onderdeel uitmaakt van de Basisverzekering. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

- lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling**
ONVZ vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking en ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 450,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**
Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.
- lid 3 **Loophulpmiddelen**
ONVZ vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:
- elleboogkrukken;
 - loophulpen met drie of vier poten;
 - looprekken;
 - rollators;
 - serveerwagens.
- De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- De vergoeding voor alle loophulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 200,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Plasweccker**
ONVZ vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plasweccker (inclusief sensorbroekjes).

- lid 5 **Steunpessarium**
ONVZ vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 6 **Steunzolen**
ONVZ vergoedt de kosten van steunzolen, geleverd door een orthopedisch schoentechnicus.
- lid 7 **Verbandmiddelen**
ONVZ vergoedt de kosten van verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts. De verbandmiddelen zijn voorgeschreven door een arts en geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Artikel 9 **Ziekenvervoer**

ONVZ vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als het vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering en u om medische redenen geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

ONVZ vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
2. € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Bij de declaratie voegt u een verklaring van uw behandelend arts waaruit blijkt om welke medische reden u geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan ONVZ het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 10 **Reiskosten ziekenbezoek**

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland of in een ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens is opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. ONVZ vergoedt € 0,27 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij ONVZ.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Artikel 11 **Mondzorg**

- lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist.
- lid 2 Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt ONVZ de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen.
- lid 3 Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 1.600,- per kalenderjaar. Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen.
- lid 4 Voor tandheelkundige behandeling die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt ONVZ maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

ONVZ verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- ONVZ toestemming vooraf heeft gegeven. Dit geldt niet voor acute zorg.

lid 5

ONVZ vergoedt geen kosten van:

- het bleken van elementen;
- het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Artikel 12 Overige behandelingen en therapieën

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 1

Acnebehandeling

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist, op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet het bij u vastgestelde zorgprofiel vermeld staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg verleent.

lid 2

Camouflagetherapie

ONVZ vergoedt de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moeten de kosten van instructielessen en van cosmetische producten apart vermeld staan.

lid 3

Diëtist

ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist.

ONVZ vergoedt geen kosten van:

- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
- behandeling van overgewicht bij verzekerden van 18 jaar of ouder met een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt ONVZ als preventie cursus (artikel 17, lid 4).

lid 4

Elektrische epilatie en laserbehandeling

Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt ONVZ de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 2.000,- voor de gehele looptijd van de verzekering.

lid 5

Ergotherapie

ONVZ vergoedt de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.

lid 6

In-vitrofertilisatie (ivf)

ONVZ vergoedt de kosten van een vierde en volgende pogingen ivf per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar. De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis en ONVZ heeft vooraf toestemming gegeven.

lid 7

Aanvullende diagnostiek bij borstkanker

ONVZ vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.

- lid 8 **Lymfoedeem- en littekentherapie**
 ONVZ vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:
 - ernstig lymfoedeem;
 - ernstig littekenweefsel van de huid.
 ONVZ vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.
- lid 9 **Orthoptie**
 ONVZ vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- lid 10 **Overgangsconsulente**
 ONVZ vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VOC).
- lid 11 **Pedicure**
 ONVZ vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, en van de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetzorg gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 12 **Plastische chirurgie**
 Als ONVZ vooraf toestemming heeft gegeven, vergoedt zij de kosten van:
 - het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) bij kinderen tot 18 jaar;
 - plastische en reconstructieve chirurgie bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
 Voor een toelichting op de vergoeding van plastisch chirurgische behandelingen kunt u de brochure *Plastische chirurgie 2017* raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. U kunt de brochure ook aanvragen bij het ONVZ Service Center.
- lid 13 **Podotherapie**
 ONVZ vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut of podoloog. Daarbij vergoedt ONVZ ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld.
- lid 14 **Psoriasisdagbehandeling**
 ONVZ vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.
- lid 15 **Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)**
 ONVZ vergoedt de kosten van sterilisatie en de kosten voor het ongedaan maken ervan.
- lid 16 **Stottertherapie**
 ONVZ vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie.

Artikel 13 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeershuis**
 - Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt ONVZ de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis gedurende de periode van uw opname.
 - Als u aansluitend op een transplantatie of een oncologische behandeling zelf in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis moet verblijven, vergoedt ONVZ de kosten van het verblijf van uzelf en een begeleider.
- lid 2 **Verblijf in een hospice**
 ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis, als het verblijf is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist.

ONVZ vergoedt niet de inkomensafhankelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).

lid 3 **Therapeutisch kamp voor jongeren**

ONVZ vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.

lid 4 **Herstellingsoord**

ONVZ vergoedt de kosten van verblijf in een door ONVZ erkend herstellingsoord. Het verblijf is bedoeld voor herstel na een lichamelijke ziekte of een daaraan verbonden medische behandeling zonder dat een tijdelijke opname in verband met huisartsenzorg (kortdurend eerstelijnsverblijf) geïndiceerd is. Het verblijf vindt plaats op verwijzing van de behandelend arts en ONVZ heeft vooraf toestemming gegeven. Een overzicht van de erkende herstellingsoorden kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 5 **Kuuroord**

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling en verblijf in een kuuroord als u lijdt aan reumatoïde artritis of psoriasis, tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Artikel 14 **Huishoudelijke hulp**

Huishoudelijke hulp is een voorziening volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). Als u niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

ONVZ vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp voor maximaal 30 uren als:

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal vier dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C), en
- de ONVZ ZorgConsulent de huishoudelijke hulp regelt.

De eigen bijdragen volgens de Wmo worden niet vergoed.

Artikel 15 **Vervangende mantelzorg**

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) voorziet in ondersteuning en waar nodig tijdelijk vervanging van de mantelzorgers. Als u of uw mantelzorgers niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt ONVZ vervangende mantelzorg voor maximaal 24 dagen per kalenderjaar. De Stichting Mantelzorgvervangende Nederland 'Handen-in-Huis' verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 16 **Kinderopvang**

Als u als ouder in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de vierde opnamedag de kosten van kinderopvang. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per werkdag per meeverzekerd kind tot de leeftijd van 12 jaar met een maximum van 60 werkdagen. Een door de bevoegde instantie erkende instelling verleent de kinderopvang. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

Artikel 17 Preventieve zorg

- lid 1 **Gezondheidscheck-up**
Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.
- Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 2 **Griepvaccinatie**
ONVZ vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.
- lid 3 **Lidmaatschap patiëntenvereniging**
ONVZ vergoedt de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), leder(in) of het Landelijk Platform GGz (LPGGz). ONVZ vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.
- lid 4 **Preventiecurssussen**
ONVZ vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurssussen tezamen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De *Lijst erkende preventiecurssussen 2017* kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
- lid 5 **Preventief medisch onderzoek**
ONVZ vergoedt de kosten van preventief medisch onderzoek tot maximaal € 750,- per kalenderjaar.
- Uitgesloten zijn de kosten van:
- een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever;
 - preventief medisch onderzoek door een sportarts. Voor de vergoeding van deze kosten geldt artikel 2, lid 2.
- Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).
- lid 6 **Programma's voor stoppen met roken**
ONVZ vergoedt de kosten van de volgende programma's voor stoppen met roken:
- Lasertherapie;
 - Allen Carr-training;
 - video training, e-mail training of open training van één dag, volgens de methode *De Opluchting*.

Artikel 18 Buitenland

U moet contact opnemen met ONVZ Zorgassistance voordat u kosten maakt als bedoeld in dit artikel, tenzij dit redelijkerwijs niet mogelijk is. Als dit niet is gedaan, kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Dit geldt niet voor de dekking in lid 5.

U kunt daarnaast contact opnemen voor advies over geneeskundige zorg.

ONVZ Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 67. ONVZ vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

- lid 1 **Nadere algemene bepalingen**
- Wie zijn verzekerd?*
Verzekerd zijn de personen zo genoemd op het polisblad, als zij ook een zorgverzekering hebben als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

Waar bent u verzekerd?

U bent in het buitenland verzekerd. In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen als sprake is van minimaal één betaalde overnachting.

Voor hoe lang bent u verzekerd?

U bent verzekerd als u voor een periode van maximaal 180 dagen naar het buitenland vertrekt (dit geldt niet bij voorziene zorg). U bent voor dezelfde periode verzekerd in uw woonland, buiten uw woonplaats, als sprake is van minimaal één betaalde overnachting.

Eisen voor zorgverleners

Bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener zijn ingeschreven in de door de overheid gehanteerde registers. Zonder zo'n register moet de zorgverlener ingeschreven staan in het eventuele register van de erkende beroepsgroep. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

Medische gegevens

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van ONVZ. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van behandeling of repatriëring.

Marktconform bedrag

Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is gelet op het bedrag dat andere zorgverleners in het land van behandeling rekenen.

Wisselkoers

ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij geldt de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

(Zieken)vervoer

Voor zover hierna sprake is van (zieken)vervoer vergoedt ONVZ de kosten van passend vervoer. Bij vliegen worden vergoed de kosten van de economy class, tenzij dit redelijkerwijs onmogelijk is. Bij gebruik van een auto of taxi vergoedt ONVZ € 0,27 per kilometer. ONVZ gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Verblijf

Voor zover hierna sprake is van verblijf vergoedt ONVZ de kosten van verblijf (daaronder begrepen overnachting en maaltijden) in de hierna genoemde gevallen, tot maximaal € 150,- per persoon per dag.

lid 2

Onvoorziene zorg

Bij acute ziekte of ongeval van verzekerde vergoedt ONVZ, na – indien mogelijk – contact met ONVZ Zorgassistance, de kosten van:

- zorg die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt;
- in Nederland of in het buitenland geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
- middelen die in Nederland geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel tot maximaal € 350,- per kalenderjaar;
- het ziekenvervoer van verzekerde naar de zorgverlener volledig.

Repatriëring

ONVZ vergoedt :

- bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte de medisch noodzakelijke repatriëring van verzekerde naar het door ONVZ Zorgassistance aangewezen land, met de voorgeschreven medische begeleiding;
- de noodzakelijke extra kosten van verblijf van de te repatriëren verzekerde als repatriëring om medische reden noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
- eenmalig de kosten van vervoer en verblijf voor bezoek aan de te repatriëren verzekerde van één persoon als repatriëring om medische reden noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
- vervoer als u door ziekte of letsel niet met het geplande vervoersmiddel naar huis kan terugkeren.

ONVZ Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf voor u.

Aanvullende dienstverlening*Opsporing en redding*

Als u vanwege ziekte of ongeval in een noodsituatie belandt waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoedt ONVZ de kosten hiervan tot maximaal € 25.000,-.

*Vervoer naar ziekenhuis bij opname verzekerde voor onvoorziene zorg**Vervoer meeverzekerde reisgenoten*

ONVZ vergoedt de extra kosten van vervoer van meeverzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis waar verzekerde is opgenomen. Ook worden vergoed de extra kosten van verblijf van meeverzekerde reisgenoten in verband met de ziekenhuisopname van verzekerde.

Vervoer en verblijf bezoekers

De volgende vergoeding geldt alleen bij een opname van verzekerde die naar verwachting langer dan vijf dagen duurt of bij een levensbedreigende situatie. ONVZ vergoedt eenmalig de extra kosten van vervoer en verblijf van maximaal twee personen voor bezoek aan verzekerde. Kosten van verblijf worden vergoed tot maximaal 7 dagen. Daarna alleen als verzekerde om medische redenen niet in staat is om terug te keren naar huis, tot maximaal 15 dagen.

Eerder terugkeren

Als sprake is van:

1. ziekte of ongeval van u of een reisgenoot waardoor de geplande bestemming niet kan worden bereikt;
2. ernstig ziek worden of ernstig gewond raken van een reisgenoot door een ongeval
3. overlijden van een niet-meeverzekerde reisgenoot (bij overlijden van een meeverzekerde reisgenoot: zie lid 4);
4. overlijden, constatering van een ernstige ziekte bij of een ernstig ongeval van een familielid in de 1e of 2e graad of huisgenoot van verzekerde;
5. ernstige materiële schade aan de woning, inboedel of het bedrijf van verzekerde; dan vergoedt ONVZ eenmalig:
 - de extra kosten van vervoer en verblijf die u moet maken in verband met uw terugreis, en
 - de kosten voor het terugreizen naar uw geplande bestemming binnen de oorspronkelijke reisduur.

ONVZ Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf voor u.

Regeling bij familieomstandigheden in woonland

In afwijking hiervan geldt het volgende als u in uw woonland verblijft. In een geval als bedoeld onder 4 worden de kosten vergoed van nodig vervoer binnen het woonland tot maximaal € 500,- per gebeurtenis.

Vervangende chauffeur

ONVZ vergoedt – buiten de hiervoor genoemde gevallen – de kosten van een vervangende chauffeur. Dit geldt als:

- het gebruikte motorrijtuig nog goed rijdt, en de bestuurder niet in staat is om te rijden, en
- de andere reisgenoten het motorrijtuig (redelijkerwijs) niet kunnen besturen.

Reist u met een eigen motorrijtuig, dan vergoedt ONVZ de kosten van de vervangende chauffeur tot de woonplaats. Reist u met een gehuurd motorrijtuig, dan vergoedt ONVZ de kosten van de vervangende chauffeur naar de dichtstbijzijnde inleverplaats.

ONVZ Zorgassistance regelt de inzet van een vervangende chauffeur.

Garantie, voorschotbetalingen en toezending geneesmiddelen

ONVZ Zorgassistance regelt op uw verzoek:

- garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de zorgverlener, als de kosten vergoed worden uit de Basisverzekering of Superfit;
- de nodige voorschotbetalingen, als de kosten vergoed worden zoals hiervoor is omschreven;
- toezending van noodzakelijke geneesmiddelen als deze niet ter plaatse zijn te verkrijgen, als de kosten vergoed worden zoals hiervoor is omschreven.

lid 4

Regeling bij overlijden

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoedt ONVZ de kosten van:

- vervoer van het stoffelijk overschot naar het land van keuze van de nabestaanden, of begrafenis of crematie en overkomst inclusief terugreis van familieleden in de 1e of 2e graad tot maximaal € 7.500,-;
- de extra kosten van vervoer in verband met de terugreis en extra kosten van verblijf van de meeverzekerde reisgenoten tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, met een maximum van 30 dagen;
- de kosten van vervoer en verblijf van één persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan.

ONVZ Zorgassistance regelt het vervoer en het verblijf.

lid 5

Voorziene zorg

Medisch-specialistische zorg in België of Duitsland

ONVZ vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg volgens artikel 6 van deel B van de Basisverzekering, die is verleend in een ziekenhuis in België of Duitsland. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit.

U moet voorafgaand aan de behandeling contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent, die u begeleidt bij uw keuze voor een zorgverlener.

Uitsluitingen

Van bovenstaande vergoeding zijn uitgesloten kosten voor:

- inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon (België) of kosten die hieruit voortvloeien;
- alternatieve zorg.

ONVZ vergoedt ook de kosten van ziekenvervoer als dit plaatsvindt voor een behandeling waarvan de kosten vergoed worden volgens dit lid. ONVZ vergoedt het ziekenvervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis in België of Duitsland.

Overige zorg in een EU-/EER-land of verdragsland

ONVZ vergoedt de kosten:

- die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of in Nederland geldende marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Behandeling in een land dat geen EU-/EER-land is en geen verdragsland

ONVZ vergoedt de kosten van zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Artikel 19

Zorg tijdens een ziekenhuisopname

Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt ONVZ de hierna volgende kosten, gemaakt tijdens uw verblijf, tezamen tot maximaal € 2.500,- per kalenderjaar. Het moet gaan om een meerdaagse opname die medisch noodzakelijk is voor medisch-specialistisch onderzoek of behandeling. Daarbij gaat het niet om een ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

1. De kosten van verblijf in een eenpersoonskamer. Als het ziekenhuis wel eenpersoonskamers heeft, maar u er geen gebruik van kunt maken bij uw meerdaagse opname, heeft u recht op een uitkering van € 75,- per opnamedag. ONVZ keert dat bedrag uit na ontvangst van een ingevuld formulier *Privékamer* met daarbij een opgave van de opnamedagen door het ziekenhuis. U kunt dit formulier downloaden van www.onvz.nl/zorgplan of opvragen bij het ONVZ Service Center.
2. De kosten van een extra bed op de kamer voor het verblijf van uw partner.
3. De kosten van een luxepakket (ook wel comfortservice genoemd), dat door het ziekenhuis wordt aangeboden. De invulling van het luxepakket is afhankelijk van wat het betreffende ziekenhuis aanbiedt en kan bestaan uit:
 - telefoneren binnen Nederland (alleen bij gebruik van het toestel dat op de kamer aanwezig is);
 - koelkast gevuld met diverse dranken;
 - krant of tijdschrift;
 - koffie en thee voor het bezoek;
 - luxe maaltijden of een extra verstrekking van een snack;
 - gebruik van televisie en internetaansluiting.
4. De kosten van de maaltijd van uw partner als hij of zij bij u op de kamer verblijft.

Op www.onvz.nl/zorgplan vindt u een overzicht van ziekenhuizen met eenpersoonskamers of comfort-services. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Als u bent verwezen naar een medisch specialist met klachten waarvoor u een opname verwacht, dan informeert de ONVZ ZorgConsulent u vooraf over de comfort-mogelijkheden in de verschillende ziekenhuizen. De ONVZ ZorgConsulent is te bereiken tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

Artikel 20 **Zorg voor en na een ziekenhuisopname**

- lid 1 Als u van tevoren weet dat u in een ziekenhuis in Nederland wordt opgenomen, heeft u recht op hulp van de ONVZ Zorg Assistent. De ONVZ Zorg Assistent:
- a. neemt vooraf contact met u op voor een intake;
 - b. regelt desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
 - c. is desgewenst bij de opname in het ziekenhuis aanwezig en maakt u wegwijs in het ziekenhuis;
 - d. beantwoordt uw zorgvragen;
 - e. kan desgewenst telefonisch contact met u houden, overleggen met de (medische) staf, u bezoeken en bemiddelen in thuiszorg, kinderopvang of voor hulpmiddelen;
 - f. begeleidt u bij ontslag;
 - g. regelt desgewenst het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis.
- lid 2 Als u onverwacht wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, heeft u recht op hulp van de ONVZ Zorg Assistent zoals genoemd in lid 1, onder d tot en met g.
- lid 3 ONVZ vergoedt de kosten van vervoer naar en van een ziekenhuis binnen Nederland:
- bij gebruik van de auto € 0,27 per gereden kilometer. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
 - bij taxivervoer volledig, als gebruik wordt gemaakt van een door ONVZ gecontracteerd taxibedrijf. Voor het aanvragen van taxivervoer, voor zover dat niet is geregeld door de ONVZ Zorg Assistent, kunt u contact opnemen met het door ONVZ gecontracteerde taxibedrijf, te bereiken op het telefoonnummer 0900 333 33 30.
- Het vervoer vindt plaats voor een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 19 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname in Nederland). Als de kosten van vervoer (gedeeltelijk) vanuit een andere (aanvullende) (zorg)verzekering worden vergoed, vergoedt ONVZ alleen de aanvulling op die vergoeding tot maximaal de in dit artikel omschreven dekking. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.
- lid 4 Als sprake is van een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 19, heeft u ook aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal 2 overnachtingen voor uzelf in een logeerkamer, zorghotel of andere (betaalde) mogelijkheid tot overnachting naast of in de buurt van het ziekenhuis in aansluiting op een ziekenhuisopname. Hierdoor kunt u nog een extra dag herstellen in de buurt van het ziekenhuis, bijvoorbeeld als u het gevoel heeft dat het ontslag wat vroeg komt.

Als u 's ochtends vóór 10 uur in het ziekenhuis aanwezig moet zijn en u woont meer dan 50 km bij het ziekenhuis vandaan, kunt u er ook voor kiezen om één hotelovernachting voorafgaand aan de ziekenhuisopname te gebruiken.

ONVZ vergoedt maximaal € 100,- per overnachting.

lid 5

Als sprake is van een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 19, kunt u aanspraak maken op aanvullende zorg en dienstverlening door de ONVZ ZorgConsulent bij ontslag uit het ziekenhuis. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan:

- maaltjidservice (ook dieet-maaltijden);
- hulpmiddelen die u mogelijk thuis nodig heeft bij een voorspoedig herstel. Dit kunnen hulpmiddelen zijn ter ondersteuning van uw mobiliteit, zoals een (tijdelijke) rollator of krukken, of ter ondersteuning van de verzorging, zoals een hoog-laagbed of douche-stoel;
- ondersteuning in het huishouden na ontslag naar huis. De ZorgConsulent bekijkt aan welke ondersteuning u behoefte heeft. Dit kan huishoudelijke hulp zijn, vervangende mantelzorg, kinderopvang of andere hulp.

U kunt contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent om deze ondersteuning te regelen tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50. De kosten van de ingezette zorg, diensten of hulpmiddelen worden soms vergoed uit uw Basisverzekering of aanvullende verzekering. De maaltjidservice, hulpmiddelen of aanvullende zorg die niet gedekt zijn door een andere verzekering, vergoedt ONVZ. Belt u met de ONVZ ZorgConsulent voor overleg over de mogelijkheden. De ZorgConsulent regelt de zorg voor u.

Artikel 21 **Zorg bij ziekenhuisopname in het buitenland**

Als u voor een opname in het buitenland aanspraak maakt op de vergoedingen zoals bedoeld in artikel 19 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname), dan geldt het maximumbedrag van € 2.500,- per kalenderjaar voor alle opnames, in zowel Nederland als het buitenland, tezamen.

Als u gebruik maakt van een privékamer in België, Duitsland of een ander land, heeft dit soms ook gevolgen voor de kosten van uw behandeling. Zo rekent een medisch specialist (in Duitsland Chefarzt) vaak hogere (loon)kosten. De meerkosten van loon en behandeling vallen niet onder deze dekking. Die kosten blijven voor uw eigen rekening.

lid 1

Opname in een ziekenhuis in België of Duitsland

Als u in Nederland woont en bij een medisch noodzaak tot ziekenhuisopname (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) kiest voor opname in een ziekenhuis in België of Duitsland, dan kunt u aanspraak maken op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 19 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan ONVZ een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

Daarnaast kunt u aanspraak maken op de vergoedingen en dienstverlening zoals beschreven in artikel 20 (Zorg voor en na een ziekenhuisopname), lid 3 tot en met 5.

Als u in België of Duitsland woont en wordt opgenomen in een ziekenhuis (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) in uw woonland, bestaat aanspraak op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 19 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan ONVZ een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

Daarnaast kunt u aanspraak maken op de vergoedingen en dienstverlening zoals beschreven in artikel 20 (Zorg voor en na een ziekenhuisopname), lid 3 en 4.

lid 2

Opname in een ander (buiten)land

Als u in het buitenland, niet zijnde België of Duitsland, woont en wordt opgenomen in een ziekenhuis (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) in enig land bestaat aanspraak op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 19 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan ONVZ een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

Artikel 22 **Ongevallendekking**

lid 1 **Nadere begripsomschrijvingen**

Begunstiging

U bent de begunstigde voor alle uitkering(en). Bij overlijden wordt rechtstreeks uitgekeerd aan de nalatenschap.

Letsel

Een volgens objectieve normen geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, dat een direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval.

Ongeval

Een plotseling rechtstreeks op het lichaam inwerkend fysiek geweld, van buitenaf en buiten uw wil, dat letsel of overlijden tot gevolg heeft.

Onder ongeval valt ook:

- a. acute vergiftiging, behalve bij overmatig gebruik van genees-, genot-, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen;
- b. besmetting door ziekteverwekkers;
- c. het ongewild binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of oren;
- d. wondinfectie, bloedvergiftiging of tetanus ontstaan bij een ongeval;
- e. verstikking, verdrinking, zonnesteek, warmtestuwing, bevroering, verbranding – behalve door inwerking van stralen – veretsing en elektrische ontlading;
- f. uitputting, verhongering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van een natuurramp;
- g. verstuiking, ontwrichting en verscheuring van spier- en bandweefsel, als het letsel plotseling is ontstaan;
- h. complicaties of verergering van letsel als rechtstreeks gevolg van een door een bevoegd geneeskundige geboden eerste hulpverlening of medisch noodzakelijke behandeling;
- i. letsel ontstaan bij rechtmatige zelfverdediging;
- j. moord, doodslag, mishandeling, of pogingen daartoe, gijzelingen en terreuractie;
- k. letsel ontstaan tijdens het als amateur beoefenen van sport, waaronder het voorbereiden van en deelnemen aan wedstrijden, behalve voor:
 - het bepaalde in lid 3 onder 1 j;
 - de sporten genoemd in lid 3 onder 1 k.

Niet als een ongeval of ongevalgevolg worden beschouwd: ingewandsbreuk (hernia) en uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleus pulposi).

lid 2 **Wat is verzekerd?**

Verzekerde bedragen

Per ongeval keert ONVZ bij overlijden het verzekerde bedrag uit of bij blijvend (functie)verlies van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens maximaal het verzekerde bedrag.

Uitkering bij overlijden

Bij overlijden is het verzekerde bedrag € 5.000,-. ONVZ keert dit bedrag uit bij overlijden door een ongeval.

Uitkering bij blijvend (functie)verlies

- a. Recht op uitkering:

Bij blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens keert ONVZ maximaal € 20.000,- uit, als dit het gevolg is van een ongeval. Als de verzekerde voor vaststelling van de invaliditeit is overleden door een ongeval keert ONVZ geen bedrag uit ter zake van blijvende invaliditeit.
- b. Reeds aanwezige onbruikbaarheid of gebrekkigheid:

Als functies, lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens al voor het ongeval onbruikbaar of gebrekkig waren, keert ONVZ alleen een bedrag uit als het (functie)verlies of de onbruikbaarheid door het ongeval de voor het ongeval bestaande (functie)verliezen of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens te boven gaat.

lid 3 **Nadere uitsluitingen**

1. Er is geen dekking als het ongeval – mede – het gevolg is van:
 - a. een ziekelijke toestand of een geestelijke of lichamelijke afwijking;
 - b. een ziekelijke toestand door besmetting met ziekteverwekkers, met uitzondering van wat genoemd is in lid 1 in de begripsomschrijving van ongeval;

- c. allergische reacties, anders dan door een gebeurtenis genoemd in lid 1 in de begripsomschrijving van een ongeval;
- d. zelfdoding of een poging daartoe;
- e. het (mede)plegen van een misdrijf;
- f. roekeloosheid, behalve bij letsel bij een poging tot redding van mens of dier of afwendend van dreigend gevaar;
- g. het zo onder invloed verkeren van alcoholhoudende dranken of bedwelmende, opwekkende en soortgelijke stoffen dat men minder dan normaal voor zichzelf kon zorgen;
- h. een vechtpartij, behalve bij rechtmatige zelfverdediging;
- i. verblijf in een luchtvaartuig, tenzij u als passagier verbleef in een vliegtuig ingericht voor passagiersvervoer en bestuurd door een beroepspiloot en dit vliegtuig tijdens het ongeval gebruikt werd door:
 - een onderneming bevoegd tot exploitatie van een luchtvaartbedrijf;
 - een onderneming voor haar eigen bedrijf;
- j. sportbeoefening waarvoor betaling wordt ontvangen;
- k. beoefening van sporten met een verhoogd ongevalrisico, zoals boksen, worstelen, ijshockey, rugby, bergsport, bobsleeën, parasailing, hanggliding, parachutespringen, ijszeilen, skispringen, skivliegen en figuurspringen;
- l. voorbereidingen van en deelname aan snelheidswedstrijden of recordritten, bijvoorbeeld met motorrijtuigen, skelters, te paard, per rijwiel of per motorboot;
- m. het beroepsmatig werken met houtbewerkingmachines;
- n. verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies is afgegeven;
- o. atoomkernreacties.

2. Psychisch letsel

Geen uitkering vindt plaats bij verlies van de geestelijke of kennende vermogens.

- a. Deze uitsluiting geldt niet als dit verlies, volgens algemeen aanvaarde neurologische opvattingen, is veroorzaakt door een aantoonbaar grove organische beschadiging van het centrale zenuwstelsel.
- b. Ook vindt geen uitkering plaats bij geheel of gedeeltelijk functieverlies of geheel of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens, als dit functieverlies of deze onbruikbaarheid het gevolg is van een psychische stoornis.

lid 4

Omvang van de uitkering

1. Overlijden

Bij overlijden keert ONVZ het verzekerde bedrag uit. ONVZ brengt een eventueel eerder verrichte uitkering voor blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens hierop in mindering. ONVZ vordert een eerdere uitkering niet terug.

2. Blijvend (functie)verlies

Bij blijvend (functie)verlies keert ONVZ de hierna volgende percentages van het verzekerde bedrag uit tot maximaal het verzekerde bedrag.

- Bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van de volgende lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens:
 - een arm: tot in het schoudergewricht 75%
 - een arm: tot in het ellebooggewricht 65%
 - een arm: tussen elleboog- en schoudergewricht 65%
 - een arm: tussen pols en ellebooggewricht 60%
 - een hand: tot in het polsgewricht 60%
 - een been: tot in het heupgewricht 70%
 - een been: tot in het kniegewricht 60%
 - een been: tussen knie- en heupgewricht 60%
 - een been: tussen enkel- en kniegewricht 50%
 - een voet: tot in het enkelgewricht 50%
 - een duim 25%
 - een wijsvinger 15%
 - een middelvinger 15%
 - een ringvinger of pink 15%
 - bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van meer dan één vinger van een hand keert ONVZ maximaal 60% van het verzekerde bedrag uit.
 - een grote teen 10%
 - andere tenen dan de grote teen 5%
 - het gezichtsvermogen van een oog 30%
 - het gezichtsvermogen van beide ogen 100%
 - het gehoor van een oor 20%

het gehoor van beide oren 50%
het reuk- en smaakvermogen 20%
het verlies van het seksuele vermogen, behalve het bepaalde in lid 3 onder 2, 25%

- Bij de volgende letsels of combinatie van letsels:
totaal verlies van de geestelijke vermogens, behalve het bepaalde in lid 3 onder 2, 100%
verlies van beide armen of handen 100%
verlies van beide benen of voeten 100%
verlies van een arm of hand, samen met een been of voet 100%
- Bij gedeeltelijk (functie)verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens dat hiervoor is omschreven, keert ONVZ een gedeelte van de genoemde uitkeringspercentages uit evenredig aan de mate van dat (functie)verlies. Dit gedeeltelijk (functie)verlies of de onbruikbaarheid wordt vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven. Gedeeltelijk verlies van de reuk of de smaak wordt niet als invaliditeit beschouwd.
- Bij blijvend functieverlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens als gevolg van een (combinatie van) letsel(s) dat niet hiervoor is omschreven, geldt het volgende. Het uitkeringspercentage is gelijk aan het percentage blijvend (functie)verlies, vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven. Daarbij blijven uw beroep of werkzaamheden buiten beschouwing.

lid 5 **Vaststelling uitkeringspercentage**

1. ONVZ stelt het uitkeringspercentage vast op basis van de medische eindtoestand, zo mogelijk binnen twee jaar na het ongeval.
2. Als na de beëindiging van de geneeskundige behandeling nog geen sprake is van een medische eindtoestand, vergoedt ONVZ de wettelijke rente over de uitkering vanaf de dag waarop de geneeskundige behandeling wordt beëindigd tot de dag waarop de uitkering plaatsvindt.
Als bij medisch onderzoek blijkt dat er nog geen medische eindtoestand is, vindt uiterlijk binnen vijf jaar na de ongevaldatum een nieuw medisch onderzoek in opdracht van ONVZ plaats. De dan vast te stellen invaliditeit is de basis voor het bepalen van de uitkering.

lid 6 **Bestaande gezondheidstoestand**

1. Als de gevolgen van een ongeval worden vergroot door een ziekelijke toestand of door lichamelijke of geestelijke afwijkingen die al voor het ongeval bestonden, keert ONVZ niet meer uit dan wanneer eenzelfde ongeval een persoon zonder die ziekte of afwijking zou zijn overkomen.
2. Het onder 1 bepaalde geldt niet als bedoelde omstandigheden uitsluitend en rechtstreeks een gevolg zijn van een eerder ongeval dat u is overkomen tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering.

lid 7 **Medische expertise**

Als ONVZ medische expertise noodzakelijk acht om het uitkeringspercentage te kunnen vaststellen, bent u verplicht hieraan uw medewerking te verlenen. U moet zich daartoe door een door ONVZ aan te wijzen arts laten onderzoeken of voor onderzoek laten opnemen in een door ONVZ aan te wijzen instelling of inrichting. De medische expertise vindt in Nederland plaats. ONVZ vergoedt de kosten ervan.

lid 8 **Wat te doen na een ongeval?**

1. *Melding van een ongeval*
Van een ongeval dat tot uitkering kan leiden, geldt dat dit zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen dertig dagen, aan ONVZ moet worden gemeld. Dit met een nauwkeurige omschrijving van het ongeval en zo mogelijk de oorzaak en de gevolgen.

2. *Verplichtingen na een ongeval*

- a. U bent verplicht zich na een ongeval zo spoedig mogelijk onder geneeskundige behandeling te stellen en volledig aan uw herstel mee te werken;
- b. U bent verplicht aan ONVZ of aan een door ONVZ aangewezen arts alle gewenste inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken;
- c. De begunstigde(n) is/zijn verplicht toestemming te verlenen tot en medewerking te verlenen aan alle maatregelen die ONVZ nodig acht voor de vaststelling van de doodsoorzaak (sectie).

3. ONVZ heeft het recht uitkering te weigeren als de verplichtingen niet worden nagekomen.

Als de melding later plaatsvindt dan bedoeld onder 1, behoudt u recht op uitkering als u kunt aantonen dat:

- het (functie)verlies of de onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens uitsluitend het gevolg is van een ongeval;
- de gevolgen van een ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid vergroot zijn;
- u de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd;
- de melding achterwege is gebleven als gevolg van buitengewone omstandigheden.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Superfit

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

De ZorgConsulent ondersteunt u

De ZorgConsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurcussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening;
- patiëntenverenigingen.

Het regelen van:

- bevalling-tens, zie deel B, artikel 1, lid 4;
- huishoudelijke hulp, zie deel B, artikel 14;
- vervangende mantelzorg, zie deel B, artikel 15;
- kinderopvang, zie deel B, artikel 16;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, artikel 17, lid 1;
- preventief medisch onderzoek, zie deel B, artikel 17, lid 5;
- eenpersoonskamer, zie deel B, artikel 20, lid 1;
- specifieke arrangementen, zie deel B, artikel 20, lid 3;
- inzet ONVZ Zorg Assistent, zie deel B, artikel 22;
- een telefoongesprek met een arts of diëtist voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De ONVZ ZorgConsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De ZorgConsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de ZorgConsulent vervangt ook geen medisch advies en de ZorgConsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

ONVZ vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Gids in Gezondheid

Jaarlijks ontvangt u drie Gidsen in Gezondheid. Een inspirerend magazine met interviews, hoogwaardige achtergrondartikelen en interessante gezondheidsfeiten.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg, couveusenazorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de ONVZ Kraamzorg Service. De ONVZ Kraamzorg Service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05. Het aanvragen van reguliere kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg. Daar kunt u ook de inhoud van het kraampakket raadplegen.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 9 en 22, lid 3 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

ONVZ Zorgassistance

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, moet u contact (laten) opnemen met ONVZ Zorgassistance. Dit geldt ook bij de noodzaak tot repatriëring. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

In artikel 18 van deel B is omschreven welke dienstverlening ONVZ Zorgassistance u nog meer kan bieden.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 67.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door ONVZ in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door ONVZ worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

ONVZ vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij ONVZ Verhaalszaken of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met ONVZ Verhaalszaken.

ONVZ Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

ONVZ
Wereldfit

Inhoudsopgave

ONVZ Wereldfit

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Nadere algemene bepalingen	145
Artikel 2	Onvoorziene zorg	146
Artikel 3	Aanvullende dienstverlening	146
Artikel 4	Regeling bij overlijden	147
Artikel 5	Voorziene zorg	147

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Wereldfit

Als er volgens de Basisverzekering of een andere (ziektekosten)verzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Wereldfit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere (ziektekosten)verzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing.

ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het wettelijk geldende tarief in het land waarin de behandeling plaatsvindt,
2. als er geen wettelijk tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is gelet op het bedrag dat andere zorgverleners in het land van behandeling rekenen.

ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij geldt de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

U moet contact opnemen met ONVZ Zorgassistance voordat u kosten maakt als bedoeld in de Wereldfit, tenzij dit redelijkerwijs niet mogelijk is. Als dit niet is gedaan, kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Dit geldt niet voor de dekking in artikel 5.

U kunt daarnaast contact opnemen voor advies over geneeskundige zorg.

ONVZ Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 67. ONVZ vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

Artikel 1 Nadere algemene bepalingen

lid 1 **Wie zijn verzekerd?**

Verzekerd zijn de personen zo genoemd op het polisblad, als zij ook een zorgverzekering hebben als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

lid 2 **Waar bent u verzekerd?**

U bent in het buitenland verzekerd. In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen als sprake is van minimaal één betaalde overnachting.

lid 3 **Voor hoe lang bent u verzekerd?**

U bent verzekerd als u voor een periode van maximaal 180 dagen naar het buitenland vertrekt (dit geldt niet bij voorziene zorg). U bent voor dezelfde periode verzekerd in uw woonland, buiten uw woonplaats, als sprake is van minimaal één betaalde overnachting.

lid 4 **Eisen voor zorgverleners**

Bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener zijn ingeschreven in de door de overheid gehanteerde registers. Zonder zo'n register moet de zorgverlener ingeschreven staan in het eventuele register van de erkende beroepsgroep. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

lid 5 **Medische gegevens**

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van ONVZ. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van behandeling of repatriëring.

- lid 6 **(Zieken)vervoer**
Voor zover hierna sprake is van (zieken)vervoer vergoedt ONVZ de kosten van passend vervoer. Bij vliegen worden vergoed de kosten van de economy class, tenzij dit redelijkerwijs onmogelijk is. Bij gebruik van auto of taxi vergoedt ONVZ € 0,27 per kilometer. ONVZ gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.
- lid 7 **Verblijf**
Voor zover hierna sprake is van verblijf vergoedt ONVZ de kosten van verblijf (daaronder begrepen overnachting en maaltijden) in de hierna genoemde gevallen, tot maximaal € 150,- per persoon per dag.

Artikel 2 **Onvoorziene zorg**

- lid 1 **Onvoorziene zorg**
Bij acute ziekte of ongeval van verzekerde, vergoedt ONVZ, na – indien mogelijk – contact met ONVZ Zorgassistance, de kosten van:
- zorg die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
 - in Nederland of in het buitenland geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;
 - middelen die in Nederland geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel tot maximaal € 250,- per kalenderjaar;
 - het ziekenvervoer van verzekerde naar de zorgverlener volledig.
- lid 2 **Repatriëring**
ONVZ vergoedt:
- bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte de medisch noodzakelijke repatriëring van verzekerde naar het door ONVZ Zorgassistance aangewezen land, met de voorgeschreven medische begeleiding;
 - de noodzakelijke extra kosten van verblijf van de te repatriëren verzekerde als repatriëring om medische reden noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
 - eenmalig de kosten van vervoer en verblijf voor bezoek aan de te repatriëren verzekerde van één persoon als repatriëring om medische reden noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
 - vervoer als u door ziekte of letsel niet met het geplande vervoersmiddel naar huis kan terugkeren.

ONVZ Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf voor u.

Artikel 3 **Aanvullende dienstverlening**

- lid 1 **Opsporing en redding**
Als u vanwege ziekte of ongeval in een noodsituatie belandt waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoedt ONVZ de kosten hiervan tot maximaal € 25.000,-.
- lid 2 **Vervoer naar ziekenhuis bij opname verzekerde voor onvoorziene zorg**
Vervoer meeverzekerde reisgenoten
ONVZ vergoedt de extra kosten van vervoer van meeverzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis waar verzekerde is opgenomen. Ook worden vergoed de extra kosten van verblijf van meeverzekerde reisgenoten in verband met de ziekenhuisopname van verzekerde.
- Vervoer en verblijf bezoekers*
De volgende vergoeding geldt alleen bij een opname van verzekerde die naar verwachting langer dan vijf dagen duurt of bij een levensbedreigende situatie. ONVZ vergoedt eenmalig de extra kosten van vervoer en verblijf van maximaal twee personen voor bezoek aan verzekerde. Kosten van verblijf worden vergoed tot maximaal 7 dagen. Daarna alleen als verzekerde om medische redenen niet in staat is om terug te keren naar huis, tot maximaal 15 dagen.

lid 3

Eerder terugkeren

Vergoeding

Als sprake is van:

1. ziekte of ongeval van u of een reisgenoot waardoor de geplande bestemming niet kan worden bereikt;
2. ernstig ziek worden of ernstig gewond raken van een reisgenoot door een ongeval;
3. overlijden van een niet-meeverzekerde reisgenoot (bij overlijden van een meeverzekerde reisgenoot: zie artikel 5);
4. overlijden, constatering van een ernstige ziekte bij of een ernstig ongeval van een familielid in de 1e of 2e graad of huisgenoot van verzekerde;
5. ernstige materiële schade aan de woning, inboedel of het bedrijf van verzekerde; dan vergoedt ONVZ eenmalig:
 - de extra kosten van vervoer en verblijf die u moet maken in verband met uw terugreis, en
 - de kosten voor het terugreizen naar uw geplande bestemming binnen de oorspronkelijke reisduur.

ONVZ Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf voor u.

Regeling bij familieomstandigheden in woonland

In afwijking hiervan geldt het volgende als u in uw woonland verblijft. In een geval als bedoeld onder 4 worden de kosten vergoed van nodig vervoer binnen het woonland tot maximaal € 500,- per gebeurtenis.

lid 4

Vervangende chauffeur

ONVZ vergoedt – buiten de hiervoor genoemde gevallen – de kosten van een vervangende chauffeur. Dit geldt als:

- het gebruikte motorrijtuig nog goed rijdt, en de bestuurder niet in staat is om te rijden, en
- de andere reisgenoten het motorrijtuig (redelijkerwijs) niet kunnen besturen.

Reist u met een eigen motorrijtuig, dan vergoedt ONVZ de kosten van de vervangende chauffeur tot de woonplaats. Reist u met een gehuurd motorrijtuig, dan vergoedt ONVZ de kosten van de vervangende chauffeur naar de dichtstbijzijnde inleverplaats.

ONVZ Zorgassistance regelt de inzet van een vervangende chauffeur.

lid 5

Garantie, voorschotbetalingen en toezending geneesmiddelen

ONVZ Zorgassistance regelt op uw verzoek:

- garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de zorgverlener, als de kosten vergoed worden uit de Basisverzekering of Wereldfit;
- de nodige voorschotbetalingen, als de kosten vergoed worden zoals hiervoor is omschreven;
- toezending van noodzakelijke geneesmiddelen als deze niet ter plaatse zijn te verkrijgen, als de kosten vergoed worden zoals hiervoor is omschreven.

Artikel 4

Regeling bij overlijden

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoedt ONVZ de kosten van:

- vervoer van het stoffelijk overschot naar het land van keuze van de nabestaanden, of begrafenis of crematie en overkomst inclusief terugreis van familieleden in de 1e of 2e graad tot maximaal € 7.500,-;
- de extra kosten van vervoer in verband met de terugreis en extra kosten van verblijf van de meeverzekerde reisgenoten tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, met een maximum van 30 dagen;
- de kosten van vervoer en verblijf van één persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan.

ONVZ Zorgassistance regelt het vervoer en het verblijf.

Artikel 5

Voorziene zorg

lid 1

ONVZ vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg volgens artikel 6 van deel B van de Basisverzekering, die is verleend in een ziekenhuis in België of Duitsland. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit.

U moet voorafgaand aan de behandeling contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent, die u begeleidt bij uw keuze voor een zorgverlener.

lid 2

Uitsluitingen

Van bovenstaande vergoeding zijn uitgesloten de kosten voor:

- inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon (België) of kosten die hieruit voortvloeien;
- alternatieve zorg.

lid 3

ONVZ vergoedt ook de kosten van ziekenvervoer als dit plaatsvindt voor een behandeling waarvan de kosten vergoed worden volgens lid 1. ONVZ vergoedt het ziekenvervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis in België of Duitsland.

ONVZ
Tandfit

Inhoudsopgave

ONVZ Tandfit

Deel B Omvang dekking

Tandfit A	151
Tandfit B	151
Tandfit C	152
Tandfit D	153
Tandheelkundige kosten buiten het woonland	153

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Tandfit

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Het polisblad vermeldt welke dekking geldt.

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Tandfit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van:

- orthodontie;
- het bleken van elementen;
- het maken en plaatsen van een MRA (Mandulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Tandfit A

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

ONVZ vergoedt 75% van de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt ONVZ maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 2.500,-.

ONVZ verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- ONVZ toestemming vooraf heeft gegeven. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandfit B

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

- lid 1 ONVZ vergoedt 100% van de kosten van de volgende behandelingen:
- C11 Periodieke controle;
 - M01 Preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M02 Consult voor evaluatie van preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M03 Gebitsreiniging;
 - M10 Fluoride applicatie (Methode I);
 - M20 Fluoride applicatie (Methode II);
 - X10 Röntgenfoto (niet ten behoeve van orthodontie);
 - V30 Sealen eerste element;
 - V35 Sealen volgende element in dezelfde zitting.
- lid 2 ONVZ vergoedt 75% van de kosten van de overige algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten).
- lid 3 De vergoeding voor de kosten bedoeld in lid 1 en 2 tezamen bedraagt maximaal € 750,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt ONVZ maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

ONVZ verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- ONVZ toestemming vooraf heeft gegeven. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandfit C

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

- lid 1 ONVZ vergoedt 100% van de kosten van de volgende behandelingen:
- C11 Periodieke controle;
 - M01 Preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M02 Consult voor evaluatie van preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M03 Gebitsreiniging;
 - M10 Fluoride applicatie (Methode I);
 - M20 Fluoride applicatie (Methode II);
 - X10 Röntgenfoto (niet ten behoeve van orthodontie);
 - V30 Sealen eerste element;
 - V35 Sealen volgende element in dezelfde zitting.
- lid 2 ONVZ vergoedt 75% van de kosten van de overige algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten).
- lid 3 De vergoeding voor de kosten bedoeld in lid 1 en 2 tezamen bedraagt maximaal € 1.500,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt ONVZ maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

ONVZ verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- ONVZ toestemming vooraf heeft gegeven. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandfit D

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

ONVZ vergoedt 100% van de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt ONVZ maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

ONVZ verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- ONVZ toestemming vooraf heeft gegeven. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandheelkundige kosten buiten het woonland

Artikel 1 Als u de kosten van tandheelkundige zorg gemaakt heeft buiten uw woonland, vergoedt ONVZ die kosten tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme tarief van een gelijke behandeling in Nederland, tot de dekking van de Tandfit A, B, C of D.

Artikel 2 ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

ONVZ Zorgplan

Inhoudsopgave

ONVZ Zorgplan

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Zorg tijdens een ziekenhuisopname	157
Artikel 2	Zorg voor en na een ziekenhuisopname	158
Artikel 3	Zorg bij ziekenhuisopname in het buitenland	159

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Zorgplan

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten zoals hierna omschreven in de te verzekeren onderdelen van het ONVZ Zorgplan. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing.

Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en het ONVZ Zorgplan een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering.

ONVZ vergoedt de kosten van zorg:

1. tot maximaal het overeengekomen tarief tussen ONVZ en het ziekenhuis;
2. bij ontbreken van een overeengekomen tarief:
 - in Nederland tot maximaal het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) of een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is;
 - in het buitenland tot maximaal tweemaal het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) of een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Artikel 1 **Zorg tijdens een ziekenhuisopname**

Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt ONVZ de hierna volgende kosten, gemaakt tijdens uw verblijf, tezamen tot maximaal € 2.500,- per kalenderjaar. Het moet gaan om een meerdaagse opname die medisch noodzakelijk is voor medisch-specialistisch onderzoek of behandeling. Daarbij gaat het niet om een ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

1. De kosten van verblijf in een eenpersoonskamer. Als het ziekenhuis wel eenpersoonskamers heeft, maar u er geen gebruik van kunt maken bij uw meerdaagse opname, heeft u recht op een uitkering van € 75,- per opnamedag. ONVZ keert dat bedrag uit na ontvangst van een ingevuld formulier *Privékamer* met daarbij een opgave van de opnamedagen door het ziekenhuis. U kunt dit formulier downloaden van www.onvz.nl/zorgplan of opvragen bij het ONVZ Service Center.
2. De kosten van een extra bed op de kamer voor het verblijf van uw partner.
3. De kosten van een luxepakket (ook wel comfortservice genoemd), dat door het ziekenhuis wordt aangeboden. De invulling van het luxepakket is afhankelijk van wat het betreffende ziekenhuis aanbiedt en kan bestaan uit:
 - telefoneren binnen Nederland (alleen bij gebruik van het toestel dat op de kamer aanwezig is);
 - koelkast gevuld met diverse dranken;
 - krant of tijdschrift;
 - koffie en thee voor het bezoek;
 - luxe maaltijden of een extra verstrekking van een snack;
 - gebruik van televisie en internetaansluiting.
4. De kosten van de maaltijd van uw partner als hij of zij bij u op de kamer verblijft.

Op www.onvz.nl/zorgplan vindt u een overzicht van ziekenhuizen met eenpersoonskamers of comfort-services. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

Als u bent verwezen naar een medisch specialist met klachten waarvoor u een opname verwacht, dan informeert de ONVZ ZorgConsulent u vooraf over de comfort-mogelijkheden in de verschillende ziekenhuizen. De ONVZ ZorgConsulent is te bereiken tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

Artikel 2 **Zorg voor en na een ziekenhuisopname**

- lid 1 Als u van tevoren weet dat u in een ziekenhuis in Nederland wordt opgenomen, heeft u recht op hulp van de ONVZ Zorg Assistent. De ONVZ Zorg Assistent:
- neemt vooraf contact met u op voor een intake;
 - regelt desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
 - is desgewenst bij de opname in het ziekenhuis aanwezig en maakt u wegwijs in het ziekenhuis;
 - beantwoordt uw zorgvragen;
 - kan desgewenst telefonisch contact met u houden, overleggen met de (medische) staf, u bezoeken en bemiddelen in thuiszorg, kinderopvang of voor hulpmiddelen;
 - begeleidt u bij ontslag;
 - regelt desgewenst het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis.
- lid 2 Als u onverwacht wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, heeft u recht op hulp van de ONVZ Zorg Assistent zoals genoemd in lid 1, onder d tot en met g.
- lid 3 ONVZ vergoedt de kosten van vervoer naar en van een ziekenhuis binnen Nederland:
- bij gebruik van de auto € 0,27 per gereden kilometer. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
 - bij taxivervoer volledig, als gebruik wordt gemaakt van een door ONVZ gecontracteerd taxibedrijf. Voor het aanvragen van taxivervoer, voor zover dat niet is geregeld door de ONVZ Zorg Assistent, kunt u contact opnemen met het door ONVZ gecontracteerde taxibedrijf, te bereiken op het telefoonnummer 0900 333 33 30.
- Het vervoer vindt plaats voor een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 1 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname in Nederland). Als de kosten van vervoer (gedeeltelijk) vanuit een andere (aanvullende) (zorg)verzekering worden vergoed, vergoedt ONVZ alleen de aanvulling op die vergoeding tot maximaal de in dit artikel omschreven dekking. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.
- lid 4 Als sprake is van een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 1, heeft u ook aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal 2 overnachtingen voor uzelf in een logeerkamer, zorghotel of andere (betaalde) mogelijkheid tot overnachting naast of in de buurt van het ziekenhuis in aansluiting op een ziekenhuisopname. Hierdoor kunt u nog een extra dag herstellen in de buurt van het ziekenhuis, bijvoorbeeld als u het gevoel heeft dat het ontslag wat vroeg komt.
- Als u 's ochtends vóór 10 uur in het ziekenhuis aanwezig moet zijn en u woont meer dan 50 km bij het ziekenhuis vandaan, kunt u er ook voor kiezen om één hotelovernachting voorafgaand aan de ziekenhuisopname te gebruiken.
- ONVZ vergoedt maximaal € 100,- per overnachting.
- lid 5 Als sprake is van een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 1, kunt u aanspraak maken op aanvullende zorg en dienstverlening door de ONVZ ZorgConsulent bij ontslag uit het ziekenhuis. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan:
- maaltijdservice via de service van Apetito (ook dieet-maaltijden);
 - hulpmiddelen die u mogelijk thuis nodig heeft bij een voorspoedig herstel. Dit kunnen hulpmiddelen zijn ter ondersteuning van uw mobiliteit, zoals een (tijdelijke) rollator of krukken, of ter ondersteuning van de verzorging, zoals een hoog-laagbed of douche-stoel;
 - ondersteuning in het huishouden na ontslag naar huis. De ZorgConsulent bekijkt aan welke ondersteuning u behoefte heeft. Dit kan huishoudelijke hulp zijn, vervangende mantelzorg, kinderopvang of andere hulp.
- U kunt contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent om deze ondersteuning te regelen tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50. De kosten van de ingezette zorg, diensten of hulpmiddelen worden soms vergoed uit uw Basisverzekering of aanvullende verzekering. De maaltijdservice, hulpmiddelen of aanvullende zorg die niet gedekt zijn door een andere verzekering, vergoedt ONVZ. Belt u met de ONVZ ZorgConsulent voor overleg over de mogelijkheden. De ZorgConsulent regelt de zorg voor u.

Artikel 3 **Zorg bij ziekenhuisopname in het buitenland**

Als u voor een opname in het buitenland aanspraak maakt op de vergoedingen zoals bedoeld in artikel 1 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname), dan geldt het maximumbedrag van € 2.500,- per kalenderjaar voor alle opnames, in zowel Nederland als het buitenland, tezamen.

Als u gebruik maakt van een privékamer in België, Duitsland of een ander land, heeft dit soms ook gevolgen voor de kosten van uw behandeling. Zo rekent een medisch specialist (in Duitsland Chefarzt) vaak hogere (loon)kosten. De meerkosten van loon en behandeling vallen niet onder deze dekking. Die kosten blijven voor uw eigen rekening.

lid 1 **Opname in een ziekenhuis in België of Duitsland**

Als u in Nederland woont en bij een medisch noodzaak tot ziekenhuisopname (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) kiest voor opname in een ziekenhuis in België of Duitsland, dan kunt u aanspraak maken op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 1 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan ONVZ een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

Daarnaast kunt u aanspraak maken op de vergoedingen en dienstverlening zoals beschreven in artikel 2 (Zorg voor en na een ziekenhuisopname), lid 3 tot en met 5.

Als u in België of Duitsland woont en wordt opgenomen in een ziekenhuis (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) in uw woonland, bestaat aanspraak op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 1 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan ONVZ een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

Daarnaast kunt u aanspraak maken op de vergoedingen en dienstverlening zoals beschreven in artikel 2 (Zorg voor en na een ziekenhuisopname), lid 3 en 4.

lid 2 **Opname in een ander (buiten)land**

Als u in het buitenland, niet zijnde België of Duitsland, woont en wordt opgenomen in een ziekenhuis (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) in enig land bestaat aanspraak op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 1 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan ONVZ een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

ONVZ
Zó-fit

Inhoudsopgave

ONVZ Zó-fit

Algemene bepalingen

Artikel 1	Toepasselijkheid algemene bepalingen	163
-----------	--------------------------------------	-----

Omvang dekking ONVZ Zó-fit

Artikel 2	Bemiddeling	163
Artikel 3	Werkwijze	163
Artikel 4	Griepvaccinatie	164
Artikel 5	Aansprakelijkheid	164

Polisvoorwaarden

ONVZ Zó-fit

Algemene bepalingen

Artikel 1 Toepasselijkheid algemene bepalingen

- lid 1 De Algemene bepalingen ONVZ Aanvullende Verzekering zijn van toepassing op ONVZ Zó-fit. Deze Algemene bepalingen zijn bijgevoegd.
- lid 2 Als een bepaling van de polisvoorwaarden ONVZ Zó-fit in strijd is met die van de Algemene bepalingen ONVZ Aanvullende Verzekering, gaat de bepaling van ONVZ Zó-fit voor.
- lid 3 De ingangsdatum is de dag waarop ONVZ het verzoek tot het sluiten van ONVZ Zó-fit heeft ontvangen. Op verzoek van de verzekeringnemer kan dit ook een latere dag zijn, maar nooit een eerdere.
- lid 4 Daar waar in artikel 12 (Uitsluitingen) van deel A-1 van de Algemene bepalingen staat 'dekking van kosten voor' moet u lezen: 'aanspraak op uitkering (in natura)'.

Omvang dekking ONVZ Zó-fit

Artikel 2 Bemiddeling

- lid 1 Als u uw werkzaamheden geheel of gedeeltelijk niet meer kunt voortzetten door ziekte of ongeval, kunt u of kan de verzekeringnemer dit melden bij ONVZ. ONVZ biedt de garantie dat binnen vijf werkdagen na de dag van melding bij ONVZ gestart zal worden met het stellen van de diagnose (inclusief bijbehorende onderzoeken) of de behandeling. De diagnosestelling en behandeling zijn gericht op werkhervatting.
- Als de diagnose is gesteld, geldt de garantie dat binnen vijf werkdagen gestart zal worden met de behandeling. Deze garantie heeft betrekking op de gangbare aandoeningen (bijvoorbeeld in het kader van een wachtlijst). Zo nodig benadert ONVZ een zorgverlener in het buitenland (binnen EU- en EER-landen) voor de diagnosestelling of behandeling.
- lid 2 De vermelde termijn van vijf werkdagen geldt, als de situatie in verband met het stellen van de diagnose of de behandeling niet zo complex is dat hieraan redelijkerwijs niet kan worden voldaan. ONVZ zal zich dan wel inspannen. De garantie geldt niet voor transplantaties en vergelijkbare behandelingen.
- lid 3 ONVZ kan ook bemiddelen voor kinderopvang, huishoudelijke hulp of taxivervoer, als aangeboden door de door ONVZ gecontracteerde organisaties.
- Aanspraak bestaat op bemiddeling voor kinderopvang bij ziekte of ongeval van uzelf, uw partner of uw kind tot en met 12 jaar. Als dit nodig is, kan de kinderopvang thuis gecombineerd worden met huishoudelijke hulp.
- lid 4 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de diagnosestelling of behandeling zelf. Ook de kosten van kinderopvang, huishoudelijke hulp of taxivervoer worden niet vergoed. Deze kosten kunnen gedekt zijn onder een (aanvullende) verzekering. ONVZ adviseert om vooraf bij uw (zorg)verzekeraar te informeren naar de vergoeding.

Artikel 3 Werkwijze

- lid 1 Bemiddeling geschiedt op uw verzoek. ONVZ informeert u over de verschillende mogelijkheden en regelt een afspraak volgens uw keuze.
- lid 2 De ONVZ Zó-fit Assistent is uw aanspreekpunt. De ONVZ Zó-fit Assistent is bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur op telefoonnummer 030 639 62 25, of via zo-fit@onvz.nl.

lid 3 Voordat wordt bemiddeld, moet u een verwijzing hebben van de huisarts, de bedrijfsarts of een medisch specialist. Op verzoek van ONVZ moet u de verwijzing overleggen.

Artikel 4 **Griepvaccinatie**

ONVZ vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.

Artikel 5 **Aansprakelijkheid**

ONVZ voert de bemiddeling, zoals hiervoor omschreven, zo goed en zorgvuldig mogelijk uit. Zij is echter geen zorgverlener. ONVZ stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Zij verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. ONVZ aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.



ONVZ
zorgverzekeraar

De Molen 66
Postbus 392
3990 GD Houten
030 639 62 22

www.onvz.nl
www.linkedin.com/company/onvz
www.facebook.com/onvz
www.twitter.com/onvz