

DE LIJST VAN VERSTREKKINGEN BEHORENDE BIJ DE PMA-ONDERWIJS-ZIEKTEKOSTENPOLIS (Bijzondere verzekeringsvoorwaarden) 1-1-2003

	Pagina
Overzicht inhoud hoofdverzekering en aanvullende verzekeringen	2
Algemeen	
- Eigen risico	4
- Omvang van de dekking	4
- Machtiging	4

Indienen nota's

Voor een feilloze verwerking van de nota's die u indient, hebben wij een eenvoudig systeem ontwikkeld. U hoeft geen ingewikkelde declaratieformulieren in te vullen. Ziektekostennota's kunt u eenvoudig indienen door gebruikmaking van notastickers. In principe kunt u alle nota's voorzien van de juiste notasticker, rechtstreeks laten vergoeden door Geové.

- Ziekenhuis, specialist, fysiotherapeut, huisarts en tandarts. Geové vergoedt deze nota's rechtstreeks.
- Apotheek. De meeste apotheken in Nederland hebben een overeenkomst gesloten met Geové, waardoor zij nota's bij Geové kunnen indienen via een incassosysteem. Overleg met uw apotheker of deze mogelijkheid van toepassing is. Is dit het geval, dan vergoedt Geové de nota rechtstreeks aan uw apotheker. Biedt uw apotheker deze mogelijkheid niet dan kunt u zelf de nota, voorzien van een notasticker met polisnummer, indienen bij Geové. De kosten worden dan naar keuze rechtstreeks aan u of uw apotheker vergoed. De kosten van geneesmiddelen vallen niet onder het eigen risico, met uitzondering van de farmaceutische zorg die door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht en de vergoeding van de meerkosten als gevolg van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

TERUGKEERGARANTIE

Verzekeraar biedt iedere particulier verzekerde de mogelijkheid om terug te keren op een particuliere polis. Iedere particulier verzekerde van verzekeraar die dient over te stappen naar de verplichte ziekenfondsverzekering en kiest voor het ziekenfonds van Geové, krijgt voor een periode van twee jaar gratis terugkeergarantie. Deze terugkeergarantie garandeert verzekerde dat de oude particuliere polis, na medische acceptatie, tegen de geldende premies en voorwaarden kan worden voortgezet, hetgeen door verzekeraar wordt beoordeeld. Indien er geen acceptatie op de oude polis kan plaatsvinden biedt verzekeraar verzekerde de mogelijkheid een Standaardpakket-polis met een aanvullende verzekering af te sluiten, zonder medische selectie, die qua voorwaarden zoveel mogelijk overeenkomt met de oude particuliere polis, hetgeen door verzekeraar wordt beoordeeld, en tegen de voor de oude polis geldende individuele particuliere premie. Ook wanneer de betreffende verzekerde langer dan twee jaar bij het ziekenfonds van Geové blijft, kan de terugkeergarantie, op verzoek van verzekerde, worden voortgezet tegen 15% van de geldende premiekosten van de particuliere polis (exclusief wettelijke heffingen). Wenst verzekerde de terugkeergarantie, maar is hij verzekerd via een ander ziekenfonds, dan berekent verzekeraar 15% van de geldende premiekosten van de particuliere polis (exclusief wettelijke heffingen).

BASISPAKKET (pagina 5)

- 1. (POLI)KLINISCHE ZORG**
 - Ziekenhuisopname
 - Poliklinische zorg
 - Revalidatie
 - Plastische chirurgie
 - Privé-kliniek
 - Ziekenvervoer per ambulance
- 2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG**
 - Huisarts
 - Zorg door een audiologisch centrum
 - Flebologie
- 3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN**
 - Farmaceutische zorg
 - Dieetpreparaten
 - Verbandmiddelen
 - Hulpmiddelen
 - Chronisch intermitterende beademing
- 4. ZWANGERSCHAP**
 - Bevalling
- 6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN**
 - Leukemie bij kinderen
 - Nierdialyse
 - Orgaantransplantaties
 - Erfelijkheidsonderzoek
- 7. BUITENLANDDEKKING**
 - Spoedeisende zorg
 - Internationale persoonlijke hulpverlening
 - Zorg in een andere EU/EER-lidstaat
- 8. TANDHEELKUNDIGE HULP**
 - Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 21 jaar
 - Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een handicap
 - Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
 - Orthodontie bij kaakorthopedische afwijkingen
- 10. OVERIGEN**
 - De Zorgmakelaar
 - Vroegsignalering

BASISPLUSPAKKET (pagina 12)

- 1. (POLI)KLINISCHE ZORG**
 - Ziekenhuisopname
 - Poliklinische zorg
 - Revalidatie
 - Plastische chirurgie
 - Privé-kliniek
 - Ziekenvervoer klinisch
 - Ziekenvervoer poliklinisch
 - Ziekenvervoer van en naar een AWBZ inrichting
- 2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG**
 - Huisarts
 - Second opinion
 - Fysiotherapie/oefentherapie
 - Zorg door een audiologisch centrum
 - Logopedie/foniatrie
 - Preventieve geneeskunde en geneeswijzen
 - Kinderopvang
 - Ergotherapie
 - Flebologie
- 3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN**
 - Farmaceutische zorg
 - Dieetpreparaten
 - Verbandmiddelen
 - Hulpmiddelen
 - Chronisch intermitterende beademing
- 4. ZWANGERSCHAP**
 - Bevalling
 - Kraamzorg
 - Kraamzorg na coupeuseopname
 - Kraamzorg bij adoptie
- 6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN**
 - Leukemie bij kinderen
 - Nierdialyse
 - Orgaantransplantaties
 - Erfelijkheidsonderzoek
- 7. BUITENLANDDEKKING**
 - Spoedeisende zorg
 - Voorschot geneeskundige kosten
 - Zorg in een andere EU/EER-lidstaat
- 8. TANDHEELKUNDIGE HULP**
 - Tandheelkundige hulp aan verzekerden jonger dan 21 jaar
 - Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 21 jaar
 - Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een handicap
 - Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
 - Orthodontie aan verzekerden jonger dan 21 jaar
 - Orthodontie bij kaakorthopedische afwijkingen
- 10. OVERIGEN**
 - De Zorgmakelaar
 - Vroegsignalering

LUXEPAKKET (pagina 22)

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

- Ziekenhuisopname
- Poliklinische zorg
- Revalidatie
- Plastische chirurgie
- Privé-kliniek
- Ziekenvervoer klinisch
- Ziekenvervoer poliklinisch
- Ziekenvervoer van en naar een AWBZ inrichting
- Reiskosten ziekenhuisbezoek
- Overnachtingskosten logeershuis

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Huisarts
- Second opinion
- Fysiotherapie/oefentherapie
- Zorg door een audiologisch centrum
- Logopedie/foniatrie
- Podothérapie
- Preventieve geneeskunde en geneeswijzen
- Kinderopvang
- Gezinszorg
- Herstellingsoord
- Kuurreizen
- Psychologische hulpverlening
- Eigen bijdrage psychotherapie
- Ergotherapie
- Flebologie

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Farmaceutische zorg
- Dieetpreparaten
- Verbandmiddelen
- Meerkosten medicijnen volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem
- Hulpmiddelen
- Eigen bijdrage hulpmiddelen
- Chronisch intermitterende beademing
- Huurkosten bewakingsapparatuur ter voorkoming wiegendood

4. ZWANGERSCHAP

- Bevalling
- Kraamzorg
- Meerlingenuitkering
- IVF/ICSI
- Kraamzorg na couveuseopname
- Kraamzorg bij adoptie
- Sterilisatie

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

- Alternatieve behandelwijzen
- Kosten röntgen- en laboratoriumonderzoek
- Homeopathische en antroposofische middelen

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Leukemie bij kinderen
- Nierdialyse
- Orgaantransplantaties
- Cosmetische behandelingen
- Erfelijkheidsonderzoek
- Psoriasis
- Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- Stottertherapie (Del Ferro/BOMA/Instituut Natuurlijk Spreken)
- Trombosedienst

7. BUITENLANDEKKEKING

- Buitenland Preventiepakket
- Spoedeisende zorg
- Voorschot geneeskundige kosten
- Medische bijstand en repatriëring van verzekerden
- Repatriëring na overlijden
- Reisbiljet familielid
- Kosten van opsporing en redding
- Toezending medicijnen
- Doorgeven van boodschappen
- Bemiddeling inzake geld
- Communicatiekosten
- Geldigheidsgebied
- Zorg in een andere EU/EER-lidstaat

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp aan verzekerden jonger dan 21 jaar
- Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 21 jaar
- Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een handicap
- Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
- Orthodontie aan verzekerden jonger dan 21 jaar
- Orthodontie bij kaakorthopedische afwijkingen

10. OVERIGEN

- De Zorgmakelaar
- Premievrijstelling
- Vroegsignalering

KLASSE 2B PAKKET (pagina 37)

UITGEBREID-ONDERWIJS-TANDARTS PAKKET (pagina 38)

ALGEMEEN

Eigen risico

Het eigen risico is niet van toepassing op:

1. Kinderopvang volgens artikel 2.63.a van de Lijst van de Verstrekingen van het BasisPluspakket en het Luxepakket, mits geregeld door de Zorgmakelaar;
2. Farmaceutische zorg volgens artikel 3.01.a van de Lijst van Verstrekingen van het Basispakket, BasisPluspakket en het Luxepakket;
3. Kraamzorg in natura volgens artikel 4.02.h van de Lijst van Verstrekingen van het BasisPluspakket, mits geregeld door een door verzekeraar gecontracteerd kraamcentrum;
4. Internationale Persoonlijke Hulpverlening volgens artikel 7.21 t/m 7.29 van de Lijst van Verstrekingen van het Luxepakket, mits geregeld door de ANWB Alarmcentrale;
5. Tandheelkundige hulp volgens de Lijst van Verstrekingen van het Uitgebreid-Onderwijs-Tandarts Pakket.

Omvang van de dekking: Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt verzekeraar de kosten van de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen en (mee)verzekerde medische behandelingen en verstrekingen, onder aftrek van een eventueel van toepassing zijnde eigen risico, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Verzekeraar bepaalt of er sprake is van medische noodzaak. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt verzekeraar genoemde kosten op basis van maximaal door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) voor de betreffende praktijk of instelling goedgekeurde tarieven.

Voor medische behandelingen in door verzekeraar gecontracteerde instellingen in het buitenland die na bemiddeling van de Zorgmakelaar plaatsvinden gelden de voorwaarden als zou de behandeling in Nederland plaatsvinden. Indien en voor zover verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

Machtiging: Voor de artikelen gemerkt met een * geldt dat uitsluitend recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door verzekeraar. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist. Verzekeraar kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

HOOFDVERZEKERING

De hierna volgende voorwaarden hebben betrekking op afzonderlijk af te sluiten verzekeringen. De verzekeringen zijn van kracht voorzover vermeld op het polisblad.

BASISPAKKET

Binnen de grenzen van het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01* Ziekenhuisopname

- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;
- de kosten van opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis;
- de bijkomende kosten.

Indien een meeverzekerd kind, vanwege de verpleging van de moeder, in het ziekenhuis moet verblijven worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind de leeftijd van drie maanden niet heeft bereikt.

1.02 Poliklinische zorg

- het honorarium van een specialist voor een poliklinische behandeling;
- de bijkomende kosten;
- de kosten van op advies van de huisarts verricht laboratoriumonderzoek in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
- tandheelkundig chirurgische hulp van specialistische aard uitgevoerd door een tandarts komt, na machtiging, voor vergoeding in aanmerking.

1.03* Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- deze zorg voor verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en,
- verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname).
Op vergoeding van kosten van revalidatie gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

1.04* Plastische chirurgie

De kosten van plastische (vormgevende) chirurgische behandelingen die het rechtstreekse gevolg zijn van bij een ongeval ontstane ernstige verminkingen of direct bij de geboorte geconstateerde ernstige afwijkingen.

Bij het verzoek om toestemming dienen aan de medisch adviseur te worden overgelegd:

- a. een schriftelijke motivatie van de huisarts voor de behandeling;
- b. een schriftelijke motivatie van de behandelend specialist, waaruit de aard en omvang van de afwijking blijkt, alsmede een behandelplan met de vermoedelijke opnameduur.

1.05* Privé-kliniek

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, de kosten van behandeling in een vergunninghoudende privé-kliniek op basis van rechtsgeldige CTG-tarieven. De kosten van privé-klinieken komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

1.10* Ziekenvervoer per ambulance

De kosten van ziekenvervoer per ambulance bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of kraam-inrichting mits op medisch advies. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen.

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.01.a Huisarts

Het honorarium van de huisarts, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

2.20 Zorg door een audiologisch centrum

De kosten van zorg door een - daartoe conform de bij wet gestelde regels toegelaten - audiologisch centrum.

2.91* Behandeling door een arts-fleboloog

Vergoed wordt 100% van de kosten van onderzoek en behandeling door een arts-fleboloog, tot een maximum van € 226,89 per verzekerde per kalenderjaar.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.01.a Farmaceutische zorg

De kosten van farmaceutische zorg - overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - afgeleverd op voorschrift van een huisarts, specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

De kosten van farmaceutische zorg zoals omschreven in dit artikel vallen niet onder het eigen risico, met uitzondering van de farmaceutische zorg die door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

3.02* Dieetpreparaten

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden,

cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en verzekerde bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.

3.03 Verbandmiddelen

De kosten voor verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

3.20.a* Hulpmiddelen

De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden overeenkomstig de door verzekeraar opgestelde Bepaling Hulpmiddelen, zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden, vergoed. De Bepaling Hulpmiddelen maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, één en ander ter beoordeling van verzekeraar.

Voor vergoeding of verstrekking als hierboven beschreven is tijdige en voorafgaande toestemming van verzekeraar vereist, tenzij door verzekeraar anders is bepaald. Het verzoek om toestemming door de verzekerde dient vergezeld te gaan van:

- Een schriftelijk gemotiveerde verklaring van de behandelend arts, behandelend medisch specialist of het audiologisch centrum (voor gehoor hulpmiddelen) waarin de indicatie wordt vermeld. Uit deze indicatie moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel medisch noodzakelijk is.
- Een prijsopgave van de leverancier bij de eerste aanschaf, tenzij door verzekeraar anders wordt bepaald.

Aan de toestemming kunnen door verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld.

De op grond van de Bepaling Hulpmiddelen verschuldigde eigen bijdrage is verzekerde verschuldigd aan de leverancier van het hulpmiddel, tenzij verzekeraar anders bepaald.

De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Bepaling Hulpmiddelen anders is vastgelegd, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

3.30* Chronisch intermitterende beademing

De kosten verband houdende met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van verzekerde.

4. ZWANGERSCHAP

4.01 Bevalling

Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk):

Indien en voor zolang verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en het bij haar op de polis medeverzekerde kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a. de kosten van opname in de verzekerde klasse;
- b. de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- c. het honorarium van verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
- d. het honorarium van de specialist.

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.01 Leukemie bij kinderen

De kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

6.10* Nierdialyse

De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de richtlijnen die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld.

6.20* Orgaantransplantaties

De kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long, nier-pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Geen uitkering wordt gedaan indien verzekerde een orgaan laat verwijderen in verband met transplantatie bij iemand, die niet bij verzekeraar is verzekerd.

6.31* Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultra-geluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Indien noodzakelijk voor het advies aan verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s) van de) onderzochte andere persoon of personen.

7. BUITENLANDEKKING

SPOEDEISENDE ZORG TIJDENS VERBLIJF IN HET BUITENLAND

7.10.a Spoedeisende zorg

Voor de gemaakte kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen (met inachtneming van artikel 3.2.2 van het Reglement):

- De kosten die volgens de verzekeringsvoorwaarden ook in Nederland vergoed zouden worden. De in het buitenland op basis van rechtsgeldige tarieven gemaakte kosten die zouden zijn gemaakt indien de behandeling(en) in Nederland zou(de) hebben plaatsgevonden, tot een maximum van 300% van de gemiddelde rechtsgeldige Nederlandse tarieven. Indien de behandeling(en) in het buitenland door bemiddeling van de Zorgmakelaar heeft (hebben) plaatsgevonden, zullen de volledige kosten worden vergoed.
- De maxima en eigen risico's die in Nederland gelden voor de medische kosten zijn van toepassing.

- Kosten verbonden aan opname in een algemeen erkend ziekenhuis worden uitsluitend voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen vergoed. Bij een onderbreking van deze periode met meer dan 30 dagen begint een nieuwe periode. Dit maximum geldt ook voor een in het buitenland begonnen en in Nederland voortgezette behandeling.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- Niet vergoed worden de kosten die redelijkerwijze te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland. Verzekeraar is echter bevoegd om op een daartoe strekkend verzoek toch vergoeding toe te kennen indien zij - na kennisneming van het advies van de medisch adviseur van verzekeraar - van oordeel is dat sprake is van een uitzonderlijk geval en dat behandeling in het buitenland dringend noodzakelijk is. Een verzoek hiertoe dient minstens twee maanden voor de behandeling te worden ingediend, tenzij dit om medische redenen onmogelijk is.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking ingeval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

7.20 Internationale Persoonlijke Hulpverlening

Bij ziekenhuisopname van verzekerde in het buitenland zal de ANWB Alarmcentrale, telefoon: +31 (0)50 - 523 47 90 stappen ondernemen om directe betaling van de geneeskundige kosten te waarborgen. In noodgevallen zal de ANWB Alarmcentrale deze kosten voorschieten, mits een garantiestelling dan wel een deposito wordt afgegeven.

De ANWB Alarmcentrale zal onderzoek verrichten naar de medische noodzaak en de duur van ziekenhuisopname in het buitenland en zal tevens nagaan of declaraties van geneeskundige kosten correct zijn.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking ingeval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

WOONACHTIG IN NEDERLAND, ZORG IN EEN ANDERE LIDSTAAT VAN DE EU/EER

7.40* Zorg in een andere EU/EER-lidstaat

- a. Recht op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met zorg in een andere EU/EER-lidstaat, niet zijnde spoedeisende zorg, tot ten hoogste 100 % van de kosten indien de zorg in Nederland zou zijn verstrekt en krachtens de verzekeringsvoorwaarden zou zijn vergoed. De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximale vergoedingen en/of eigen risico's zijn ook op deze kosten van toepassing.
- b. Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar en van het buitenland.

Verzekerde wordt aanbevolen in een voorkomend geval vooraf met verzekeraar contact op te nemen, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

8.12.d Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden vanaf 21 jaar

a. Preventief onderhoud

De kosten van preventief onderhoud, eenmaal per verzekerde per kalenderjaar.

Het preventieve onderhoud omvat:

- periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar (C11);
- periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar (C12);
- incidenteel consult (C13);
- het verwijderen van tandsteen (M50, M55 of M59).

8.20* Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke of geestelijke handicap

Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, geldt een afwijkende regeling. Na vooraf verleende machtiging door verzekeraar vindt vergoeding van kosten plaats onder de door verzekeraar gestelde voorwaarden. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerde met een lichamelijke en/of geestelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

8.21.a* Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het betreft de volgende afwijkingen:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn, de verstandskiezen hieronder niet begrepen;
- b. een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten of de vervaardiging van uitneembare of vastzittende prothetische voorzieningen bij tevoren reeds bestaande onvolkomenheden in dorsale afsteuning of bij diastemen elders in het gebit, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. De kosten van de in de vorige volzin genoemde eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts en/of een gespecialiseerd centrum komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
- e. een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren machtiging heeft gegeven.

Geen machtiging wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Vergoed wordt 100% van de gedeclareerde bedragen.

Tandheelkundige implantaten:

Een vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese.

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zo nodig van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Mesostructuur en prothese op implantaten:

Een vergoeding van 75% van de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende Uniforme Particuliere Tarieven (UPT)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking.

Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

8.42* Orthodontie bij kaakorthopedische afwijkingen

De kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis).

10. OVERIGEN

10.01 De Zorgmakelaar

Zorgmanagement is een exclusieve dienstverlening van de Zorgmakelaar waarbij op verzoek van verzekerde de benodigde (medische) zorg wordt georganiseerd, verbeterd, bespoedigd en/of toegelicht.

Voor meer informatie over de dienstverlening van de Zorgmakelaar verwijzen wij u naar de brochure van de Zorgmakelaar. Deze brochure kan worden aangevraagd bij verzekeraar.

10.40 Vroegsignalering

Verzekerde kan een beroep doen op Vroegsignalering door ProVé B.V. na een aaneengesloten periode van 13 weken verzuim door arbeidsongeschiktheid, dan wel direct nadat de bedrijfsarts heeft aangegeven te verwachten dat het verzuim langer dan 13 weken zal gaan duren. Een verzoek tot Vroegsignalering dient bij verzekeraar te worden ingediend.

BASISPLUSPAKKET

Binnen de grenzen van het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01* Ziekenhuisopname

- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;
- de kosten van opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis;
- de bijkomende kosten.

Indien een meeverzekerd kind, vanwege de verpleging van de moeder, in het ziekenhuis moet verblijven worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind de leeftijd van drie maanden niet heeft bereikt.

1.02 Poliklinische zorg

- het honorarium van een specialist voor een poliklinische behandeling;
- de bijkomende kosten;
- de kosten van op advies van de huisarts verricht laboratoriumonderzoek in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
- tandheelkundig chirurgische hulp van specialistische aard uitgevoerd door een tandarts komt, na machtiging, voor vergoeding in aanmerking.

1.03* Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- deze zorg voor verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en,
- verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname).

Op vergoeding van kosten van revalidatie gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;

- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

1.04* Plastische chirurgie

De kosten van plastische (vormgevende) chirurgische behandelingen die het rechtstreekse gevolg zijn van bij een ongeval ontstane ernstige verminkingen of direct bij de geboorte geconstateerde ernstige afwijkingen.

Bij het verzoek om toestemming dienen aan de medisch adviseur te worden overgelegd:

- a. een schriftelijke motivatie van de huisarts voor de behandeling;
- b. een schriftelijke motivatie van de behandelend specialist, waaruit de aard en omvang van de afwijking blijkt, alsmede een behandelplan met de vermoedelijke opnameduur.

1.05* Privé-kliniek

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, de kosten van behandeling in een vergoedinghoudende privé-kliniek op basis van rechtsgeldige CTG-tarieven. De kosten van privé-klinieken komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

1.11.a* Ziekenvervoer klinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting op medisch advies.

De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks ter beoordeling van verzekeraar. Ter beoordeling van de medische redenen dient verzekerde het “aanvraagformulier ziekenvervoer” in te vullen. Het aanvraagformulier ziekenvervoer kan worden aangevraagd bij verzekeraar. De kosten van taxivervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.12.a* Ziekenvervoer poliklinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto in verband met poliklinische hulp door een specialist op medisch advies. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks ter beoordeling van verzekeraar. Ter beoordeling van de medische redenen dient verzekerde het “aanvraagformulier ziekenvervoer” in te vullen. Het aanvraagformulier ziekenvervoer kan worden aangevraagd bij verzekeraar. De kosten van taxivervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.13* Ziekenvervoer van en naar AWBZ-inrichtingen

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto naar of van een inrichting waarin verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld op medisch advies. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks ter beoordeling van verzekeraar. Ter beoordeling van de medische redenen dient verzekerde het “aanvraagformulier ziekenvervoer” in te vullen. Het aanvraagformulier ziekenvervoer kan worden aangevraagd bij verzekeraar. De kosten van taxivervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.01.a Huisarts

Het honorarium van de huisarts, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

2.02 Second opinion

De kosten, waaronder wordt verstaan het honorarium en de bijkomende kosten, van een second opinion door een andere specialist/tandarts dan de behandelend specialist/tandarts.

2.10.b* Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

De kosten van:

- a. fysiotherapie/oefentherapie door een fysiotherapeut respectievelijk oefentherapeut Mensendieck en Cesar;
- b. kinderysiotherapie door een kinderysiotherapeut;
- c. manuele therapie door een manueel therapeut tot maximaal 6 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Reiskosten zijn van vergoeding uitgesloten.

Onder fysiotherapie wordt in ieder geval niet verstaan: zwangerschaps-, kraamvrouwen- en schoolgymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie, haptotherapie en medische fitness.

Per kalenderjaar worden maximaal 9 behandelingen fysiotherapie/oefentherapie per verzekerde vergoed.

2.20 Zorg door een audiologisch centrum

De kosten van zorg door een - daartoe conform de bij wet gestelde regels toegelaten - audiologisch centrum.

2.30.b* Logopedie/foniatrie

De kosten van maximaal 9 behandelingen logopedie/foniatrie door een logopedist. Bij het verzoek om machtiging dient een verklaring van een huisarts/specialist te zijn gevoegd. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan onderzoek naar en behandeling van dyslexie (tenzij sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van dialect en anderstaligheid.

2.52.b Preventieve geneeskunde en geneeswijzen

De kosten van arts of specialist voor:

- a. onderzoek van hart en bloedvaten (maximaal 1 keer per 2 jaar);
- b. baarmoederhals- (uitstrijkje) en borstkankeronderzoek;
- c. inenting tegen tetanus;
- d. inenting tegen hondsdolheid;
- e. inenting tegen griep.

De kosten van vaccinaties en geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte in het kader van een vakantiereis naar het buitenland. De volgende vaccinaties en geneesmiddelen komen in aanmerking voor vergoeding:

- a. Malaria profylaxe (nivaquine, paludrine of Iariam);
- b. DTP;
- c. Gele koorts;
- d. Tyfus;
- e. Cholera;
- f. Hepatitis-A (immunoglobuline) of havrix.

2.63.a* Kinderopvang

Bij een verblijf langer dan drie aaneengesloten dagen van de bij verzekeraar verzekerde verzorgende ouder in een algemeen ziekenhuis in Nederland, kan aanspraak worden gemaakt op opvang van bij verzekeraar verzekerde kinderen jonger dan 14 jaar. De kinderopvang geldt maximaal drie maanden per ziekenhuisopname per kalenderjaar gedurende maximaal negen aaneengesloten uren per etmaal. Het recht op kinderopvang bestaat tot en met één dag na thuiskomst van de verzorgende ouder uit het ziekenhuis.

Vergoeding vindt uitsluitend plaats in natura. Dat wil zeggen dat de kinderopvang wordt geregeld door de Zorgmakelaar. Er bestaat geen recht op kinderopvang in geval van opname in een ziekenhuis wegens bevalling, revalidatie of opname ten laste van de AWBZ. Het verzoek voor kinderopvang dient zo spoedig mogelijk bij de Zorgmakelaar te worden ingediend. De Zorgmakelaar is op werkdagen telefonisch bereikbaar via telefoonnummer (026) 369 69 80.

2.90.a* Ergotherapie

De kosten van maximaal 10 behandelingen door een ergotherapeut op basis van het rechtsgeldig tarief per verzekerde per kalenderjaar.

2.91* Behandeling door een arts-fleboloog

Vergoed wordt 100% van de kosten van onderzoek en behandeling door een arts-fleboloog, tot een maximum van € 226,89 per verzekerde per kalenderjaar.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.01.a Farmaceutische zorg

De kosten van farmaceutische zorg - overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - afgeleverd op voorschrift van een huisarts, specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

De kosten van farmaceutische zorg zoals omschreven in dit artikel vallen niet onder het eigen risico, met uitzondering van de farmaceutische zorg die door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

3.02* Dieetpreparaten

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en verzekerde bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.

3.03 Verbandmiddelen

De kosten voor verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

3.20.a* Hulpmiddelen

De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden overeenkomstig de door verzekeraar opgestelde Bepaling Hulpmiddelen, zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden, vergoed. De Bepaling Hulpmiddelen maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, één en ander ter beoordeling van verzekeraar.

Voor vergoeding of verstrekking als hierboven beschreven is tijdige en voorafgaande toestemming van verzekeraar vereist, tenzij door verzekeraar anders is bepaald. Het verzoek om toestemming door de verzekerde dient vergezeld te gaan van:

- Een schriftelijk gemotiveerde verklaring van de behandelend arts, behandelend medisch specialist of het audiologisch centrum (voor gehoor hulpmiddelen) waarin de indicatie wordt vermeld. Uit deze indicatie moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel medisch noodzakelijk is.
- Een prijsopgave van de leverancier bij de eerste aanschaf, tenzij door verzekeraar anders wordt bepaald.

Aan de toestemming kunnen door verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld.

De op grond van de Bepaling Hulpmiddelen verschuldigde eigen bijdrage is verzekerde verschuldigd aan de leverancier van het hulpmiddel, tenzij verzekeraar anders bepaald.

De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Bepaling Hulpmiddelen anders is vastgelegd, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

3.30* Chronisch intermitterende beademing

De kosten verband houdende met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van verzekerde.

4. ZWANGERSCHAP

4.01 Bevalling

Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk):

Indien en voor zolang verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en het bij haar op de polis medeverzekerde kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a. de kosten van opname in de verzekerde klasse;
- b. de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- c. het honorarium van verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
- d. het honorarium van de specialist.

4.02.h Kraamzorg

Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis of kraaminrichting (niet medisch noodzakelijk), poliklinische bevalling of thuis:

- een uitkering ineens (achteraf) ter hoogte van € 998,32, (voor de kosten van ziekenhuis, kraaminrichting, verloskundige hulp, kraamzorg en andere aan de bevalling verbonden kosten gezamenlijk) óf
- zorg in natura, geregeld door verzekeraar. Deze zorg moet ten minste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aangevraagd worden. Een aanvraagkaart hiervoor is verkrijgbaar bij verzekeraar. Kraamzorg wordt in overleg met het kraamcentrum geregeld, waarbij minimaal 24 uur en maximaal 64 uur hulp wordt verleend. Het te verlenen aantal uren kraamzorg is mede afhankelijk van de beschikbaarheid van kraamverzorgsters en de aard van de bevalling. Indien minder dan 64 uur hulp wordt verleend kan geen aanspraak worden gemaakt op een aanvullende vergoeding en/of enig ander vorderingsrecht.

Combinatie van aanspraak op zorg genoemd onder 4.01 en 4.02.h:

- indien moeder en kind, in combinatie met aanspraak op zorg genoemd in artikel 4.01, het ziekenhuis verlaten voordat een periode van acht dagen (met ingang van de dag van de bevalling) is verstreken, dan wordt voor elke minder in rekening gebrachte dag een vergoeding toegekend van € 45,38 per dag of voor het resterend aantal dagen zorg in natura verleend tot minimaal 3 uur en maximaal 8 uur kraamzorg per dag.
- indien in combinatie met aanspraak op zorg genoemd in artikel 4.02.h, binnen acht dagen na de bevalling alsnog een ziekenhuisopname met medische noodzaak voor moeder en kind volgt, dan wordt voor elke in rekening gebrachte dag een korting toegepast van € 45,38 per dag op de uitkering ineens of het resterend aantal dagen zorg in natura verminderd met het gemiddeld aantal toegekende uren kraamzorg per dag.

4.05 Kraamzorg na couveuseopname

Indien door een ziekenhuisopname ten gevolge van couveuseopname van de zuigeling geen recht meer bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat na overleg met het kraamcentrum recht op vergoeding van de kosten verbonden aan maximaal 12 uren kraamzorg binnen 3 maanden na de bevalling.

4.06 Kraamzorg bij adoptie

Indien een baby wordt geadopteerd welke jonger is dan 3 maanden en geen recht bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat na overleg met het kraamcentrum recht op vergoeding van de kosten verbonden aan maximaal 12 uren kraamzorg.

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.01 Leukemie bij kinderen

De kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

6.10* Nierdialyse

De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de richtlijnen die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld.

6.20* Orgaantransplantaties

De kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long, nier-pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Geen uitkering wordt gedaan indien verzekerde een orgaan laat verwijderen in verband met transplantatie bij iemand, die niet bij verzekeraar is verzekerd.

6.31* Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultra-geluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Indien noodzakelijk voor het advies aan verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s) van de) onderzochte andere persoon of personen.

7. BUITENLANDEKKING

SPOEDEISENDE ZORG TIJDENS VERBLIJF IN HET BUITENLAND

7.10.a Spoedeisende zorg

Voor de gemaakte kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen (met inachtneming van artikel 3.2.2 van het Reglement):

- De kosten die volgens de verzekeringsvoorwaarden ook in Nederland vergoed zouden worden. De in het buitenland op basis van rechtsgeldige tarieven gemaakte kosten die zouden zijn gemaakt indien de behandeling(en) in Nederland zou(de) hebben plaatsgevonden, tot een maximum van 300% van de gemiddelde rechtsgeldige Nederlandse tarieven. Indien de behandeling(en) in het buitenland door bemiddeling van de Zorgmakelaar heeft (hebben) plaatsgevonden, zullen de volledige kosten worden vergoed.
- De maxima en eigen risico's die in Nederland gelden voor de medische kosten zijn van toepassing.
- Kosten verbonden aan opname in een algemeen erkend ziekenhuis worden uitsluitend voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen vergoed. Bij een onderbreking van deze periode met meer dan 30 dagen begint een nieuwe periode. Dit maximum geldt ook voor een in het buitenland begonnen en in Nederland voortgezette behandeling.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- Niet vergoed worden de kosten die redelijkerwijze te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland. Verzekeraar is echter bevoegd om op een daartoe strekkend verzoek toch vergoeding toe te kennen indien zij - na kennisneming van het advies van de medisch adviseur van verzekeraar - van oordeel is dat sprake is van een uitzonderlijk geval en dat behandeling in het buitenland dringend noodzakelijk is. Een verzoek hiertoe dient minstens twee maanden voor de behandeling te worden ingediend, tenzij dit om medische redenen onmogelijk is.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking ingeval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

7.20 Internationale Persoonlijke Hulpverlening

Bij ziekenhuisopname van verzekerde in het buitenland zal de ANWB Alarmcentrale, telefoon: +31 (0)50 - 523 47 90 stappen ondernemen om directe betaling van de geneeskundige kosten te waarborgen. In noodgevallen zal de ANWB Alarmcentrale deze kosten voorschieten, mits een garantiestelling dan wel een deposito wordt afgegeven.

De ANWB Alarmcentrale zal onderzoek verrichten naar de medische noodzaak en de duur van ziekenhuisopname in het buitenland en zal tevens nagaan of declaraties van geneeskundige kosten correct zijn.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking ingeval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage of uitzending door een vrijwilligers- of zendingorganisatie.

WOONACHTIG IN NEDERLAND, ZORG IN EEN ANDERE LIDSTAAT VAN DE EU/EER

7.40* Zorg in een andere EU/EER-lidstaat

- a. Recht op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met zorg in een andere EU/EER-lidstaat, niet zijnde spoedeisende zorg, tot ten hoogste 100 % van de kosten indien de zorg in Nederland zou zijn verstrekt en krachtens de verzekeringsvoorwaarden zou zijn vergoed. De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximale vergoedingen en/of eigen risico's zijn ook op deze kosten van toepassing.
- b. Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar en van het buitenland.

Verzekerde wordt aanbevolen in een voorkomend geval vooraf met verzekeraar contact op te nemen, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

8.01.i Tandheelkundige hulp door een tandarts voor verzekerden jonger dan 21 jaar

Voor deze verzekerden bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de behandeling door een tandarts of een dienst voor jeugdtandverzorging, waaronder zijn begrepen de door deze in rekening gebrachte techniekkosten, tot een maximum van € 113,45 per verzekerde per kalenderjaar.

Voor verzekeringen met een eigen risico tellen tandartskosten tot het genoemde maximum mee voor het volmaken van het eigen risico.

8.12.a Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden vanaf 21 jaar

a. Preventief onderhoud

De kosten van preventief onderhoud, eenmaal per verzekerde per kalenderjaar.

Het preventieve onderhoud omvat:

- periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar (C11);
- periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar (C12);
- incidenteel consult (C13);
- het verwijderen van tandsteen (M50, M55 of M59).

b. Kronen

De kosten van:

- kronen, stifttanden, inlays of brugdelen € 54,45 per element tot maximaal € 163,36 per verzekerde per kalenderjaar;
- een wortelkanaalbehandeling tot maximaal € 20,42 per element voor zover deze behandeling noodzakelijk is voor de plaatsing van kronen, stifttanden of brugdelen.

c. Prothesen

De kosten van:

- de aanschaf of rebasing van een volledige prothese tot maximaal € 199,66 per 5 jaar met dien verstande dat voor de aanschaf of rebasing per boven- of onderprothese tot maximaal € 99,83 per verzekerde per 5 jaar wordt vergoed;
- de aanschaf of rebasing van een partiële prothese € 9,08 per element tot maximaal € 99,83 per 5 jaar per boven- of onderprothese.

De periode van 5 jaar wordt, tijdens de verzekerde duur, geacht te zijn begonnen vanaf de datum van eerste aanschaf of rebasing. Indien uit de nota niet duidelijk blijkt wanneer de eerste aanschaf of rebasing heeft plaatsgevonden, is de notadatum bepalend voor de aanvang van de periode van 5 jaar.

8.20* Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke of geestelijke handicap

Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, geldt een afwijkende regeling. Na vooraf verleende machtiging door verzekeraar vindt vergoeding van kosten plaats onder de door verzekeraar gestelde voorwaarden. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerde met een lichamelijke en/of geestelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

8.21.b* Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het betreft de volgende afwijkingen:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn, de verstandskiezen hieronder niet begrepen;
- b. een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten of de vervaardiging van uitneembare of vastzittende prothetische voorzieningen bij tevoren reeds bestaande onvolkomenheden in dorsale afsteuning of bij diastemen elders in het gebit, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. De kosten van de in de vorige volzin genoemde eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts en/of een gespecialiseerd centrum komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
- e. een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren machtiging heeft gegeven.

Geen machtiging wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Vergoed wordt 90% van de gedeclareerde bedragen.

Tandheelkundige implantaten:

Een vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten ver-

band houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese.

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zo nodig van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Mesostructuur en prothese op implantaten:

Een vergoeding van 75% van de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende Uniforme Particuliere Tarieven (UPT)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking.

Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

8.40.I Orthodontische behandeling van verzekerden jonger dan 21 jaar

De kosten van een eerste consult met betrekking tot de kostenbegroting en orthodontische behandeling (gebitsregulatie) na verwijzing door de huisarts of tandarts.

De vergoeding per verzekerde tot ten hoogste 21 jaar omvat:

- het door een orthodontist, overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief, gedeclareerd bedrag;

of

- het door een tandarts, overeenkomstig de Uniforme Particuliere Tarieven, gedeclareerd bedrag.

De vergoeding bedraagt maximaal € 680,67 per verzekerde tot 21 jaar tijdens de totale duur van de verzekering.

8.42* Orthodontie bij kaakorthopedische afwijkingen

De kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemteltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis).

10. OVERIGEN

10.01 De Zorgmakelaar

Zorgmanagement is een exclusieve dienstverlening van de Zorgmakelaar waarbij op verzoek van verzekerde de benodigde (medische) zorg wordt georganiseerd, verbeterd, bespoedigd en/of toegelicht.

Voor meer informatie over de dienstverlening van de Zorgmakelaar verwijzen wij u naar de brochure van de Zorgmakelaar. Deze brochure kan worden aangevraagd bij verzekeraar.

10.40 Vroegsignalering

Verzekerde kan een beroep doen op Vroegsignalering door ProVé B.V. na een aaneengesloten periode van 13 weken verzuim door arbeidsongeschiktheid, dan wel direct nadat de bedrijfsarts heeft aangegeven te verwachten dat het verzuim langer dan 13 weken zal gaan duren. Een verzoek tot Vroegsignalering dient bij verzekeraar te worden ingediend.

LUXEPAKKET

Binnen de grenzen van het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01* Ziekenhuisopname

- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;
- de kosten van opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis;
- de bijkomende kosten.

Indien een meeverzekerd kind, vanwege de verpleging van de moeder, in het ziekenhuis moet verblijven worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind de leeftijd van drie maanden niet heeft bereikt.

1.02 Poliklinische zorg

- het honorarium van een specialist voor een poliklinische behandeling;
- de bijkomende kosten;
- de kosten van op advies van de huisarts verricht laboratoriumonderzoek in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
- tandheelkundig chirurgische hulp van specialistische aard uitgevoerd door een tandarts komt, na machtiging, voor vergoeding in aanmerking.

1.03* Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- deze zorg voor verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en,
- verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname).

Op vergoeding van kosten van revalidatie gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat

slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;

- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

1.04* Plastische chirurgie

De kosten van plastische (vormgevende) chirurgische behandelingen die het rechtstreekse gevolg zijn van bij een ongeval ontstane ernstige verminkingen of direct bij de geboorte geconstateerde ernstige afwijkingen.

Bij het verzoek om toestemming dienen aan de medisch adviseur te worden overgelegd:

- a. een schriftelijke motivatie van de huisarts voor de behandeling;
- b. een schriftelijke motivatie van de behandelend specialist, waaruit de aard en omvang van de afwijking blijkt, alsmede een behandelplan met de vermoedelijke opnameduur.

1.05* Privé-kliniek

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, de kosten van behandeling in een vergunninghoudende privé-kliniek op basis van rechtsgeldige CTG-tarieven. De kosten van privé-klinieken komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

1.11.a* Ziekenvervoer klinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting op medisch advies.

De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks ter beoordeling van verzekeraar. Ter beoordeling van de medische redenen dient verzekerde het "aanvraagformulier ziekenvervoer" in te vullen. Het aanvraagformulier ziekenvervoer kan worden aangevraagd bij verzekeraar. De kosten van taxivervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.12.a* Ziekenvervoer poliklinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto in verband met poliklinische hulp door een specialist op medisch advies. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks ter beoordeling van verzekeraar. Ter beoordeling van de medische redenen dient verzekerde het "aanvraagformulier ziekenvervoer" in te vullen. Het aanvraagformulier ziekenvervoer kan worden aangevraagd bij verzekeraar. De kosten van taxivervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.13* Ziekenvervoer van en naar AWBZ-inrichtingen

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto naar of van een inrichting waarin verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld op medisch advies. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer

om medische redenen niet mogelijk is, zulks ter beoordeling van verzekeraar. Ter beoordeling van de medische redenen dient verzekerde het “aanvraagformulier ziekenvervoer” in te vullen. Het aanvraagformulier ziekenvervoer kan worden aangevraagd bij verzekeraar. De kosten van taxi-vervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.14.a Reiskosten ziekenhuisbezoek

De reiskosten van (een) bij verzekeraar verzekerde ouder(s) in verband met het bezoeken van een in het ziekenhuis verblijvend bij verzekeraar verzekerd kind jonger dan 16 jaar tot maximaal drie bezoeken per gezin per week.

De vergoeding wordt verleend indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- a. de in het ziekenhuis verblijvende bij verzekeraar verzekerde behoort tot het gezin van de bezoekende verzekerde;
- b. de opname van verzekerde vindt plaats in een in Nederland gelegen ziekenhuis en de kosten van die opname komen ten laste van verzekeraar;
- c. de door de bezoekende verzekerde af te leggen afstand van de woning naar het ziekenhuis bedraagt minstens 30 kilometer enkele reis langs de meest gebruikelijke weg.

De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.20 Overnachtingskosten logeerhuis

De kosten van logies indien verzekerde wordt opgenomen in een kliniek waardoor (één van) de ouders, of andere verzorgende gezinsleden, verblijven in een Ronald Mac Donald huis, Prinses Margriethuis of Kiwanishuis.

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.01.a Huisarts

Het honorarium van de huisarts, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

2.02 Second opinion

De kosten, waaronder wordt verstaan het honorarium en de bijkomende kosten, van een second opinion door een andere specialist/tandarts dan de behandelend specialist/tandarts.

2.10.a* Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

De kosten van:

- a. fysiotherapie/oefentherapie door een fysiotherapeut respectievelijk oefentherapeut Mensendieck en Cesar;
- b. kinderysiotherapie door een kinderysiotherapeut;
- c. manuele therapie door een manueel therapeut tot maximaal 6 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Reiskosten zijn van vergoeding uitgesloten.

Onder fysiotherapie wordt in ieder geval niet verstaan: zwangerschaps-, kraamvrouwen- en schoolgymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie, haptotherapie en medische fitness.

Indien er meer dan 9 behandelingen fysiotherapie/oefentherapie, ongeacht de medische indicatie, per kalenderjaar noodzakelijk zijn, is voorafgaande machtiging vereist. Na toestemming is een verlenging mogelijk of deelname aan individuele zelfzorgconsulten van Step Stichting Ergonomie

& Preventie. Bij het verzoek om machtiging dient een behandelplan van de behandelend arts/fysiotherapeut te zijn gevoegd.

2.20 Zorg door een audiologisch centrum

De kosten van zorg door een - daartoe conform de bij wet gestelde regels toegelaten - audiologisch centrum.

2.30.a* Logopedie/foniatrie

De kosten van logopedie/foniatrie door een logopedist. Indien er meer dan 9 behandelingen logopedie, ongeacht de medische indicatie, per kalenderjaar noodzakelijk zijn, is voorafgaande toestemming vereist. Bij het verzoek om machtiging dient een behandelplan van de behandelend logopedist te zijn gevoegd. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan onderzoek naar en behandeling van dyslexie (tenzij sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van dialect en anderstaligheid.

2.40.b* Podotherapie/podoposturaal therapeut

De kosten van maximaal 9 behandelingen door een podotherapeut/podoposturaal therapeut. Bij het verzoek om machtiging dient een verklaring van de behandelend podotherapeut/podoposturaal therapeut te zijn gevoegd. De kosten van steunzolen en/of inlays komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.52.b Preventieve geneeskunde en geneeswijzen

De kosten van arts of specialist voor:

- a. onderzoek van hart en bloedvaten (maximaal 1 keer per 2 jaar);
- b. baarmoederhals- (uitstrijkje) en borstkankeronderzoek;
- c. inenting tegen tetanus;
- d. inenting tegen hondsdolheid;
- e. inenting tegen griep.

De kosten van vaccinaties en geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte in het kader van een vakantiereis naar het buitenland. De volgende vaccinaties en geneesmiddelen komen in aanmerking voor vergoeding:

- a. Malaria profylaxe (nivaquine, paludrine of Iariam);
- b. DTP;
- c. Gele koorts;
- d. Tyfus;
- e. Cholera;
- f. Hepatitis-A (immunoglobuline) of havrix.

2.63.a* Kinderopvang

Bij een verblijf langer dan drie aaneengesloten dagen van de bij verzekeraar verzekerde verzorgende ouder in een algemeen ziekenhuis in Nederland, kan aanspraak worden gemaakt op opvang van bij verzekeraar verzekerde kinderen jonger dan 14 jaar. De kinderopvang geldt maximaal drie maanden per ziekenhuisopname per kalenderjaar gedurende maximaal negen aaneengesloten uren per etmaal. Het recht op kinderopvang bestaat tot en met één dag na thuiskomst van de verzorgende ouder uit het ziekenhuis.

Vergoeding vindt uitsluitend plaats in natura. Dat wil zeggen dat de kinderopvang wordt geregeld door de Zorgmakelaar. Er bestaat geen recht op kinderopvang in geval van opname in een ziekenhuis wegens bevalling, revalidatie of opname ten laste van de AWBZ. Het verzoek voor kinderopvang dient zo spoedig mogelijk bij de Zorgmakelaar te worden ingediend.

De Zorgmakelaar is op werkdagen telefonisch bereikbaar via telefoonnummer (026) 369 69 80.

2.64 Gezinszorg

75% van de kosten van de eigen bijdrage, in rekening gebracht voor gezinsverzorging, mits de hulpverlenende instelling van overheidswege (AWBZ) is gesubsidieerd en is aangesloten bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Het niveau van deze zorg moet door het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) geïndiceerd zijn als "Verzorgingshulp B".

2.70.a* Herstellingsoord

De werkelijke kosten van verpleging in een herstellingsoord tot ten hoogste € 45,38 per verpleegdag tot maximaal € 1.361,34 per verzekerde per kalenderjaar.

2.71.a* Kuurreizen

Eén keer per 12 maanden een vergoeding van maximaal € 567,23 op georganiseerde kuurreizen voor verzekerden met de ziekte van M. Bechterew en reumatoïde artritis. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de medisch adviseur.

2.80.a Psychologische hulpverlening

De kosten van consulten of behandelingen door een Eerstelijnspsycholoog, GZ-psycholoog of Alternatieve psychologische hulpverlener tot maximaal € 181,51 per verzekerde per kalenderjaar voor alle consulten en kortdurende behandelingen tezamen. Er wordt geen vergoeding verleend als er gelijktijdig een AWBZ-gefinancierde therapie plaatsvindt. Onder alternatieve psychologische hulpverlening wordt verstaan: Gestalttherapie, Haptotherapie, Biodynamische therapie, Creatieve therapie, Biografische gesprekken, Psychosynthese therapie, Postural Integration, Neo-Reichiaanse therapie en Rouw- en Verliesverwerking.

2.82 Eigen bijdrage psychotherapie

De kosten van de door verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor de op grond van de AWBZ verstrekte psychotherapie.

2.90.a* Ergotherapie

De kosten van maximaal 10 behandeluren door een ergotherapeut op basis van het rechtsgeldig tarief per verzekerde per kalenderjaar.

2.91* Behandeling door een arts-fleboloog

Vergoed wordt 100% van de kosten van onderzoek en behandeling door een arts-fleboloog, tot een maximum van € 226,89 per verzekerde per kalenderjaar.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.01.a Farmaceutische zorg

De kosten van farmaceutische zorg - overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - afgeleverd op voorschrift van een huisarts, specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

De kosten van farmaceutische zorg zoals omschreven in dit artikel vallen niet onder het eigen risico, met uitzondering van de farmaceutische zorg die door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

3.02* Dieetpreparaten

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en verzekerde bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.

3.03 Verbandmiddelen

De kosten voor verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

3.04 De meerkosten volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, wordt het meerdere vergoed.

3.20.a* Hulpmiddelen

De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden overeenkomstig de door verzekeraar opgestelde Bepaling Hulpmiddelen, zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden, vergoed. De Bepaling Hulpmiddelen maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, één en ander ter beoordeling van verzekeraar.

Voor vergoeding of verstrekking als hierboven beschreven is tijdige en voorafgaande toestemming van verzekeraar vereist, tenzij door verzekeraar anders is bepaald. Het verzoek om toestemming door de verzekerde dient vergezeld te gaan van:

- Een schriftelijk gemotiveerde verklaring van de behandelend arts, behandelend medisch specialist of het audiologisch centrum (voor gehoor hulpmiddelen) waarin de indicatie wordt vermeld. Uit deze indicatie moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel medisch noodzakelijk is.
- Een prijsopgave van de leverancier bij de eerste aanschaf, tenzij door verzekeraar anders wordt bepaald.

Aan de toestemming kunnen door verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld.

De op grond van de Bepaling Hulpmiddelen verschuldigde eigen bijdrage is verzekerde verschuldigd aan de leverancier van het hulpmiddel, tenzij verzekeraar anders bepaald.

De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Bepaling Hulpmiddelen anders is vastgelegd, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

3.21 Eigen bijdrage hulpmiddelen krachtens de Bepaling Hulpmiddelen

De kosten van de door verzekerde verschuldigde eigen bijdrage, alsmede het meerdere boven de maximale vergoeding volgens de door verzekeraar opgestelde Bepaling Hulpmiddelen, indien het de volgende op grond van de verzekeringsvoorwaarden verstrekte hulpmiddelen betreft:

- a. uitwendige borstprothesen;
- b. orthopedisch maatschoeisel of semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing;
- c. schoenvoorzieningen;

- d. ringleidingen;
- e. pruiken (de totale vergoeding van een pruik zal, inclusief de vergoeding volgens de regeling Hulpmiddelen, maximaal € 340,34 bedragen);
- f. apparatuur voor positieve uitademingsdruk.

De vergoedingen worden verleend volgens de in de Bepaling Hulpmiddelen vastgestelde maximale vergoedingstermijnen.

3.30* Chronisch intermitterende beademing

De kosten verband houdende met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van verzekerde.

3.34* Huurkosten bewakingsapparatuur ter voorkoming wiegendood

Op voorschrift van een huisarts of specialist wordt gedurende maximaal 18 maanden bewakingsapparatuur in bruikleen verstrekt door verzekeraar.

4. ZWANGERSCHAP

4.01 Bevalling

Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk):

Indien en voor zolang verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en het bij haar op de polis medeverzekerde kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a. de kosten van opname in de verzekerde klasse;
- b. de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- c. het honorarium van verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
- d. het honorarium van de specialist.

4.02.a Kraamzorg

Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis of kraaminrichting (niet medisch noodzakelijk), poliklinische bevalling of thuis:

- een uitkering ineens (achteraf) ter hoogte van € 1.633,61 (voor de kosten van ziekenhuis, kraaminrichting, verloskundige hulp, kraamzorg en andere aan de bevalling verbonden kosten gezamenlijk) óf
- zorg in natura, geregeld door verzekeraar. Deze zorg moet ten minste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aangevraagd worden. Een aanvraagkaart hiervoor is verkrijgbaar bij verzekeraar. Kraamzorg wordt in overleg met het kraamcentrum geregeld, waarbij minimaal 24 uur en maximaal 64 uur hulp wordt verleend. Het te verlenen aantal uren kraamzorg is mede afhankelijk van de beschikbaarheid van kraamverzorgsters en de aard van de bevalling. Indien minder dan 64 uur hulp wordt verleend kan geen aanspraak worden gemaakt op een aanvullende vergoeding en/of enig ander vorderingsrecht.

Combinatie van aanspraak op zorg genoemd onder 4.01 en 4.02.a:

- indien moeder en kind, in combinatie met aanspraak op zorg genoemd in artikel 4.01, het ziekenhuis verlaten voordat een periode van acht dagen (met ingang van de dag van de bevalling) is verstreken, dan wordt voor elke minder in rekening gebrachte dag een vergoeding toegekend van € 124,79 per dag of voor het resterend aantal dagen zorg in natura verleend tot maximaal 3 uur en maximaal 8 uur kraamzorg per dag.
- indien in combinatie met aanspraak op zorg genoemd in artikel 4.02.a, binnen acht dagen na de bevalling alsnog een ziekenhuisopname met medische noodzaak voor moeder en kind

volgt, dan wordt voor elke in rekening gebrachte dag een korting toegepast van € 124,79 per dag op de uitkering ineens of het resterend aantal dagen zorg in natura verminderd met het gemiddeld aantal toegekende uren kraamzorg per dag.

4.03 Meerlingenuitkering

Bij geboorte van een meerling, waarvan de moeder bij verzekeraar is verzekerd, bestaat vanaf het 2e kind recht op de volgende vergoeding:

- een eenmalige extra financiële tegemoetkoming van € 226,89 per kind

of

- twee dagen extra kraamzorg per kind.

4.04.b* In vitrofertilisatie (IVF) of ICSI

Recht op vergoeding van de kosten van IVF of ICSI op medisch advies. Het verzoek aan de medisch adviseur om machtiging, hetgeen eveneens van toepassing is op de medicatie ter voorbereiding op de IVF- of ICSI-behandeling, dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de behandelend specialist waarom de behandeling noodzakelijk is.

De IVF- of ICSI-behandeling dient plaats te vinden in een vergunninghoudend ziekenhuis in Nederland. Vergoed worden maximaal drie behandelingen per vrouwelijke verzekerde per te realiseren zwangerschap. Per poging geldt een eigen bijdrage van € 340,34.

Uitgesloten van vergoeding zijn IVF- of ICSI-behandelingen wanneer er sprake is van infertiliteit op basis van kunstmatig verkregen steriliteit en IVF- of ICSI-behandelingen in combinatie met draagmoederschap.

4.05 Kraamzorg na couveuseopname

Indien door een ziekenhuisopname ten gevolge van couveuseopname van de zuigeling geen recht meer bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat na overleg met het kraamcentrum recht op vergoeding van de kosten verbonden aan maximaal 12 uren kraamzorg binnen 3 maanden na de bevalling.

4.06 Kraamzorg bij adoptie

Indien een baby wordt geadopteerd welke jonger is dan 3 maanden en geen recht bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat na overleg met het kraamcentrum recht op vergoeding van de kosten verbonden aan maximaal 12 uren kraamzorg.

4.10 Sterilisatie

De kosten van sterilisatie door een specialist of huisarts. De kosten van het ongedaan maken van een kunstmatig tot stand gebrachte onvruchtbaarheid (steriliteit) worden niet vergoed.

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

5.02.d Alternatieve behandelwijzen

Voor de kosten van de volgende alternatieve zorgaanbieders of antroposofische therapieën wordt een vergoeding verleend tot maximaal € 34,03 per consult of behandeling, ongeacht de tijdsduur van het consult en de aard van de behandeling. Per verzekerde worden van alle consulten en behandelingen tezamen maximaal 9 consulten of behandelingen per kalenderjaar vergoed.

- Acupuncturist;
- Antroposofisch arts;
- Chiropractor;
- Homeopaat;

- Manuele arts;
- Arts-Moermantherapeut;
- Natuurgeneeskundige;
- Neuraaltherapeut;
- Orthomoleculaire geneeskundige;
- Osteopaat.

Voor de kosten van antroposofische therapieën na schriftelijke verwijzing door een antroposofisch arts en verleend door een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend:

- a. Kunstzinnige therapie muziek;
 - b. Kunstzinnige therapie spraak;
 - c. Kunstzinnige therapie beeldend;
 - d. Eurythmie therapie;
 - e. Uitzwendige therapie;
 - f. Dieet therapie;
- g. Zuigelingen- en kleuterzorg, vergoeding van consultatiebureau consulten.

Voor reiskosten wordt geen vergoeding verleend.

5.04 Kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek

De kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op advies van een alternatieve zorgaanbieder, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

5.20 Homeopathische en antroposofische middelen

De kosten van geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden voor 100% vergoed wanneer deze middelen:

- door een bevoegd arts zijn voorgeschreven en van een apotheker of apotheehoudende huisarts worden betrokken en
- 100% homeopathisch dan wel antroposofisch zijn samengesteld en
- worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.01 Leukemie bij kinderen

De kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

6.10* Nierdialyse

De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de richtlijnen die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld.

6.20* Orgaantransplantaties

De kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long, nier-pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Geen uitkering wordt gedaan indien verzekerde een orgaan laat verwijderen in verband met transplantatie bij iemand, die niet bij verzekeraar is verzekerd.

6.30.b Cosmetische behandelingen

De kosten van cosmetische behandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut(e).

a. Camouflagetherapie*

Ter camouflage van ontsieringen in het gelaat en op de hals, die door een plastische chirurgische behandeling niet of niet volledig tot verdwijning kunnen worden gebracht, worden de kosten vergoed van lessen en noodzakelijk gebruikte materialen tot maximaal € 453,78 per verzekerde per kalenderjaar.

b. Acnebehandelingen*

De kosten van peeling bij ernstige acne tot maximaal € 226,89 per verzekerde tijdens de hele verzekeringsduur.

c. Elektrische epilatie

De kosten van elektrische epilatie van een vrouwelijke verzekerde in verband met extreme haargroei in het gelaat, tot maximaal € 453,78 per verzekerde per kalenderjaar.

d. Epilieren door middel van licht-/lasertherapie van het gelaat*

Een vergoeding van 50% van de kosten bij hirsutisme en indien er een medische noodzaak voor epilatie van het gelaat is, tot maximaal € 113,45 voor de gehele verzekeringsduur. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

6.31* Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultra-geluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Indien noodzakelijk voor het advies aan verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s) van de) onderzochte andere persoon of personen.

6.33* Psoriasis

De kosten van behandeling van ernstige en uitgebreide vormen van psoriasis:

a. in een erkend Nederlands psoriasisdagbehandelingscentrum, tot maximaal € 27,23 per behandeling en voor ten hoogste 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;

of

b. door middel van UVB-lichtcabine bij verzekerde thuis. Vergoed worden de kosten van een lichtkuur tot maximaal € 816,80 per verzekerde per kalenderjaar.

6.34.a Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Vergoeding van SMA-consult/behandeling inzake sportblessure met een maximum van twee consulten/behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding voor het eerste consult/behandeling bedraagt maximaal € 31,76 en voor het tweede consult/behandeling maximaal € 20,42.

6.35.a* Stottertherapie

De kosten van maximaal 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar volgens in een instituut waar volgens één van de volgende methodes stottertherapie wordt gegeven:

- a. De Del Ferro-methode;
- b. De BOMA-methode;
- c. Instituut Natuurlijk Spreken.

6.36 Trombosedienst

De kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

7. BUITENLANDEKKING

7.01 Buitenland Preventiepakket

Bij tijdelijk verblijf van verzekerde in het buitenland wordt voor risicovolle landen een Buitenland Preventiepakket verstrekt na overlegging van een kopie van het reisbiljet of een kopie van het boekingsbewijs. Dit pakket bevat onder andere een bloedtransfusieset, steriele spuiten, naalden en handschoenen.

SPOEDEISENDE ZORG TIJDENS VERBLIJF IN HET BUITENLAND

7.10.b Spoedeisende zorg

Voor de gemaakte kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen (met inachtneming van artikel 3.2.2 van het Reglement):

- De kosten die volgens de verzekeringsvoorwaarden ook in Nederland vergoed zouden worden, en wel op basis van de tarieven die gelden in het des betreffende land.
- De maxima en eigen risico's die in Nederland gelden voor de medische kosten zijn van toepassing.
- Kosten verbonden aan opname in een algemeen erkend ziekenhuis worden uitsluitend voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen vergoed. Bij een onderbreking van deze periode met meer dan 30 dagen begint een nieuwe periode. Dit maximum geldt ook voor een in het buitenland begonnen en in Nederland voortgezette behandeling.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- Niet vergoed worden de kosten die redelijkerwijze te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland. Verzekeraar is echter bevoegd om op een daartoe strekkend verzoek toch vergoeding toe te kennen indien zij - na kennisgeving van het advies van de medisch adviseur van verzekeraar - van oordeel is dat sprake is van een uitzonderlijk geval en dat behandeling in het buitenland dringend noodzakelijk is. Een verzoek hiertoe dient minstens twee maanden voor de behandeling te worden ingediend, tenzij dit om medische redenen onmogelijk is.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking ingeval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

7.21 Voorschot van geneeskundige kosten

Bij ziekenhuisopname van verzekerde in het buitenland zal de ANWB Alarmcentrale, telefoon: +31 (0)50 - 523 47 90 stappen ondernemen om directe betaling van de geneeskundige kosten te waarborgen. In noodgevallen zal de ANWB Alarmcentrale deze kosten voorschieten, mits een garantiestelling dan wel een deposito wordt afgegeven.

De ANWB Alarmcentrale zal onderzoek verrichten naar de medische noodzaak en de duur van ziekenhuisopname in het buitenland en zal tevens nagaan of declaraties van geneeskundige kosten correct zijn.

7.22 Medische bijstand en repatriëring van verzekerden

Bij ernstige ziekte of ongeval in het buitenland belt of laat verzekerde bellen naar de ANWB Alarmcentrale, telefoon: +31 (0)50 - 523 47 90. Indien de artsen het medisch vervoer van verzekerde naar een beter of meer gespecialiseerd ziekenhuis respectievelijk het repatriëren voorstellen, dan zal de ANWB Alarmcentrale zich hiermee belasten. Uitsluitend medische redenen worden in aanmerking genomen bij de keuze van het vervoermiddel. In elk geval zal de goedkeuring van het medisch team van de ANWB Alarmcentrale voorafgaan aan het transport.

De ANWB Alarmcentrale belast zich met de repatriëring van verzekerde kinderen jonger dan 16 jaar, indien degenen die er in het buitenland zorg voor dragen hiertoe, ten gevolge van ziekte of ongeval, niet in staat zijn.

7.23 Repatriëring na overlijden

Bij overlijden van verzekerde belast de ANWB Alarmcentrale zich met alle formaliteiten ter plaatse en met het transport tot in Nederland. Wordt hiervan geen gebruikgemaakt, dan bestaat recht op vergoeding van de begrafeniskosten ter plaatse en van de kosten van vervoer van de familieleden in de eerste en tweede graad, geregistreeerde partner of duurzaam samenlevend persoon, tot ten hoogste het bedrag dat zou zijn verschuldigd bij vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde naar de woonplaats van verzekerde met een maximum van € 5.672,25.

7.24 Reisbiljet ter beschikking van een familielid

Bij verblijf in een ziekenhuis langer dan vijf dagen zal de ANWB Alarmcentrale zich met het vervoer van een familielid in de eerste of tweede graad, geregistreeerde partner of duurzaam samenwonend persoon belasten, teneinde de in het ziekenhuis opgenomen verzekerde te bezoeken.

Verblijfkosten worden vergoed tot maximaal € 68,07 per dag, met een maximum van drie dagen.

7.25 Kosten van opsporing en redding

De ANWB Alarmcentrale belast zich met en vergoedt de kosten van opsporing, redding en bergings- en transportwerkzaamheden naar de bewoonde wereld van een vermiste, verongelukte of zieke verzekerde.

7.26 Toezending van medicijnen

De ANWB Alarmcentrale belast zich met het verzenden van medisch noodzakelijke medicijnen die niet ter plaatse verkrijgbaar zijn.

7.27 Doorgeven van boodschappen

De ANWB Alarmcentrale belast zich met het doorgeven van dringende boodschappen, vallende onder de omschreven hulpverlening.

7.28 Bemiddeling inzake geld

De ANWB Alarmcentrale neemt voor haar rekening de bemiddelingskosten (inclusief kosten van overmaken) van het in noodgevallen benodigde geld. Voorschotten of garanties worden niet verstrekt.

7.29 Communicatiekosten

Indien recht op vergoeding van schade, recht op uitkering of recht op hulpverlening bestaat, worden de noodzakelijk gemaakte telefoon-, telegram-, fax- of e-mailkosten om de ANWB Alarmcentrale te bereiken, vergoed.

7.30 Geldigheidsgebied en Uitsluitingen

a. In Nederland wonende verzekerden:

De uitkeringen en diensten zoals in 7.21 t/m 7.29 vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden als zij reizen in de gehele wereld, met uitzondering van Nederland.

b. Buiten Nederland wonende verzekerden:

De uitkeringen en diensten zoals in 7.21 t/m 7.29 vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden als zij reizen in de gehele wereld, met uitzondering van het land waarin hun woonplaats is gelegen.

c. Uitsluitingen:

De uitkeringen en diensten zoals in 7.21 t/m 7.29 vermeld zijn uitgesloten van dekking ingeval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

WOONACHTIG IN NEDERLAND, ZORG IN EEN ANDERE LIDSTAAT VAN DE EU/EER

7.40* Zorg in een andere EU/EER-lidstaat

a. Recht op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met zorg in een andere EU/EER-lidstaat, niet zijnde spoedeisende zorg, tot ten hoogste 100 % van de kosten indien de zorg in Nederland zou zijn verstrekt en krachtens de verzekeringsvoorwaarden zou zijn vergoed. De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximale vergoedingen en/of eigen risico's zijn ook op deze kosten van toepassing.

b. Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar en van het buitenland.

Verzekerde wordt aanbevolen in een voorkomend geval vooraf met verzekeraar contact op te nemen, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

8.01.c Tandheilkundige hulp door een tandarts voor verzekerden jonger dan 21 jaar

Voor deze verzekerden bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de behandeling door een tandarts of een dienst voor jeugd tandverzorging, waaronder zijn begrepen de door deze in rekening gebrachte techniekkosten, tot een maximum van € 340,34 per verzekerde per kalenderjaar.

Voor verzekeringen met een eigen risico tellen tandartskosten tot het genoemde maximum mee voor het volmaken van het eigen risico.

8.12.a Tandheilkundige hulp door een tandarts aan verzekerden vanaf 21 jaar

a. Preventief onderhoud

De kosten van preventief onderhoud, eenmaal per verzekerde per kalenderjaar.

Het preventieve onderhoud omvat:

- periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar (C11);

- periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar (C12);
- incidenteel consult (C13);
- het verwijderen van tandsteen (M50, M55 of M59).

b. Kronen

De kosten van:

- kronen, stifttanden, inlays of brugdelen € 54,45 per element tot maximaal € 163,36 per verzekerde per kalenderjaar;
- een wortelkanaalbehandeling tot maximaal € 20,42 per element voor zover deze behandeling noodzakelijk is voor de plaatsing van kronen, stifttanden of brugdelen.

c. Prothesen

De kosten van:

- de aanschaf of rebasing van een volledige prothese tot maximaal € 199,66 per 5 jaar met dien verstande dat voor de aanschaf of rebasing per boven- of onderprothese tot maximaal € 99,83 per verzekerde per 5 jaar wordt vergoed;
- de aanschaf of rebasing van een partiële prothese € 9,08 per element tot maximaal € 99,83 per 5 jaar per boven- of onderprothese.

De periode van 5 jaar wordt, tijdens de verzekerde duur, geacht te zijn begonnen vanaf de datum van eerste aanschaf of rebasing. Indien uit de nota niet duidelijk blijkt wanneer de eerste aanschaf of rebasing heeft plaatsgevonden, is de notadatum bepalend voor de aanvang van de periode van 5 jaar.

8.20* Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke of geestelijke handicap

Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, geldt een afwijkende regeling. Na vooraf verleende machtiging door verzekeraar vindt vergoeding van kosten plaats onder de door verzekeraar gestelde voorwaarden. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerde met een lichamelijke en/of geestelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

8.21.b* Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het betreft de volgende afwijkingen:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn, de verstandskiezen hieronder niet begrepen;
- b. een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten of de vervaardiging van uitneembare of vastzittende prothetische voorzieningen bij tevoren reeds bestaande onvolkomenheden in dorsale afsteuning of bij diastemen elders in het gebit, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. De kosten van de in de vorige volzin genoemde eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts en/of een gespecialiseerd centrum komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
- e. een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren machtiging heeft gegeven.

Geen machtiging wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Vergoed wordt 90% van de gedeclareerde bedragen.

Tandheelkundige implantaten:

Een vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese.

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zo nodig van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Mesostructuur en prothese op implantaten:

Een vergoeding van 75% van de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende Uniforme Particuliere Tarieven (UPT)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking.

Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

8.40.f Orthodontische behandeling van verzekerden jonger dan 21 jaar

De kosten van een eerste consult met betrekking tot de kostenbegroting en orthodontische behandeling (gebitsregulatie) na verwijzing door de huisarts of tandarts.

De vergoeding per verzekerde tot ten hoogste 21 jaar omvat:

- het door een orthodontist, overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief, gedeclareerd bedrag;

of

- het door een tandarts, overeenkomstig de Uniforme Particuliere Tarieven, gedeclareerd bedrag.

De vergoeding bedraagt maximaal € 1.588,23 per verzekerde tot 21 jaar tijdens de totale duur van de verzekering.

8.42* Orthodontie bij kaakorthopedische afwijkingen

De kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis).

10. OVERIGEN

10.01 De Zorgmakelaar

Zorgmanagement is een exclusieve dienstverlening van de Zorgmakelaar waarbij op verzoek van verzekerde de benodigde (medische) zorg wordt georganiseerd, verbeterd, bespoedigd en/of toegelicht.

Voor meer informatie over de dienstverlening van de Zorgmakelaar verwijzen wij u naar de brochure van de Zorgmakelaar. Deze brochure kan worden aangevraagd bij verzekeraar.

10.10.a Premievrijstelling

Indien verzekeringnemer voor zijn/haar 65ste verjaardag overlijdt, is voor de overige verzekerden op de polis tot een jaar daarna, te rekenen vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin het overlijden van verzekeringnemer heeft plaatsgevonden, geen premie verschuldigd (met uitzondering van de wettelijke heffingen).

10.40 Vroegsignalering

Verzekerde kan een beroep doen op Vroegsignalering door ProVé B.V. na een aaneengesloten periode van 13 weken verzuim door arbeidsongeschiktheid, dan wel direct nadat de bedrijfsarts heeft aangegeven te verwachten dat het verzuim langer dan 13 weken zal gaan duren. Een verzoek tot Vroegsignalering dient bij verzekeraar te worden ingediend.

AANVULLENDE VERZEKERINGEN

De hierna volgende voorwaarden hebben betrekking op afzonderlijk op de hoofdverzekering af te sluiten verzekeringen. De verzekeringen zijn van kracht voorzover vermeld op het polisblad.

11.10.c KLASSE 2B PAKKET

Binnen de grenzen van het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat - indien aanvullend meeverzekerd - recht op vergoeding/verstrekking van:

A. Meerkosten klasse 2B

De meerkosten bij opname in het ziekenhuis in de verzekerde klasse 2B.

B. Compensatieregeling klasse 2B

Indien een klasse 2B-verzekerde vrijwillig of onvrijwillig vanaf de opnamedatum klasse 3 in een ziekenhuis heeft gelegen, dan kan deze verzekerde na indiening van een verzoek bij verzekeraar naar keuze aanspraak maken op één van de navolgende vergoedingen:

- a. Voor iedere nacht dat een klasse 2B-verzekerde klasse 3 in een ziekenhuis heeft gelegen, heeft verzekerde recht op vergoeding van € 22,69 per nacht. Indien de vergoeding € 181,51 of meer bedraagt, heeft verzekerde de keus tussen een financiële vergoeding zonder maximum.

of

- b. Indien een klasse 2B-verzekerde vanaf de opnamedatum minimaal acht aaneengesloten nachten klasse 3 in een ziekenhuis heeft gelegen, dan heeft verzekerde het recht om op kosten van verzekeraar met partner een driedaags kuurarrangement te ondergaan in het kuuroord Thermae 2000 te Valkenburg aan de Geul of in kuuroord Sanadome te Nijmegen. De aan-

spraak op deze vergoeding vervalt indien verzekerde niet binnen drie maanden na de ontslagdatum uit het ziekenhuis het driedaags kuurarrangement te heeft ondergaan. Het door verzekeraar met deze kuuroorden afgesloten driedaags kuurarrangement bestaat uit de volgende onderdelen:

- twee overnachtingen (uitgezonderd eerste en tweede Kerstdag) in een één- of tweepersoonskamer met terras en badfaciliteiten met water uit de mineraalrijke bronnen;
- twee ontbijten, twee lunches en twee diners voor maximaal twee personen;
- drie dagen gebruikmaken van de standaardfaciliteiten van het kuuroord (bijvoorbeeld thermale binnen- en buitenbaden met onderwaterstraalmassages, whirlpools, gymnasium voor lichaamstraining, hydrogym, yogatraining);
- persoonlijke ontvangst en begeleiding van verzekerde en eventuele partner;
- intakegesprek en, afhankelijk van persoonlijke gezondheidssituatie, het opstellen van een kuurplan voor de uit het ziekenhuis ontslagen verzekerde.

Niet inbegrepen in het driedaags kuurarrangement zijn de kosten van extra consumpties, therapieën en/of behandelingen. Het recht op het driedaags kuurarrangement is niet overdraagbaar aan derden.

De compensatieregeling is niet van toepassing bij opname in een buitenlands ziekenhuis.

11.82.b UITGEBREID-ONDERWIJS-TANDARTS PAKKET

Binnen de grenzen van het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat - indien aanvullend meeverzekerd - voor verzekerden van 21 jaar en ouder recht op de volgende vergoedingen. Tussen haakjes staan de codes uit de Uniforme Particuliere Tarieven voor tandartsen, zoals vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg, die maximaal voor vergoeding in aanmerking komen.

Röntgenfoto's

Vergoeding van 80% van de kosten van röntgenfoto's in verband met:

- cariësdagnostiek (X10);
- wortelkanaalbehandelingen (X10);
- parodontologie (X10).

Per kalenderjaar worden maximaal 6 röntgenfoto's per verzekerde vergoed.

Anesthesie

Vergoeding van 80% van de kosten van verdoving (A10).

Restauratieve behandelingen

Vergoeding van 80% van de kosten van:

- blijvende een-, twee- of drievlaksvulling van plastisch materiaal (V10, V11, V12, V13, V14, V50, V60, V70, V80, V85);
- etsen (bij composiet, V20 of V21);
- wortelkanaalbehandeling (E10, E15, E20, E25, E40, E50, E70, E76, E85);
- stift en opbouw van plastisch materiaal in wortelkanaal (R31).

Per kalenderjaar worden maximaal zes restauraties van plastisch materiaal per verzekerde vergoed.

Kronen, bruggen, inlays

In plaats van de vergoedingen die zijn opgenomen in uw hoofdverzekering worden de kosten van de onderstaande voorzieningen tot de aangegeven maxima volledig (100%) vergoed:

- etsbrug als blijvende voorziening (R60, R61, R65, R66, R00)* maximaal € 158,82
- gegoten opbouw met stiftverankering in wortelkanaal per element

(R32, R33, R00)*	maximaal € 68,07
- inlays (gegoten vulling)* per element (R11, R12, R13, R00)*	maximaal € 158,82
- kronen*, brugdelen* per element (R20, R25, R26, R27, R40, R45, R00)*	maximaal € 226,89

De genoemde bedragen zijn maxima per verzekerde per element. De gezamenlijke kosten van meervlaks-inlays, kronen en brugdelen komen tot die van ten hoogste 4 elementen per periode van 12 maanden voor vergoeding in aanmerking. De periode van 12 maanden wordt, tijdens de verzekerde duur, geacht te zijn begonnen met het plaatsen van de eerste inlay, kroon of brug. Indien uit de nota niet duidelijk blijkt wanneer de eerste inlay, kroon of brug is geplaatst, is de notadatum bepalend voor de aanvang van de periode van 12 maanden.

* Voor R-codes geldt een wachttijd van 1 jaar na ingang van het aanvullend tandartspakket.

Parodontale behandelingen, mits uitgevoerd volgens het zogenaamde parodontologieprotocol. Kosten voor eerder doorlopen fases van het protocol komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding van 80% van de kosten van:

- pocketstatus (T11);
- parodontiumstatus (T12);
- initiële parodontale behandeling (T21, T22);
- herbeoordeling (T31, T32, T33);
- consulten nazorg (T51, T52, T53, T54, T55, T56);
- flapoperatie en chirurgische nazorg (T70, T71, T72, T73, T74, T75, T76);
- eindevaluatie (T60, T61);
- gingivectomie (deze verrichtingen vallen buiten het parodontologieprotocol) (T82, T83).

Parodontale behandelingen uitgevoerd door een vrijgevestigd mondhygiënist(e), mits voldaan wordt aan bovenstaande voorwaarden, worden eveneens voor 80% vergoed.

Voor parodontale behandelingen geldt een wachttijd van 1 jaar na ingang van de verzekering. Per kalenderjaar wordt voor parodontale behandelingen maximaal € 680,67 per verzekerde vergoed.

Chirurgische behandeling door tandarts

Vergoeding van 80% van de kosten van:

- extracties en wondverzorging (H10, H15, H20, H25);
- gecompliceerde extracties (H21, H30, H35);
- apexresectie (H21, H42, H43);
- terugplaatsing tand (H21, H50, H55).

Uitneembare prothetische voorzieningen

In plaats van de vergoedingen die zijn opgenomen in de hoofdverzekering bestaat er eenmaal per verzekerde per 5 jaar recht op volledige vergoeding tot de aangegeven maxima voor:

- volledige prothese per boven- of onderprothese
(P21, P25, P30, P36, P37, P27, P28, P38, P39, P40, P41, P43, P29, P00) maximaal € 272,27
- partiële plaatprothese (max. 11 elementen) per element
(P10, P15, P16, P00) maximaal € 22,69
- gegoten metalen frameprothese met 1 element (P34, P35, P00) maximaal € 272,27
- voor elk volgend element in het frame per element (P34, P35, P00) maximaal € 11,34
- rebasen per volledige boven- of onderprothese
(P01, P02, P03, P04, P51, P52, P53, P54, P00) volledig
- uitbreiding/reparatie prothese (P07, P08, P57, P58, P78, P79, P00) volledig

De periode van 5 jaar wordt, tijdens de verzekerde duur, geacht te zijn begonnen vanaf de datum van eerste plaatsing of aanschaf van de prothetische voorziening. Indien uit de nota niet duidelijk blijkt wanneer de eerste plaatsing of aanschaf heeft plaatsgevonden, is de notadatum bepalend voor de aanvang van de periode van 5 jaar.

Orthodontie (gebitsregulatie)

De kosten van een eerste consult met betrekking tot de kostenbegroting en orthodontische behandeling (gebitsregulatie). Deze vindt plaats na verwijzing door de huisarts of tandarts en na overlegging van een kostenbegroting door de behandelend orthodontist of tandarts. Verzekerde dient vooraf schriftelijk toestemming te verkrijgen van verzekeraar*.

* **Voor orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar na ingang van het aanvullend tandartspakket.**

Uitsluitingen

Uitgesloten zijn de kosten van:

- a. behandelingen die voor, door of ten dienste van tandheelkundige instituten of tandtechnische inrichtingen zijn gemaakt;
- b. tandheelkundige behandelingen die verricht zijn door anderen dan een bevoegd tandarts, tandprotheticus dan wel mondhygiënist(e);
- c. verzuimde afspraken, behandelingsadviezen, gebitsregistratie, kosten voor tandheelkundige keuringen, het afgeven van attesten e.d. en administratiekosten.

De verstrekkingen van deze verzekering komen in de plaats van de overeenkomstige verstrekkingen uit de hoofdverzekering.