

VOORWAARDEN VOOR DE BETER AF ZIEKTEKOSTEN POLIS

(per 1 januari 2002)

- met één ster *
- met twee sterren **
- met drie sterren ***
- met vier sterren ****

ACHMEA HEALTH

AANVULLENDE TANDARTSKOSTENVERZEKERING VOOR VOLWASSENEN

- Tand Totaal Polis (TTP)
- Tand Totaal Plus Polis (TTPP)

Over de inhoud van dit boekje

Dit boekje bevat de verzekeringsvoorwaarden die betrekking hebben op de:

- Beter Af Ziektelkosten Polis met sterren
- Achmea health
- Aanvullende Tandartskostenverzekering

Alle verzekeringsvoorwaarden over deze verzekeringen staan in dit boekje.

INHOUDSOPGAVE	Pagina
Algemene richtlijnen bij de Beter Af Ziektelkosten Polis met sterren	3
- Sterren	3
- Richtlijnen voor het declareren van nota's	3
- AWBZ	4
Algemene voorwaarden voor de Beter Af Ziektelkosten Polis met sterren	5
- Begripsomschrijvingen	5
- Algemene Voorwaarden	6
- Dekkingen	8
- Verplichtingen van de verzekerden	27
- Premiebetaling en incasso	27
- Geschillen	28
Voorwaarden Achmea health	29
Voorwaarden Aanvullende Tandartskostenverzekering	32
Alfabetische Woordenlijst	38

ALGEMENE RICHTLIJNEN BIJ DE BETER AF ZIEKTEKOSTEN POLIS MET STERREN

Sterren

Groene Land Achmea heeft voor particulier verzekerden de Beter Af Ziektekostenpolissen met respectievelijk 1, 2, 3 en 4 sterren. Deze sterren geven aan hoe uitgebreid uw polis is qua hoogte van de dekking. Ook het aantal dekkingen dat voor een vergoeding in aanmerking komt, wordt door deze sterren aangegeven.

In de voorwaarden worden deze sterren als volgt weer gegeven :

Polis * = de Beter Af Ziektekostenpolis met 1 ster

Polis ** = de Beter Af Ziektekostenpolis met 2 sterren

Polis *** = de Beter Af Ziektekostenpolis met 3 sterren

Polis **** = de Beter Af Ziektekostenpolis met 4 sterren

De bij de sterren vermelde vergoeding is van toepassing op de Beter Af Ziektekostenpolis met het corresponderende aantal sterren.

Richtlijnen voor het declareren van nota's

- 1 Stuur u de nota's, die voor vergoeding in aanmerking komen, in aan de hand van de hiervoor bestemde declaratieformulieren;
- 2 Vermeld op al uw correspondentie uw relatienummer;
- 3 Wij kunnen uitsluitend originele nota's in behandeling nemen;
- 4 De datum waarop de behandeling of de levering van bijvoorbeeld medicijnen heeft plaatsgevonden, is bepalend voor het afhandelen van de nota's met betrekking tot uw eventuele eigen risico per kalenderjaar.
- 5 Nota's, die voor volledige vergoeding in aanmerking komen, kunt u ook door Groene Land Achmea rechtstreeks laten betalen aan de betreffende zorgaanbieder.

der. Als u hier gebruik van wilt maken, geeft u dit dan aan op het declaratieformulier.

Dit kan voorkomen als:

- u een Beter Af Ziektekostenpolis heeft zonder eigen risico;
 - u het maximale eigen risico heeft bereikt.
- 6 Nota's, die niet voor volledige vergoeding in aanmerking komen, dient u zelf te betalen aan de betrokken zorgaanbieder. Dit is onder meer het geval als:
- er een eigen risico geldt voor de desbetreffende nota;
 - het notabedrag hoger is dan de maximale vergoeding.

Nota's die rechtstreeks met de zorgaanbieder(s) worden verrekend

In een aantal gevallen kunnen wij de nota's rechtstreeks afrekenen met de zorgaanbieder (bijvoorbeeld apotheek). Is er een eigen risico of een eigen bijdrage van toepassing op uw polis, dan wordt dit met u verrekend. In artikel 68 kunt u lezen hoe wij dat doen.

Ziektekostenspecificatie

U ontvangt regelmatig een financieel overzicht van de verstrekte vergoedingen.

Tandartskosten- en Klassenverzekering

De tandartskostenverzekering voor volwassenen en de Aanvullende Klassenverzekering kunt u als aanvulling op uw basisverzekering afsluiten. Een eigen risico op uw basisverzekering is niet van toepassing op deze verzekeringen.

18 jaar en studierend

Heeft uw zoon of dochter recht op studiefinanciering, dan kan hij/zij een Studentenstandaardpakketpolis aanvragen.

65 jaar

Wordt u of één van uw gezinsleden 65 jaar, dan wordt de verzekering voor hem/haar omgezet in een Standaard-pakketpolis. Deze polis gaat in op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde 65 jaar wordt. Hiervan krijgt u automatisch bericht.

Eigen risico

De Beter Af Ziektelkosten Polis met sterren kent een vrijwillig eigen risico. Als u ziektekosten hebt, betaalt u het door u gekozen eigen risico bedrag eerst zelf. Daarna worden alle kosten voor 100% vergoed. Aan bepaalde vergoedingen zijn echter maximumbedragen verbonden. Raadpleeg hiervoor deze polisvoorwaarden.

Stuur de nota's wel in: wij houden voor u bij wanneer het eigen risico is bereikt.

Relatiepas

Als u zich inschrijft bij Groene Land Achmea, ontvangt u een gratis relatiepas. Op deze pas staat uw relatienummer, dat u kunt gebruiken bij zorgverleners of in het buitenland. U hoeft dan niet uw polis overal mee naar toe te nemen. Draag daarom de pas altijd bij u.

Groene Land Achmea Recht

Mocht u ooit lichamelijk letsel oplopen, dan kunt u onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van kosteloos juridisch advies via Groene Land Achmea Recht. Voor eventuele nadere informatie verwijzen wij u naar de brochure Groene Land Achmea Recht.

Achmea health

Groene Land Achmea doet meer voor u. Naast de uitgebreide dekking, ontvangt u altijd het gratis Achmea health pakket. Achmea health ontwikkelt diensten op gebied van leefstijl en gezondheid. Het pakket zal continu worden uitgebreid. In de voorwaarden Achmea health staan de diensten en vergoedingen waar u gebruik van kunt maken. Daarnaast ontvangt u een aantal keren per jaar het gratis Achmea health Magazine.

Voor nadere informatie of aanvragen inzake Achmea health diensten kunt u contact opnemen met de helpdesk, tel. (0900) 439 66 35 of via het e-mailadres, informatie@achmeahealth.nl.

Uw verzekering en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

In Nederland kennen we voor bijzondere risico's de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Als dit op uw polisblad is vermeld, dan is uw polisblad (ook) een verzekeringsbewijs voor de AWBZ.

De AWBZ is een verzekering voor (in principe) iedere ingezetene van Nederland. Onder de AWBZ valt o.a. de ouderenzorg, de thuiszorg, de zorg aan verstandelijk gehandicapten en bevolkingsonderzoek. Dit is allemaal wettelijk geregeld.

Op grond van de AWBZ zijn wij verplicht om uw sofi-nummer op te nemen in onze administratie. Dit nummer mogen wij uitsluitend gebruiken voor de uitvoering van de AWBZ.

Wat er allemaal in de AWBZ zit en hoeveel u daarvoor moet betalen wordt door de overheid bepaald. Meestal wordt de inkomensafhankelijke premie AWBZ via de belasting direct op uw pensioen of salaris ingehouden of bij de inkomstenbelasting verrekend.

Voor nadere informatie verwijzen wij u naar het Zorgkantoor dat werkzaam is in uw woonplaats. Voor de regio's Drenthe, Zwolle en Flevoland kunt u het Zorgkantoor bereiken op telefoonnummer (038) 456 78 78.

ALGEMENE VOORWAARDEN VOOR DE BETER AF ZIEKTEKOSTEN POLIS MET STERREN

Begripsomschrijvingen

1 Maatschappij

Achmea Zorgverzekeringen N.V., K.v.K. 28080300.

2 Verzekeringssnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.

3 Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

4 Gezin

Twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 27 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet Studiefinanciering of op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 1990.

5 Audiologische zorg

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

6 Centrum voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

7 Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor de toepassing van klinisch

genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

8 Ergotherapeut

Een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

9 Farmaceutische zorg

De volgende bij ministeriële regeling aangewezen:

- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten zoals bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en moleculaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

10 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

11 Gezondheidszorgpsycholoog

Een in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

12 Huisarts

Een in Nederland in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het register van Erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschap-

- pij tot bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.
- Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenzorg zowel ten huize van de verzekerde als in de praktijk van de arts.
- 13 Hulpmiddelen**
De middelen die in de Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.
- 14 Kaakchirurg**
Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 15 Logopedist**
Een in Nederland gevestigde logopedist, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.
- 16 Medische noodzaak**
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
- 17 Oefentherapeut Cesar/Mensendieck**
Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar / Mensendieck, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.
- 18 Orthodontist**
Een in Nederland gevestigde tandarts-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde en als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 19 Revalidatie**
Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling voor revalidatie.

20 Medisch specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die voor elk door hem uitgeoefend specialisme staat ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Onder specialistische behandeling wordt verstaan, behandeling of onderzoek, volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch specialist is ingeschreven.

21 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

22 Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

Algemene voorwaarden

Artikel 1

Algemeen

Iedere verzekerde moet zich, behalve aan de bepalingen van de statuten, ook houden aan de bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 2

Grondslag van de verzekering

- 1 Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier, maar ook de schriftelijke gegevens die verzekerde daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. Dit geldt ook voor de gegevens die bij een eventuele keuring zijn verstrekt door de verzekerde. Verzwijging of onvolledige of onjuiste beantwoording van door of namens de maatschappij gestelde vragen, kan voor de maatschappij aanleiding zijn de

gehele of gedeeltelijke nietigheid van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

2 **Gezinsinschrijving**

De verzekering moet worden aangevraagd en na acceptatie worden gehandhaafd voor alle leden van het gezin voor dezelfde polis. Deze verplichting geldt niet voor:

- gezinsleden die beroepsmilitair zijn;
- gezinsleden die verplicht ziekenfondsverzekerd zijn;
- gezinsleden die bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn;
- gezinsleden die op een Standaardpolis of een Standaardpakketpolis verzekerd zijn.

Artikel 3

Wijziging van het risico

De verzekeringsnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst, zo spoedig mogelijk schriftelijk aan de maatschappij mee te delen. Dit moet in ieder geval gebeuren binnen 30 dagen nadat de wijziging zich heeft voorgedaan.

Wijzigingen zijn onder meer:

- het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling;
- verhuizing van de verzekeringsnemer;
- huwelijk;
- geboorte;
- overlijden.

Artikel 4

Ingang van de verzekering

Het recht op enige vergoeding van ziektekosten begint op het tijdstip, dat de verzekerde tot de betreffende dekking is toegelaten.

Pasgeborenen kinderen treden terstond in dezelfde rechten als de reeds verzekerde gezinsleden.

Artikel 5

Looptijd, beëindiging of wijziging van de verzekering

- 1 De duur van de verzekering bedraagt 12 maanden vanaf 1 januari. Als de verzekering is aangegaan in de loop van een boekjaar, dan loopt de verzekering door tot en met 31 december van het daaropvolgend jaar. De verzekering wordt stilzwijgend verlengd, telkens voor 12 maanden, tenzij de maatschappij tenminste 3 maanden voor de afloop van de verzekeringsperiode van de verzekeringsnemer schriftelijk bericht heeft gehad dat hij de verzekering wil beëindigen per 1 januari van het komende jaar.
- 2 Bij beëindiging van de verzekering bestaat er geen recht meer op enige vergoeding. Opzegging van de verzekering is mogelijk als dit schriftelijk wordt gemeld. De opzegging moet uiterlijk 3 maanden voor afloop van de verzekeringsperiode door de maatschappij ontvangen zijn.
- 3 De maatschappij heeft het recht de premie en/of de voorwaarden in totaliteit dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt doorgevoerd voor iedere daarvoor in aanmerking komende verzekering op een door de maatschappij vastgestelde datum. De verzekeringsnemer wordt van de voorgenomen wijziging in kennis gesteld. Als hij niet instemt met de wijziging, dient hij dit schriftelijk aan de maatschappij te melden binnen 30 dagen nadat de wijziging ingaat. De verzekering eindigt dan op de dag waarop de wijziging ingaat. De verzekeringsnemer heeft niet het recht de wijziging te weigeren, als de wijziging een verlaging van de tarieven en/of verbetering van de voorwaarden inhoudt. Ook als overheidsmaatregelen de aanleiding tot de wijziging zijn of de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van de leeftijdsgrens voor de verzekerde waaraan de premie is gekoppeld, kan de verzekeringsnemer deze niet weigeren.

- 4 Kinderen kunnen tot de 27-jarige leeftijd meeverzekerd blijven op de polis van de ouders. Bij het bereiken van de 27-jarige leeftijd vervalt dit recht en wordt de polis op individuele basis voortgezet. Een meeverzekerd kind mag wel eerder een zelfstandige polis, maar nooit later. De verzekerde wordt hiervan tijdig schriftelijk op de hoogte gesteld.
- 5 Als een verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt, wordt de verzekering door de maatschappij beëindigd en omgezet in een Standaardpakketpolis of een ziekenfondsverzekering. De verzekerde wordt hiervan tijdig schriftelijk op de hoogte gesteld.
- 6 De verzekering houdt op te bestaan op het moment dat de verzekerde geen Nederlands ingezetene meer is.
- 7 Wijziging van polis of eigen risico is mogelijk per vervaldatum, volgend op de datum waarop het verzoek daartoe, door middel van een door verzekeringsnemer ingevuld en ondertekend aanvraagformulier is ingediend. De poliswijziging moet door de maatschappij worden goedgekeurd.

Artikel 6

Boekjaar

Het boekjaar van de maatschappij is gelijk aan het kalenderjaar.

Artikel 7

Vergoeding ziektekosten

Elke verzekeringsnemer die aan zijn verplichtingen tegenover de maatschappij voldoet, heeft recht op vergoeding van de medisch noodzakelijke kosten van genees- en heilkundige zorg en de kosten van ziekenhuis- en sanatoriumverpleging voor zover is bepaald in de volgende artikelen en met inachtneming van de bijzondere voorwaarden, vermeld op de polis. Dit geldt voor de verzekeringsnemer en zijn gezinsleden, voor zover vermeld op de polis.

Artikel 8

Eigen risico

Het eigen risico per kalenderjaar dat op de polis van toepassing is, geldt voor alle in deze voorwaarden genoemde dekkingen. Voor de bepaling van de hoogte van het eigen risico is de gezinssituatie bij de aanvang van de verzekering bepalend, dan wel de situatie per 1 januari van enig jaar.

Indien het eerste verzekeringsjaar niet gelijk is aan een kalenderjaar wordt het eigen risico verminderd met 1/12 deel voor iedere verstreken volle maand van dat kalenderjaar. Deze regeling is niet van toepassing bij beëindiging van de verzekering.

Dekkingen

Artikel 9

Ziekenhuisverpleging e.d.

- 1 Als op medisch advies opname in een ziekenhuis nodig is, worden de kosten vergoed van die opname en de daarmee gepaard gaande behandeling.

Deze vergoeding wordt verleend op basis van de officieel goedgekeurde tarieven in de verzekerde klasse. Hierbij wordt rekening gehouden met de overige bepalingen in deze voorwaarden. Het recht op vergoeding bestaat als en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden. Bovendien moet daarbij een onafgebroken behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk zijn.

- 2 Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige CTG-tarieven declareert.

Indien een eerste- of tweede klassenverzekering is afgesloten en u wordt opgenomen in de derde klasse, dan vergoeden wij voor verzekerden van 18 jaar en

ouder EUR 69 per dag dat u bent opgenomen in die klasse, tot een maximum van EUR 4.538 per kalenderjaar. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

polis * : 100%
polis ** : 100%
polis *** : 100%
polis **** : 100%

Artikel 10

Dagverpleging

Een bedverpleging, korter dan 24 uur, in een ziekenhuis wordt vergoed. De kosten moeten noodzakelijk zijn in verband met onderzoek en/of behandeling door een medisch specialist.

polis * : 100%
polis ** : 100%
polis *** : 100%
polis **** : 100%

Artikel 11

Specialistische zorg

De kosten voor zorg door een medisch specialist, komen voor vergoeding in aanmerking.

- 1 De kosten van klinische specialistische zorg en de daarmee gepaard gaande kosten tijdens opname in een ziekenhuis of door de maatschappij daarmee gelijk te stellen opnamen, komen voor vergoeding in aanmerking op basis van de verzekerde klasse. Hierbij wordt rekening gehouden met de overige bepalingen in deze voorwaarden.
- 2 Kosten van poliklinische specialistische zorg, komen voor vergoeding in aanmerking voor zover het een onderzoek en/of behandeling betreft, die naar algemeen medische opvatting behoort tot de praktijkuitoefening van een medisch specialist.
- 3 Kosten van laboratoriumonderzoek, op advies van de huisarts en in rekening

gebracht door een ziekenhuis of laboratorium worden vergoed.

polis * : 100%
polis ** : 100%
polis *** : 100%
polis **** : 100%

Artikel 12

Revalidatie

- 1 De kosten van revalidatie worden vergoed als:
 - a deze zorg voor de 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;
 - b de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen van de verzekerde, redelijkerwijs mogelijk is.
- 2 Revalidatie kan plaatsvinden in:
 - a een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met een meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
 - b een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).
- 3 De kosten, zoals bedoeld onder lid 1 en 2, worden alleen vergoed als door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd bij de maatschappij voor opname en/of behandeling en als de maatschappij als bewijs van haar toestemming aan de instelling een garantieverklaring verstrekt. Bij de aanvraag voor toestemming moet een behandelplan zijn toegevoegd. Hierin moet minimaal staan:
 - de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking;
 - de bij de behandeling te betrekken disciplines;

- de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

polis * : 100%
 polis ** : 100%
 polis *** : 100%
 polis **** : 100%

Artikel 13

Nierdialyse

De kosten van nierdialyse worden vergoed. Dit geldt zowel voor dialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als voor dialyse bij de verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten als en voor zover de maatschappij daarvoor toestemming heeft gegeven. Hiertoe moet van tevoren een schriftelijk verzoek zijn ingediend bij de maatschappij. De maatschappij kan bij de toestemming nadere voorwaarden stellen. Vergoeding van de genoemde kosten vindt plaats overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

polis * : 100%
 polis ** : 100%
 polis *** : 100%
 polis **** : 100%

Artikel 14

Plastische chirurgie

Plastische chirurgie wordt vergoed:

- Na voorafgaande toestemming worden vormverbeterende operaties van het uiterlijk vergoed in verband met vermindering als gevolg van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.
- Voor verzekerden tot 20 jaar bestaat, na voorafgaande toestemming van de maatschappij recht op vergoeding van 75% van de kosten van vormverbeterende operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit een psychische noodzaak.

polis * : a
 polis ** : a
 polis *** : a
 polis **** : a en b

Artikel 15

Fertilititeitsbevorderende behandelingen

Vergoed worden de kosten van operationele ingrepen, hormoonbehandelingen en van kunstmatige inseminatie in het ziekenhuis. Daarnaast kan door de maatschappij een tegemoetkoming in de kosten gegeven worden voor een in vitro-fertilisatie-behandeling in een vergoedinghoudend ziekenhuis. De maatschappij moet hiervoor vooraf toestemming verlenen.

Als het is meeverzekerd, komen voor de totale looptijd van de verzekering maximaal 3 IVF-pogingen per behandelde vrouwelijke verzekerde voor vergoeding in aanmerking. Per poging geldt een eigen bijdrage van EUR 363.

polis * : 100% exclusief IVF
 polis ** : 100% exclusief IVF
 polis *** : 100% inclusief IVF (eigen bijdrage van toepassing)
 polis **** : 100% inclusief IVF (geen eigen bijdrage van toepassing)

Artikel 16

Organtransplantaties

Vergoed worden de kosten van transplantatie van de volgende donororganen:

- huid;
- hoornvlies;
- beenmerg;
- nier
- nier/pancreas;
- hart;
- long;
- hart/long;
- lever (orthotoop);
- bot.

Ook de kosten van weefselyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door Nederlands Transplantatie Stichting (NTS) worden vergoed. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de maatschappij. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Verder worden ook de kosten vergoed van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse, waarvoor hij verzekerd is. Een donor heeft bovendien, na datum van ontslag uit het ziekenhuis, recht op medische behandeling gedurende ten hoogste 3 maanden. Dit geldt voor de opname ter selectie van de donor of verwijdering van transplantatiemateriaal. Deze behandeling moet wel verband houden met een onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

polis * : 100%
polis ** : 100%
polis *** : 100%
polis **** : 100%

Artikel 17

Leukemie-onderzoek bij kinderen

Vergoed worden de kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

polis * : 100%
polis ** : 100%
polis *** : 100%
polis **** : 100%

Artikel 18

Zorg door een audiologisch centrum

De kosten worden vergoed van zorg door een audiologisch centrum dat daartoe door een bevoegde overheidsinstantie is erkend. Deze zorg moet geboden worden op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

polis * : 100%
polis ** : 100%
polis *** : 100%
polis **** : 100%

Artikel 19

Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, worden vergoed. Het centrum moet een instelling zijn die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing. De zorg omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- chromosoomonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- DNA-onderzoek;
- de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan tevens adviesing plaatsvinden. Er dient daarbij sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie. Bij de toestemming vooraf kan de maatschappij nadere voorwaarden stellen.

De kosten van dit onderzoek van andere personen dan de verzekerde, komen voor rekening (van de eigen verzekeraar(s)) van de onderzochte andere perso(o)n(en).

polis * : 100%
polis ** : 100%
polis *** : 100%
polis **** : 100%

Artikel 20

Ziekenvervoer

Voor de verzekerde die medische zorg nodig heeft, worden de kosten vergoed van vervoer van en naar een:

- ziekenhuis;
 - medisch specialist;
 - orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
 - revalidatiecentrum;
 - audiologisch centrum;
 - niet-klinisch werkzame psychiater of zenuwarts dan wel een psychiatrische polikliniek of een instelling voor psychiatrische deeltijdbehandeling.
- a vervoer met een ambulance op medisch advies wordt vergoed;
- polis * : 100%
- polis ** : 100%
- polis *** : 100%
- polis **** : 100%
- b openbaar vervoer per trein, bus of taxi;
- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : 100%
- polis **** : 100%
- c een eigen auto of huurauto;
- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : EUR 0,19 per kilometer
- polis **** : EUR 0,28 per kilometer
- Voor vervoer per taxi of eigen- of huurauto dient bij de declaraties een medisch attest te worden overgelegd. Hieruit moet blijken dat openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- d een eigen auto of huurauto;
- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : EUR 0,10 per kilometer
- polis **** : EUR 0,10 per kilometer
- II Bij een poliklinische bevalling, zonder medische indicatie, wordt vergoed:
- de kosten van gebruik polikliniek;
 - het honorarium voor verloskundige zorg, in rekening gebracht door medisch specialist, huisarts of verloskundige.
- III Bij bevalling thuis wordt vergoed:
- het honorarium voor verloskundige zorg in rekening gebracht door huisarts of verloskundige.
- polis * : 100%
- polis ** : 100%
- polis *** : 100%
- polis **** : 100%
- IV Voor vrouwelijke verzekerden geldt bij kraamzorg thuis de volgende vergoedingsregeling:
- a Bij bevalling kan aanspraak gemaakt worden op de Kraamzorgservice. De kraamzorg wordt in dat geval geregeld door kraamzorgbureaus, die door de maatschappij gecontracteerd zijn. Deze kraamzorg moet tenminste 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aangevraagd worden. Voor informatie over de kraamzorg kunt u zich in verbinding stellen met de afdeling Klanten Service Zorg tel. (038) 456 79 99;
- b In plaats van de Kraamzorgservice, kan een hierna genoemde vergoeding voor kraamzorg worden verleend. Heeft de bevalling in een ziekenhuis plaatsgevonden en de moeder verlaat het ziekenhuis voordat een periode van 8 dagen is verstreken (dit met ingang van de dag van bevalling), dan wordt voor de resterende dagen (incl. de dag van ontslag) de vergoeding per dag verleend zoals die hieronder staat vermeld:

Artikel 21

Bevalling en kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt bij bevalling de volgende vergoedingsregeling:

- I Bij bevalling in een ziekenhuis op medische indicatie, wordt op basis van de verzekerde klasse vergoed:
- de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind;

- polis * : geen natura, geen vergoeding
- polis ** : natura of maximaal EUR 114 per dag totaal maximaal EUR 912
- polis *** : natura of maximaal EUR 148 per dag totaal maximaal EUR 1.184

polis **** : natura of maximaal EUR 182 per dag totaal maximaal EUR 1.456

Artikel 22

Uitgestelde kraamzorg/adoptie-kraamzorg

Vergoed wordt aan vrouwelijke verzekerden de ondersteuning, advisering en instructie in verband met de verzorging van en de omgang met het kind en het inpassen in het dagelijks ritme. De zorg wordt vergoed als:

- de kraamzorg 10 dagen (of later) na de bevalling aanvangt (uitgestelde kraamzorg);
- bij feitelijke opname in het gezin het adoptiekind jonger is dan 1 jaar (adoptie-kraamzorg);
- de zorg wordt verleend door een kraamzorgbureau dat door de maatschappij gecontracteerd is.

polis * : geen vergoeding

polis ** : geen vergoeding

polis *** : volledig tot een maximum van 15 uur

polis **** : volledig tot een maximum van 15 uur

Artikel 23

Buitenlanddekking

Bij een tijdelijk verblijf in het buitenland, komen gemaakte medische kosten voor vergoeding in aanmerking. Hiervoor gelden de volgende bepalingen:

- als er hoge kosten worden verwacht, bijvoorbeeld bij opname of repatriëring, moet de verzekerde overleg (laten) plegen met de Achmea health Alarmcentrale (uitgevoerd door EuroCross International). De meest belangrijke vormen van hulpverlening zijn:
 - garantiestelling en administratieve afhandeling bij ziekenhuisopname en overleg met de behandelend arts (iedere 48 uur);

- organiseren van het vervoer vanuit het buitenland naar Nederland (repatriëring); dit geldt ook voor het vervoer van een overledene;
- inlichten familieleden als u daartoe zelf niet in staat bent;
- organiseren van toezending medicijnen en hulpmiddelen;
- organiseren van communicatie tussen behandelend arts in het buitenland en de huisarts/medisch specialist in Nederland.

- rechtstreekse verrekening is alleen mogelijk via de Achmea health Alarmcentrale. De overige kosten kunnen achteraf bij de maatschappij in rekening worden gebracht;
- vergoed worden de kosten die volgens de verzekeringsvoorwaarden, met uitzondering van artikel 46, 49 en 50, ook in Nederland vergoed zouden worden. De kosten in het buitenland worden vergoed op basis van de tarieven die gelden in het desbetreffende land;
- kosten verbonden aan een opname in een ziekenhuis worden uitsluitend voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen per ziektegeval vergoed. Pas bij een onderbreking van deze periode met meer dan 30 dagen vangt een nieuwe periode aan. Dit maximum geldt ook voor een in het buitenland aangevangen en in Nederland voortgezette opname;
- de kosten van tandheelkundige zorg worden vergoed aan verzekerden van 18 jaar en ouder tot een bedrag van EUR 341. Er moet hierbij sprake zijn van acute pijn en/of acute problemen waarbij noodvoorzieningen getroffen moeten worden. De verzekerde moet ook een Aanvullende Tandartskostenverzekering bij de maatschappij hebben afgesloten;
- vergoeding van de verzekerde kosten gebeurt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel. Er wordt uitgegaan van de verrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de maatschappij zijn ontvangen;

- als dit medisch noodzakelijk is, zullen de vervoerskosten terug naar Nederland worden vergoed;
- vergoed worden de kosten van het transport van een overleden verzekerde terug naar Nederland.

Bij niet spoedeisende medische zorg vergoeden wij de kosten tot maximaal 100% van de kosten die wij zouden vergoeden als u de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan. De voorwaarden voor de vergoeding zijn:

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed;
- De voorwaarden zoals die voor vergoeding in Nederland gelden (zoals bijvoorbeeld de noodzaak van vooraf door ons verleende toestemming), blijven van kracht;
- Wanneer u naar het buitenland vertrekt met het doel zich daar te laten behandelen, omdat een behandeling in Nederland om praktische redenen niet mogelijk is, moet u altijd vooraf toestemming bij ons vragen.

polis * : 100%, maximaal verblijf van 6 aaneengesloten maanden

polis ** : 100%, maximaal verblijf van 6 aaneengesloten maanden

polis *** : 100%, maximaal verblijf van 12 aaneengesloten maanden

polis **** : 100%, maximaal verblijf van 12 aaneengesloten maanden

Artikel 24

Huisarts

De kosten van hulp verleend door de huisarts, zoals consulten, visites en behandelingen.

polis * : geen vergoeding

polis ** : 100%

polis *** : 100%

polis **** : 100%

Artikel 25

Farmaceutische zorg - regeling Zorgverzekeraars Nederland

1 Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts, tenzij de maatschappij anders bepaalt. De vergoeding vindt plaats overeenkomstig de regeling Farmaceutische Hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, wordt vergoed.

De regeling Farmaceutische Hulp maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

2 Per voorschrift worden de geneesmiddelen vergoed voor een periode van maximaal:

- 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- een half jaar, indien het orale anticonceptiva betreft;
- 3 maanden, indien het geneesmiddelen betreft voor de behandeling van chronische ziekten (waaronder insuline - met uitzondering van hypnotica, -anxiolytica of eetlustremmende geneesmiddelen);
- 15 dagen, indien het geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
- 1 maand in overige gevallen.

3 Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding is gesteld. Is er een vergoedingslimiet vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel is hoger dan de limiet, dan blijft het meerdere buiten de vergoeding van de kosten. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de

vergoeding, tenzij de regeling Farmaceutische Hulp of de maatschappij anders bepaalt.

4 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed na aanvraag en toestemming vooraf door de maatschappij. De vergoeding vindt plaats 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 passagestoornis;
- een ernstige resorptiestoornis;
- een ernstige voedselallergie;
- een ernstige stofwisselingsstoornis.

5 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.

6 Er wordt geen vergoeding verleend voor de volgende onderdelen van farmaceutische zorg:

- homeopathische- en antroposofische geneesmiddelen met uitzondering van het in artikel 50 genoemde;
- bepaalde zelfzorggeneesmiddelen, die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
- ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming van de maatschappij noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur voor de volksgezondheid toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel. Daarnaast wordt in artikel 26 de vergoeding voor farmaceutische zorg-extra omschreven.

polis * : 100%

polis ** : 100%

polis *** : 100%

polis **** : 100% met vergoeding van de bij punt 3 genoemde eigen bijdrage

Artikel 26

Farmaceutische zorg - extra

Op aanvraag van huisarts of medisch specialist en na goedkeuring door de maatschappij kan vergoeding worden verleend voor een aantal geneesmiddelen die niet vergoed worden krachtens de regeling Farmaceutische Hulp zoals deze is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.

De vergoeding wordt verleend voor een beperkt aantal middelen bij een aantal op diagnose gebaseerde indicaties.

De middelen waarom het gaat zijn bekend bij de huisarts, apotheek en medisch specialist.

polis * : geen vergoeding

polis ** : geen vergoeding

polis *** : maximaal EUR 137 per jaar

polis **** : maximaal EUR 227 per jaar

Artikel 27

Hulpmiddelen

1 De kosten van aanschaf, of bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) die zijn voorgeschreven door de behandelend arts, worden vergoed. De vergoeding vindt plaats overeenkomstig de maximale bedragen in de regeling Hulpmiddelen, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn. Dit is ter beoordeling van de maatschappij;

2 Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf of bruikleen bestaat uitsluitend als en voor zover de maatschappij toestemming heeft verleend op een daartoe strekkend verzoek. Bij deze toe-

stemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld;

3 De kosten van normaal gebruik zijn voor rekening van de verzekerde, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald. Onder normaal gebruik wordt ondermeer verstaan:

- de kosten van energiegebruik;
- batterijen.

polis * : 100%
polis ** : 100%
polis *** : 100%
polis **** : 100%

Artikel 28

Eigen bijdrage hulpmiddelen

De door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor hulpmiddelen wordt vergoed tot maximaal EUR 227 per verzekerde per kalenderjaar. Er vindt uitsluitend vergoeding plaats voor hulpmiddelen die vergoed worden volgens de regeling Hulpmiddelen zoals die is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.

polis * : geen vergoeding
polis ** : geen vergoeding
polis *** : maximaal EUR 227 per kalenderjaar
polis **** : maximaal EUR 227 per kalenderjaar

Voor de hierna genoemde hulpmiddelen, die vergoed worden volgens de regeling Hulpmiddelen, geldt in plaats van de hiervoor genoemde regeling een afwijkende vergoeding van de eigen bijdrage:

- **Mamma prothesen**

polis * : geen vergoeding
polis ** : geen vergoeding
polis *** : aanvulling tot 100% van de eigen bijdrage
polis **** : aanvulling tot 100% van de eigen bijdrage

- **Pruiken**

polis * : geen vergoeding

polis ** : geen vergoeding
polis *** : aanvulling tot maximaal EUR 341 van de eigen bijdrage

polis **** : aanvulling tot maximaal EUR 454 van de eigen bijdrage

- **Gehoorthulpmiddelen**

polis * : geen vergoeding
polis ** : geen vergoeding
polis *** : - enkelvoudig hoortoestel: aanvulling tot maximaal EUR 182 van de eigen bijdrage
- dubbel hoortoestel: aanvulling tot maximaal EUR 364 van de eigen bijdrage

polis **** : - enkelvoudig hoortoestel: aanvulling tot maximaal EUR 227 van de eigen bijdrage
- dubbel hoortoestel: aanvulling tot maximaal EUR 454 van de eigen bijdrage

Artikel 29

Eigen bijdrage psychotherapie krachtens de AWBZ

De door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor psychotherapie (individuele, groeps-, gezins- of partnerrelatietherapie), wordt vergoed tot EUR 454 voor de gehele looptijd van de verzekering.

Voorwaarde is dat de psychotherapie plaatsvindt op verwijzing van een huisarts.

polis * : maximaal EUR 454 per verzekerde
polis ** : maximaal EUR 454 per verzekerde
polis *** : maximaal EUR 454 per verzekerde
polis **** : maximaal EUR 454 per verzekerde

Artikel 30

Kaakchirurgische/-orthopedische behandeling

1 Kaakchirurgische behandeling
Er vindt vergoeding plaats van de kosten van behandeling of onderzoek, die volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard zijn en die behoren tot het specialisme, waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

2 Kaakorthopedische behandeling
Als de maatschappij vooraf toestemming heeft verleend, worden de kosten voor kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of een tandarts volledig vergoed in geval van:

- een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak, die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd behoort te worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
- een kaakorthopedische afwijking die direct het gevolg is van een cheilo- en/of gnato- en/of palatoschisis (lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet).

3 Chirurgische zorg door de tandarts.

De kosten van chirurgische zorg door de tandarts wordt vergoed. De codes H35, H21, H90, H43 en H42 zijn op deze regeling van toepassing

polis * : 100%

polis ** : 100%

polis *** : 100%

polis **** : 100%

Artikel 31

Orthodontie kinderen tot 18 jaar

Voor zover de kosten niet vallen onder artikel 30 lid 2, vindt vergoeding plaats van de kosten voor kaakorthopedische behandeling door:

- een orthodontist tot 100% van de goedgekeurde tarieven, of
- een tandarts tot 100% van de goedgekeurde tarieven.

De vergoeding geldt voor de totale looptijd van de verzekering.

polis * : geen vergoeding

polis ** : maximaal EUR 2.043

polis *** : maximaal EUR 2.043 en 80% van de resterende kosten

polis **** : 100%

Van vergoeding zijn uitgesloten:

- vervanging apparatuur na onzorgvuldig gebruik;
- reparatie na onzorgvuldig gebruik;
- behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (afleren slechte gewoonten, bijvoorbeeld duimzuigen);
- toeslag voor keramische brackets, per bracket;
- extra behandelkosten die worden veroorzaakt door de overname van de behandeling door een andere behandelaar die niet het gevolg zijn van een verhuizing;
- niet nagekomen afspraken.

Artikel 32

Behandelkosten tandheelkundige implantaten

De kosten verband houdend met het inbrengen van implantaten in de kaak. Deze kosten worden uitsluitend vergoed als:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
- de implantaten door de kaakchirurg worden ingebracht;
- de maatschappij vooraf toestemming heeft verleend. Hiervoor moet een verzoek, vergezeld van een door de kaakchirurg opgesteld behandlingsplan worden ingediend.

Er wordt geen toestemming verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding beperkt zich bovendien tot het honorarium van

de kaakchirurg (en van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. Van het aanbrengen van de mesostructuur op implantaten en de kostprijs van de implantaten worden de kosten niet vergoed;

- indien behandeling plaatsvindt bij de tandarts:

Maximale vergoeding van EUR 1.248. Van het aanbrengen van de mesostructuur op implantaten en de kostprijs van de implantaten worden de kosten niet vergoed.

polis * : geen vergoeding
polis ** : wel vergoeding
polis *** : wel vergoeding
polis **** : wel vergoeding

Artikel 33

Tandheelkundige zorg kinderen tot 18 jaar

- I Behandeling door een tandarts of een mondhygiëniste in dienst van een in Nederland gevestigde tandarts.

De kosten van behandeling door een tandarts of een dienst voor jeugdtandverzorging, die op de lijst van de door de maatschappij hiervoor erkende tandartsen staan, worden vergoed tot een maximum bedrag per verzekerd kind per kalenderjaar.

Kosten in verband met orthodontie (D-codes) zijn van deze vergoedingsregeling uitgesloten. Voor de vergoedingsregeling Orthodontie verwijzen wij u naar artikel 31.

Bij de nota's moet het specificatieformulier worden gevoegd, zoals dat is vastgesteld door de organisaties van tandartsen en particuliere verzekeraars.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerden die minimaal één keer per jaar het eigen gebit door de tandarts laten onderzoeken. Bij het nalaten hiervan komen de eerstvolgende kosten van behandeling voor eigen rekening.

polis * : geen vergoeding
polis ** : maximaal EUR 341 per verzekerd kind per kalenderjaar
polis *** : maximaal EUR 341 per verzekerd kind per kalenderjaar
polis **** : maximaal EUR 454 per verzekerd kind per kalenderjaar

- II Tandheelkundige zorg aan kinderen met een lichamelijke of geestelijke handicap Als door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normale gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de onder I vermelde vergoedingsregeling niet van toepassing. Na vooraf verleende toestemming door de maatschappij wordt vergoeding van kosten verleend op basis van 100% van het goedgekeurde tarief per behandelingsuur. De kosten moeten in rekening zijn gebracht door een tandarts.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor de kinderen met een lichamelijke en/of geestelijke handicap, die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ. Het aanvraagformulier voor de machtiging wordt op verzoek door de maatschappij verstrekt.

polis * : geen vergoeding
polis ** : 100% van het goedgekeurde tarief per behandeluur
polis *** : 100% van het goedgekeurde tarief per behandeluur
polis **** : 100% van het goedgekeurde tarief per behandeluur

Artikel 34

Tandheelkundige zorg bij een ongeval voor kinderen tot 18 jaar

Als een verzekerde door een ongeval, tanden heeft beschadigd of verloren, wordt de tandheelkundige zorg vergoed. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 908 per verzekerde voor de gehele looptijd van de verzekering. Het ongeval moet hebben plaatsgevonden tijdens de looptijd van deze verzekering. Onder een ongeval wordt verstaan: een plotseling,

onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

polis * : geen vergoeding
polis ** : geen vergoeding
polis *** : wel vergoeding
polis **** : wel vergoeding

Artikel 35

Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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 Ernstige vorm van oligodontie, waarbij tenminste 6 elementen ontbreken. Vergoeding op aanvraag;
- b Ernstige cranio-mandibulaire dysfunctie (CMD) Hiervoor geldt een maximale vergoeding van EUR 1.816;
- 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- palatoschisis);
- e een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht (oro-maxillo-faciaal defect), eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling. Doch uitsluitend indien de toestand van het tand- kaak-mondstelsel tot stabilisatie is gekomen;
- f Het niet of onvolledig aangelegd zijn van glazuur op de tanden en of kiezen (ernstige vorm van amelogenese imperfecta). Vergoeding bestaat uitsluitend indien de maatschappij vooraf toestemming heeft verleend. (100% van de kosten);
- g angstpatiënt: Vergoeding bestaat uitsluitend indien de maatschappij vooraf toestemming heeft verleend. 100% ver-

goeding uurtarief met eigen bijdrage op basis van UPT-codes. Indien verzekerde een tandartsverzekering voor volwassenen heeft afgesloten vindt vergoeding plaats van de UPT-codes, van de in de voorwaarden genoemde verrichtingen. Vergoeding bestaat uitsluitend indien de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en plaatsvindt in een centrum voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de maatschappij vooraf goedkeuring heeft verleend aan de hand van een vooraf ingediend behandelplan. Aan deze goedkeuring kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. Behandelingen die niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, worden niet vergoed.

polis * : geen vergoeding
polis ** : wel vergoeding
polis *** : wel vergoeding
polis **** : wel vergoeding

Artikel 36

Ronald McDonald Huis, logeerhuis/ bezoekenkostenregeling

Bij verpleging of poliklinische behandeling van de verzekerde of een (mee)verzekerd gezinslid in een ziekenhuis dat op minimaal 50 kilometer afstand ligt van de woonplaats van de verzekerde worden vergoed:

- de kosten van het verblijf in een Ronald McDonald Huis of een logeerhuis, verbonden aan een ziekenhuis;
- de reiskosten voor maximaal 1 bezoek per dag aan een (mee)verzekerd gezinslid.

Het verzoek om vergoeding van de reiskosten dient schriftelijk te worden ingediend. De vergoeding voor de reiskosten is gebaseerd op de tarieven van het openbaar vervoer (tweede klas).

Voor vervoer per eigen auto geldt een vergoeding van EUR 0,10 per kilometer.

polis * : geen vergoeding
polis ** : 100%
polis *** : 100%
polis **** : 100%

Artikel 37

Fysiotherapie en oefentherapie

Er vindt vergoeding plaats van de kosten voor therapeutische behandelingen als bedoeld in het Fysiotherapeuten Besluit, de Besluiten Oefentherapeuten Mensendieck of Cesar. Per indicatie dient er een voorschrift te zijn van huisarts of medisch specialist. Duurt de therapie langer dan 9 zittingen, dan kan de maatschappij op advies van haar medisch adviseur de vergoeding beperken.

Heeft de verzekerde een indicatie in verband met een chronische aandoening dan bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per jaar. Wat wordt verstaan onder een chronische aandoening, staat vermeld op de lijst met langdurige aandoeningen en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Cesar / Mensendieck.

Deze lijst maakt onderdeel uit van de polis en is bij fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar / Mensendieck en op aanvraag bij de maatschappij verkrijgbaar.

Onder fysiotherapie wordt ondermeer niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie.

polis * : 100%
polis ** : 100%
polis *** : 100%
polis **** : 100%

Artikel 38

Logopedie

De kosten van behandeling op voorschrift van de huisarts of de medisch specialist door een logopedist als bedoeld in

het Logopedisten Besluit worden vergoed. De maatschappij kan op advies van haar medisch adviseur de vergoeding voor het vervolg van de behandeling beperken. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van dialect en anderstaligheid.

polis * : geen vergoeding
polis ** : 100%
polis *** : 100%
polis **** : 100%

Artikel 39

Ergotherapie

Vergoed worden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling op voorschrift van de huisarts of de medisch specialist door een ergotherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft, tot maximaal 10 uur per kalenderjaar.

polis* : geen vergoeding
polis** : maximaal 10 uur per kalenderjaar
polis*** : maximaal 10 uur per kalenderjaar
polis**** : maximaal 10 uur per kalenderjaar

Artikel 40

Stottertherapie

De behandel-, reis- en verblijfkosten van stottertherapie volgens de hierna genoemde methodes, worden vergoed tot een maximum bedrag per verzekerde voor de totale looptijd van de verzekering. Voorwaarde hierbij is dat de therapie wordt gevolgd op voorschrift van een huisarts.

- BOMA-methode;
- Del Ferro-methode;
- Hausdörfer-methode.

polis * : geen vergoeding
polis ** : maximaal EUR 227 per verzekerde

- polis *** : maximaal EUR 454 per verzekerde
- polis **** : maximaal EUR 908 per verzekerde

Artikel 41

Acnebehandeling

Vergoed worden, op verwijzing van een arts, de kosten van een acnebehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De vergoeding bedraagt per verzekerde een maximum bedrag per 5 jaar.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : EUR 182 per verzekerde per 5 jaar
- polis **** : EUR 364 per verzekerde per 5 jaar

Artikel 42

Camouflagetherapie

Camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut wordt vergoed. Deze therapie moet door een arts zijn voorgeschreven. Voorwaarde is dat de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De vergoeding bedraagt per verzekerde een maximum bedrag per kalenderjaar voor behandelingen en camouflagemiddelen tezamen.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : EUR 91 per verzekerde per kalenderjaar
- polis **** : EUR 182 per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 43

Epilatiebehandeling

Vergoed worden de kosten van een epilatiebehandeling van ernstig storende haargroei in het gelaat bij vrouwen. De

epilatiebehandeling moet plaatsvinden op voorschrift van een huisarts of een medisch specialist.

Voorwaarde is dat de elektrische epilatiebehandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft en dat de laserepilatiebehandeling wordt uitgevoerd door een laserkliniek die door de maatschappij is erkend.

De vergoeding bedraagt 75% van de kosten tot een maximum bedrag voor de totale looptijd van de verzekering.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : 75% van de kosten tot een maximum van EUR 681
- polis **** : 75% van de kosten tot een maximum van EUR 1.135

Artikel 44

Pedicurezorg

Na verwijzing van een huisarts of een medisch specialist, worden de kosten vergoed van voetverzorging bij dreigende diabetische of reumatische voetproblemen.

De behandeling moet worden gegeven door een pedicure waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : maximaal EUR 21 per behandeling, maximaal EUR 126 per kalenderjaar
- polis **** : maximaal EUR 21 per behandeling, maximaal EUR 210 per kalenderjaar

Artikel 45

Podotherapie

De kosten van een voetbehandeling worden vergoed. De behandeling moet plaatsvinden op verwijzing van een huisarts of medisch specialist.

De voetbehandeling moet worden gegeven door een podotherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : maximaal EUR 135 per verzekerde per kalenderjaar
- polis *** : maximaal EUR 135 per verzekerde per kalenderjaar
- polis **** : maximaal EUR 135 per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 46

Flebologie

Vergoed worden de kosten van consulten en behandelingen door een fleboloog. De maximale vergoeding bedraagt EUR 28,50 per dag. Voorwaarde voor vergoeding is dat de consulten en/of behandelingen worden uitgevoerd door een in Nederland bevoegde arts.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : maximaal EUR 28,50 per dag
- polis **** : maximaal EUR 28,50 per dag

Artikel 47

Manuele Lymfdrainage

Vergoed worden de kosten van manuele lymfdrainage in verband met ernstig lymfoedeem. De behandelingen moeten worden uitgevoerd door een huidtherapeut of manueel lymftherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De manuele lymfdrainage moet vooraf, ter goedkeuring, worden aangevraagd door een arts.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : maximaal EUR 454 per kalenderjaar.
- polis **** : 100%

Artikel 48

Kortdurende Psychologische Zorg

De behandeling door een psycholoog wordt vergoed onder toepassing van de volgende voorwaarden:

- het moet gaan om acute, kortdurende individuele hulp die plaatsvindt in het kader van de behandeling door de huisarts;
- de behandeling kan alleen plaatsvinden na verwijzing door de huisarts;
- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een psycholoog afgestudeerd in de psychologie en die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat;
- de vergoeding wordt rechtstreeks overgemaakt aan de psycholoog.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : 12 zittingen per 24 maanden, maximaal EUR 50 per zitting
- polis *** : 12 zittingen per 24 maanden, maximaal EUR 50 per zitting
- polis **** : 12 zittingen per 24 maanden, volledig

Artikel 49

Alternatieve geneeswijzen

Vergoed worden, de kosten van consulten en behandelingen tot het genoemde maximumbedrag voor de hieronder vermelde alternatieve geneeswijzen.

Voorwaarde voor vergoeding is dat de consulten en/of behandelingen worden uitgevoerd door een in Nederland bevoegde arts (a en b) of zorgverlener (c t/m h) die door de maatschappij is erkend.

- a antroposofische geneeskunde;
- b natuurgeneeskunde;
- c acupunctuur;
- d behandeling door een chiropractor;
- e haptotherapie;
- f (klassieke) homeopathie;
- g manuele geneeskunde;
- h osteopathie.

Informatie over erkende alternatieve genezers in uw omgeving kunt u telefonisch verkrijgen bij de afdeling Klanten Service Zorg, tel. (038) 456 79 99.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : maximaal EUR 28,50 per dag maximaal 20 dagen per kalenderjaar
- polis *** : maximaal EUR 28,50 per dag
- polis **** : maximaal EUR 46 per dag

Artikel 50

Alternatieve geneesmiddelen

Homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen die wettelijk geregistreerd staan in de Homeopathie vergoedingslijst (Z.index) worden vergoed als deze zijn verstrekt op voorschrift van een (alternatieve) arts. Vergoeding vindt alleen plaats als de geneesmiddelen worden verkregen van een door de maatschappij erkende zorgverlener.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : maximaal EUR 227 per verzekerde per kalenderjaar
- polis *** : 100%
- polis **** : 100%

Artikel 51

Psoriasis kuurbehandelingen

- a Vergoed worden de kosten van behandelingen van psoriasisandoeningen in de volgende Psoriasisdagbehandelingscentra in Nederland:
 - Dagbehandelingscentrum Midden Nederland in Ede;
 - Kuurcentrum Nieuweschans;
 - Kuurdagbehandelingscentrum in Boekelo;
 - Kuurpolikliniek Groningen;
 - Skin Therapy Vema B.V. in Schagen en Vlaardingen.Hierbij moet sprake zijn van ernstige psoriasisandoeningen. Voorwaarde is ook dat de behandelingen plaatsvinden op voorschrift van een huisarts of medisch

specialist. De vergoeding is een maximum bedrag per kalenderjaar. De reiskosten worden niet vergoed.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : maximaal EUR 681 per verzekerde per kalenderjaar
- polis *** : maximaal EUR 908 per verzekerde per kalenderjaar
- polis **** : maximaal EUR 1.248 per verzekerde per kalenderjaar

In plaats van de vergoedingen onder a, kunnen de vergoedingen onder b van toepassing zijn.

- b Vergoed worden de kosten van behandelingen (inclusief reiskosten) bij ernstige psoriasisandoeningen in de volgende behandelcentra in het buitenland:
 - Kliniek Beau Reveil te Leysin, Zwitserland of
 - in een kliniek in Ein Bokek (Dode Zee), Israël.

De vergoeding kent een maximum bedrag per kalenderjaar. Voorwaarde is dat de behandelingen plaatsvinden op voorschrift van een huisarts of medisch specialist.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : maximaal EUR 681 per verzekerde per kalenderjaar
- polis *** : maximaal EUR 908 per verzekerde per kalenderjaar
- polis **** : maximaal EUR 1.248 per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 52

UV-B lichtbehandeling

Na goedkeuring door de maatschappij is thuis een Ultravioletlichtbehandeling mogelijk.

De vergoeding is per verzekerde maximaal EUR 681 per kalenderjaar.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : maximaal EUR 681 per kalenderjaar
- polis **** : maximaal EUR 681 per kalenderjaar

Artikel 53

Reuma kuurbehandelingen

Vergoed worden de kosten van behandelingen bij reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. De reiskosten worden niet vergoed. De behandelingen moeten worden aangevraagd en de maatschappij moet vooraf toestemming verlenen. De vergoeding bedraagt een maximum bedrag per kalenderjaar.

Alleen kuurreizen die worden georganiseerd door de Stichting Interkuur in Noordwijk komen voor vergoeding in aanmerking.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : maximaal EUR 681 per verzekerde per kalenderjaar
- polis *** : maximaal EUR 908 per verzekerde per kalenderjaar
- polis **** : maximaal EUR 1.248 per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 54

Thuisverzorging voor gehandicapten en chronisch zieken

Vergoed worden de kosten voor vervangende hulp aan de verzekerde die gehandicapt of chronisch ziek is en normaal mantelzorg ontvangt. De vervangende hulp moet vooraf worden aangevraagd door de Stichting Thuisverzorging voor Gehandicapten te Bussum. De maatschappij moet vooraf toestemming verlenen.

De vergoeding wordt toegekend voor een hierna genoemd aantal dagen per kalenderjaar. De maximale vergoeding bedraagt EUR 89 per zorgdag.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : maximaal 10 dagen per kalenderjaar
- polis **** : maximaal 15 dagen per kalenderjaar

Artikel 55

Oefentherapie voor verzekerden met reuma

Vergoed worden de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water.

Voorwaarde voor vergoeding is dat men in groepsverband deelneemt onder leiding van een gediplomeerd fysiotherapeut of gediplomeerd Cesar/Mensendieck - therapeut. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 4 per keer, met een maximum van EUR 200 per kalenderjaar. De vergoeding wordt rechtstreeks overgemaakt aan de door de maatschappij erkende organiserende instantie.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : maximaal EUR 200 per kalenderjaar
- polis **** : maximaal EUR 200 per kalenderjaar

Artikel 56

Herstellingsoord

Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage voor opname in een door de maatschappij erkend herstellingsoord, niet zijnde een AWBZ-herstellingsoord.

De maximale vergoeding bedraagt EUR 48 per dag gedurende maximaal 4 weken per kalenderjaar.

De reiskosten bij opname en ontslag kunnen worden vergoed op basis van openbaar vervoer (laagste klasse) of als de verzekerde gebruik maakt van eigen vervoer EUR 0,10 per kilometer.

Zowel de kosten van het verblijf in het herstellingsoord als de reiskosten moeten vooraf, ter goedkeuring, door een arts worden aangevraagd bij de maatschappij.

- polis * : geen vergoeding
- polis ** : geen vergoeding
- polis *** : wel vergoeding
- polis **** : wel vergoeding

Artikel 57

Therapeutische oorden voor kinderen

Vergoed wordt EUR 7 per dag per verzekerde gedurende maximaal 6 weken per kalenderjaar. De vergoeding wordt verleend voor:

- het verblijf in een therapeutisch oord voor astmatische kinderen;
- het verblijf in een therapeutisch oord voor kinderen die bijvoorbeeld lijden aan suikerziekte.

polis * : geen vergoeding
polis ** : geen vergoeding
polis *** : wel vergoeding
polis **** : wel vergoeding

Artikel 58

Therapeutische oorden voor gehandicapten

Vergoed wordt EUR 7 per dag per verzekerde gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar. Verzekerden die gehandicapt zijn en niet in een AWBZ-instelling verblijven, kunnen hiervoor in aanmerking komen.

De kosten van verblijf in oorden, die georganiseerd of verzorgd worden door instellingen waar men een dag of een dagdeel verblijft (bijvoorbeeld onderwijsinstellingen) worden niet vergoed.

polis * : geen vergoeding
polis ** : geen vergoeding
polis *** : wel vergoeding
polis **** : wel vergoeding

Artikel 59

Plaswekker

Op verwijzing van huisarts of medisch specialist wordt na goedkeuring door de maatschappij een plaswekker in bruikleen verstrekt gedurende een periode van 3 maanden.

polis * : geen verstrekking
polis ** : geen verstrekking

polis *** : 3 maanden in bruikleen

polis **** : 3 maanden in bruikleen

Artikel 60

Brilmonturen

Vergoed worden de kosten van brilmonturen voor kinderen tot 18 jaar. De vergoeding bedraagt maximaal EUR 35 per 24 maanden. Voor de aanschaf van zonnebrillen wordt geen vergoeding verleend.

polis * : geen vergoeding
polis ** : geen vergoeding
polis *** : wel vergoeding
polis **** : wel vergoeding

Artikel 61

Brillenglazen

Per verzekerde is per 3 jaar een vergoeding van brillenglazen mogelijk.

polis * : geen vergoeding
polis ** : geen vergoeding
polis *** : maximaal EUR 69
polis **** : maximaal EUR 91

Artikel 62

Lenzen

Per verzekerde is per 3 jaar een vergoeding van lenzen mogelijk:

polis * : geen vergoeding
polis ** : geen vergoeding
polis *** : maximaal EUR 69
polis **** : maximaal EUR 91

Artikel 63

Steunzolen

Steunzolen naar blauwdruk, gipsmodel of schuimdoostechniek worden vergoed tot een maximum bedrag. Voor kinderen tot 18 jaar geldt de genoemde maximale vergoeding per 12 maanden, voor volwassenen geldt de maximale vergoeding per 24 maanden.

De steunzolen dienen geleverd te worden door een leverancier waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft, op voorschrift van de behandelend arts.

polis * : geen vergoeding
polis ** : geen vergoeding
polis *** : maximaal EUR 35
polis **** : maximaal EUR 46

Artikel 64

Uitsluitingen

Geen recht op vergoeding wordt verleend:

- 1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, één en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd;
- 2a Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- 2b De uitsluiting onder a geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radio-actieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225);
- 2c Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 2b. geen toepassing.

- 3 Voor de kosten van behandelingen voor ziekten en afwijkingen, die reeds bij de ingang van de verzekering bestonden en die niet door de verzekeringnemer op het aanvraagformulier zijn vermeld, hoewel hij of de verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg of klachten onderzond. Het hiervoor bepaalde is eveneens van toepassing bij een wijziging van de verzekering. Het bovenstaande is niet van toepassing indien de maatschappij van die ziekte, afwijking of klachten schriftelijk op de hoogte is gebracht en bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen;
- 4 Voor de kosten van keuringen en periodiek geheel onderzoek in het kader van de algemene preventie;
- 5 Voor de kosten in verband met het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie;
- 6 Voor de kosten van alle andere fertiliteitsbevorderende behandelingen dan de in artikel 15 genoemde.
- 7 Voor de kosten van gezinszorg;
- 8 Voor de eigen bijdrage, krachtens de AWBZ en hulpmiddelen met uitzondering van artikel 28 en 29 en die van bevolkingsonderzoek;
- 9 Uitdrukkelijk wordt bepaald, dat geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt indien en voorzover - zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - door de deelnemer c.q. verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten kan worden gemaakt krachtens:
 - een wettelijk geregelde verzekering, zoals de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
 - een regeling van overheidswege;
 - enigerlei subsidieregeling;
 - een andere overeenkomst;Alleen die kosten zullen worden vergoed welke het bedrag waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken te boven gaan.

- 10 Voor de kosten van psychiatrische zorg. Psychiatrische zorg is een verstrekking van de AWBZ.
- 11 De maatschappij is niet gehouden tot het doen van uitkeringen voor verstrekkingen als deze voortvloeien uit ziekten, afwijkingen of ongevallen, waarvoor de verzekerde aanspraak kan maken op uitkering, in welke vorm dan ook krachtens wettelijke of andere verzekeringen of uit andere hoofde, behoudens het in artikel 66 bedoelde geval.

Artikel 65

Verplichtingen van de verzekerden

- 1 Alle door de maatschappij verlangde inlichtingen dienen zo spoedig mogelijk, volledig, nauwkeurig en naar waarheid te worden verstrekt.
Verzekerde dient de behandelend arts of medisch specialist te machtigen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van de maatschappij.
- 2 De verzekerde dient de voorschriften van zijn arts nauwkeurig op te volgen en in het algemeen dient hij dat te doen, wat voor een spoedige genezing bevorderlijk is en na te laten, wat daarvoor nadelig is.
- 3 Aan de medisch adviseur van de maatschappij dient zo nodig toegang tot de verzekerde verleend te worden voor een geneeskundig controle-onderzoek.
- 4 De verzekerde dient na ontvangst de originele nota's ter afhandeling aan te bieden. De nota's dienen gespecificeerd te zijn. Zonder specificatie of medische aanvragen worden de nota's niet in behandeling genomen en terug gestuurd. Alleen de kosten die het totaal van het op de polis vermelde eigen risico te boven gaan komen voor vergoeding in aanmerking.
Nota's moeten binnen 24 maanden na de op de nota vermelde datum zijn ingediend, daar anders de aanspraak op uitkering vervalt. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn.

Artikel 66

Verhaal

De verzekerde, of diegene, die voor de verzekerde meent aanspraak te kunnen doen gelden jegens derden voor de kosten van ziekte en/of ongeval, is verplicht deze aanspraken over te dragen aan de maatschappij tot het bedrag, dat de maatschappij, op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, dient uit te keren, vermeerderd met de kosten, ontstaan bij het geldend maken van deze aanspraken. De verzekerde is niet bevoegd zonder toestemming van de maatschappij enige maatregel in of buiten rechte te nemen jegens derden of met hen een schikking aan te gaan.

Hij is verder verplicht zich te onthouden van alles wat de rechten van de maatschappij zou kunnen verkorten of schaden, dan wel de uitoefening van die rechten zou kunnen bemoeilijken.

Artikel 67

Premiebetaling en incasso

- 1 Wijziging van de premie als gevolg van wijzigingen in de gezinssamenstelling gaat in per de datum waarop deze wijziging plaatsvindt. Wijziging van de premie als gevolg van het bereiken van een leeftijdsgrens van een leeftijdgebonden premie gaat in per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de wijziging van de leeftijdscategorie plaatsvindt.
- 2 De verzekeringsnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen uiterlijk op de dertigste dag nadat zij verschuldigd worden.
Indien de verzekeringsnemer niet tijdig betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend voor gebeurtenissen die plaatsvinden op of na de dag waarop de (suppletie)premie en de kosten verschuldigd worden. Een ingebrekestelling door de maatschappij is daarvoor niet vereist.

De verzekeringnemer dient het verschuldigde (incl. rente en incassokosten) alsnog te betalen. De dekking gaat weer in de dag nadat het verschuldigde aan de maatschappij is voldaan, tenzij de maatschappij binnen 14 dagen na ontvangst van het verschuldigde bedrag anders besluit.

De maatschappij behoudt zich het recht voor het totaalbedrag van de verschuldigde betalingen te verrekenen met een te verstrekken uitkering ten behoeve van verzekeringnemer. Aan verzekeringnemer komt niet het recht toe om te verrekenen.

Artikel 68

Incasso eigen risico en eigen bijdrage

Als een eigen risico en/of eigen bijdrage van toepassing is en er is sprake van rechtstreeks betalingsverkeer tussen zorgaanbieder en maatschappij, dan kan de maatschappij het volledige notabedrag aan de zorgaanbieder betalen.

In dat geval zal verrekening van het eigen risico en/of de eigen bijdrage plaatsvinden met uitkeringsaanspraken uit hoofde van deze verzekering.

In het geval dat verrekening niet mogelijk is, zal incasso plaatsvinden van het bij de maatschappij bekende rekeningnummer op de voor premie-incasso afgesproken wijze, dan wel op aangeven van de verzekeringnemer overeengekomen andere wijze.

Artikel 69

Geschillen

Voor het recht op vergoeding kan geen beroep worden gedaan op telefonische of mondelinge toezeggingen. In gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de maatschappij, zo nodig na advies van een medisch adviseur.

Nadat de maatschappij van de klacht in kennis is gesteld, kan de klacht tevens voor advies worden voorgelegd aan de: Ombudsman Zorgverzekeringen Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 70

Privacy

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten.

Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij Groene Land Achmea, Afd. WBP, Postbus 631, 8000 AP Zwolle.

Artikel 71

Adres

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

VOORWAARDEN ACHMEA HEALTH

Op vergoeding van de hierna genoemde rubrieken bestaat aanspraak, met inachtneming van de Algemene Voorwaarden voor de Beter Af Ziektekostenpolis met sterren.

Op de hierna genoemde rubrieken bestaat geen aanspraak op vergoeding van vervoerskosten, tenzij anders is bepaald.

Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor behandelingen of kosten, gemaakt in het buitenland, met uitzondering van de vergoeding genoemd in artikel 1.

Artikel 1

Achmea health Alarmcentrale

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de in artikel 23 van de Algemene Voorwaarden voor de Beter Af Ziektekostenpolis genoemde hulpverlening door de Achmea health Alarmcentrale (uitgevoerd door EuroCross International);
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Achmea health Alarmcentrale.

In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met de Achmea health Alarmcentrale, tel. **(071) 364 18 50**.

Artikel 2

Korting bij opticiens

Wij kunnen u informeren over de kortingsregeling die door Achmea health is afgesproken met opticiens.

Artikel 3

Korting op personenalarmering

U heeft recht op een korting op de huur- en abonnementskosten in verband met aansluiting op en gebruik van het alarmeringssysteem van ActionLine.

Artikel 4

Second opinion

Wij vergoeden de kosten van second opinion door een medisch specialist of tandarts.

Artikel 5

Kraampakket

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons een medisch kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het medisch kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Artikel 6

Uitleen verpleegartikelen

Wij vergoeden voor een periode van maximaal 6 maanden de huurkosten van medisch noodzakelijke artikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, indien deze artikelen niet meer krachtens de AWBZ worden vergoed.

Artikel 7

Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Wij vergoeden het gebruik van bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood. Wij vergoeden de kosten

van huur van deze apparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 8

Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een (vakantie)reis naar het buitenland:

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- hepatitis A/B.

Artikel 9

Preventieve onderzoeken

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of medisch specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (maximaal 1 keer per 24 maanden);
- prostaatcancer.

Artikel 10

Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden per verzekerde de volgende behandelingen in een sportmedische instelling:

- éénmaal per 24 maanden de kosten van een sportmedisch onderzoek. De eigen bijdrage per onderzoek bedraagt EUR 11;
- tweemaal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult en/of herhalingsconsult.

Voorwaarde voor vergoeding

De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de

Federatie van Sport Medische Instellingen.

Artikel 11

Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal 1 leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen. De eigen bijdrage per training bedraagt EUR 102.

De volgende trainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie bij mensen met stotterproblemen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

Artikel 12

Preventieve cursussen

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot maximaal EUR 114 per verzekerde per cursus per kalenderjaar.

Wij geven een tegemoetkoming voor de volgende preventieve cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health centrum of een thuiszorginstelling;
- hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr of een thuiszorginstelling;
- eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- EHBO, georganiseerd door een plaatselijke EHBO-vereniging.

Wij kunnen u informeren over de organisaties waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Daarnaast geven wij 25% korting op de schriftelijke cursussen:

- Lekker in je vel;
- Lekker gezond;
- Lekker slank.

Deze cursussen worden verstrekt door Achmea health.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

Artikel 13

Voedingsvoorlichting

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist, tot maximaal EUR 114 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland, of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- U moet zijn doorverwezen door de huisarts of medisch specialist.

Artikel 14

Kuurcentra

U heeft recht op een korting bij de volgende kuurcentra;

- Fontana te Nieuweschans;
- Thermaalbad Arcen te Arcen;
- Sanadome te Nijmegen;
- Thermae 2000 te Valkenburg;
- Kuurcentra die vallen onder Thermen & Beauty-groep.

Wij kunnen u nader informeren over de arrangementen die tegen korting beschikbaar zijn.

Artikel 15

Korting op fitness

U heeft bij de vestigingen van Ten Tije Fitness recht op een korting van:

- 50% op het (eenmalige) inschrijfgeld;
- 20% op de contributie;

- 25% op bepaalde cursussen. Wij kunnen u nader informeren over het aanbod aan cursussen waarvoor de korting van toepassing is.

Artikel 16

Wachttijdbemiddeling

Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet ondergaan, waarvoor een wachttijd geldt, kunnen wij voor u nagaan of de wachttijd bekort kan worden. Als er mogelijkheden tot het bekorten van de wachttijd zijn, proberen wij te regelen dat u eerder behandeld wordt.

Voorwaarden voor vergoeding

- De mogelijke oplossing moet vallen binnen de dekkingsvoorwaarden van uw polis.
 - Er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling/onderzoek en/of opname in een algemeen of academisch ziekenhuis (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeg-inrichting) bij:
 - eerste polikliniekbezoek, van tenminste 3 weken;
 - dagbehandeling, van tenminste 4 weken;
 - ziekenhuisopname, van tenminste 6 weken.
- Uitsluiting*
Wachttijdbemiddeling kan niet worden aangevraagd voor orgaantransplantatie.

Artikel 17

Care for Women

Wij vergoeden 75% van de kosten van consulten van een overgangsconsulent tot maximaal EUR 114 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.

VOORWAARDEN AANVULLENDE TANDARTSKOSTEN- VERZEKERING VOOR VOLWASSENEN

VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

De Tandartskostenverzekering voor verzekerden van 18 jaar en ouder kent twee pakketten, te weten de Tand Totaal Polis en de Tand Totaal Plus Polis.

Artikel 1

Elke verzekerde die aan zijn verplichtingen tegenover de maatschappij voldoet, heeft recht op vergoeding van tandartskosten, die vermeld zijn in artikel 7, indien dit op het polisblad is aangegeven.

Met inachtneming van de bepalingen van de Algemene verzekeringsvoorwaarden van de ziektekostenverzekering geldt voor de Aanvullende Tandartskostenverzekering het volgende:

Bij samenloop van de verzekeringen bij de maatschappij worden rekeningen achtereenvolgens ten laste gebracht van de Ziektekostenverzekering respectievelijk deze Tandartskostenverzekering.

Artikel 2

De aanmelding dient te geschieden op het daarvoor bestemde en door de maatschappij verstrekte aanvraagformulier. Voor de acceptatie van de Tand Totaal Polis moet het gebit gesaneerd zijn. Ten behoeve van de acceptatie van de verzekering voor de Tand Totaal Plus Polis kan een tandheelkundig keuringsrapport verlangd worden. De kosten van het onderzoek, verbonden aan het bezoek aan de tandarts ter verkrijging van het tandheelkundig keuringsrapport zullen worden vergoed na ontvangst van dit keuringsrapport, mits de verzekering wordt geaccepteerd door de maatschappij.

Artikel 3

De verzekering volgens de Tand Totaal Polis en de Tand Totaal Plus Polis wordt van kracht, nadat de maatschappij het tandheelkundig risico accepteert voor de aangemelde personen.

Vanaf de ingangsdatum van de verzekering is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd voor alle aangemelde en geaccepteerde verzekerden.

Artikel 4

Er bestaat geen recht op vergoeding van kosten, indien de verzekerde niet meewerkt aan een tandheelkundige controle, die door of vanwege de maatschappij noodzakelijk wordt geacht.

Artikel 5

De duur van de verzekering bedraagt 12 maanden vanaf 1 januari.

Indien de verzekering is aangegaan in de loop van een boekjaar dan loopt de verzekering door tot 31 december van het daaropvolgend jaar.

De verzekering wordt geacht stilzwendig telkens voor 12 maanden te zijn verlengd, tenzij de verzekeringsnemer tenminste 3 maanden voor de afloop van de verzekeringsperiode de verzekering schriftelijk heeft opgezegd (zie hiervoor de algemene voorwaarden).

Artikel 6

Tussentijdse wijzigingen van de Tand Totaal Polis naar de Tand Totaal Plus Polis is mogelijk nadat de maatschappij het tandheelkundig risico opnieuw heeft geaccepteerd. Wijziging van de Tand Totaal Plus Polis naar de Tand Totaal Polis is slechts mogelijk per 1 januari van enig jaar met dien verstande dat de wijziging voor 1 oktober bij de maatschappij is aangevraagd.

Artikel 7

- a De verzekering volgens de Tand Totaal Polis en de Tand Totaal Plus Polis geeft recht op vergoeding van onderstaande kosten van behandeling, mits deze behandelingen tandheelkundig noodzakelijk zijn en worden verricht door een in Nederland gevestigde tandarts of een mondhygiëniste in dienst van een in Nederland gevestigde tandarts.
- b Bij plaatsing en vervaardiging door een

tandprotheticus (die een overeenkomst heeft met de maatschappij) komt voor vergoeding in aanmerking: de uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- en/of onderkaak en de kosten van reparatie en rebasen van bestaande uitneembare volledige prothese of een bestaande overkappingsprothese in boven- en/of onderkaak op basis van afgesproken verrichtingen en tarieven.

Tand Totaal Polis (TTP) en Tand Totaal Plus Polis (TTPP)

Vergoed wordt 100% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de goedgekeurde tarieven (tenzij anders is aangegeven).

Rubrieken	TTP	TTPP
Consulten		
C10 periodieke controle, éénmaal per zes maanden	•	•
C20 consult inclusief kleine verrichtingen	•	•
C25 specifiek consult	•	•
C30 eerste bezoek nieuwe patiënt	•	•
C81 weekenddienst	•	•
Röntgendiagnostiek		
X10 intra-orale foto: per opname	•	•
X21 orthopantomogram		•
Preventieve behandelingen		
M30 instructie mondhygiëne, zonder kleurtest, éénmaal per kalenderjaar	•	•
M50 verwijderen tandsteen beperkt	•	•
M55 gemiddeld tandsteenverwijderen	•	•
M59 uitgebreid tandsteenverwijderen, vergoeding op basis van M55	•	•
Restauraties door middel van plastische materialen (vullingen: amalgaam, composiet)		
V10 pitvulling	•	•
V11 eenvlaksrestauratie	•	•
V12 tweevlaksrestauratie	•	•
V13 drievlaksrestauratie	•	•
V14 kroon van plastisch materiaal	•	•
V20 etsen ten behoeve van composiet	•	•
V21 etsen in combinatie met etsbare onderlaag	•	•
Deelbehandelingen bij vullingen		
V40 het polijsten c.q. bijwerken van vullingen		•
V50 droogleggen van elementen door middel van cofferdam		•
V60 indirectie pulpa-overkapping		•
V70 parapulpaire stift		•

Rubrieken	TTP	TPP
Pulpa- en wortelkanaalbehandelingen		
E10 wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal: guttapercha, zilverstift	•	•
E15 wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal: guttapercha, zilverstift	•	•
E20 wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal: pasta	•	•
E25 wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal: pasta	•	•
E50 het moezaam verwijderen van oud wortelkanaalvulmateriaal of stift, per kanaal	•	•
E60 vitaalamputatie/partiële pulpotomie	•	•
E65 apexificatie	•	•
E76 initiële wortelkanaalbehandeling (tijdens waarneming)	•	•
E85 elektronische lengtebepaling 1 keer per element (alleen in combinatie met code E10)	•	•
A10 geleidings- en/of infiltratie anesthesie (alleen in combinatie met wortelkanaalbehandelingen)	•	•
Esthetische behandelingen		
E90 inwendig bleken per element, eerste zitting		•
E95 inwendig bleken per element, elke volgende zitting		•
Chirurgische ingrepen		
H10 extractie	•	•
H15 extractie volgend element	•	•
H20 hechten per tandholte		•
H25 uitgebreid wondtoilet	•	•
H30 gecompliceerde extractie zonder mucoperiostale opklap	•	•
H21 kosten hechtmateriaal (alleen in combinatie met code H30)	•	•
Gedeeltelijke prothetische voorzieningen en reparaties inclusief techniekkosten**		
P10 partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, geen vergoeding techniekkosten	•	•
P15 partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, geen vergoeding techniekkosten	•	•
P34 frameprothese 1-4 elementen, max. EUR 114	•	
P34 frameprothese 1-4 elementen, 100% honorarium, geen vergoeding techniekkosten		•
P35 frameprothese 5-13 elementen, max. EUR 114	•	
P35 frameprothese 5-13 elementen, 100% honorarium, geen vergoeding techniekkosten		•
P51 rebasen partiële prothese/frameprothese indirect zonder randopbouw	•	•
P52 rebasen partiële prothese/frameprothese indirect met randopbouw	•	•
P53 rebasen partiële prothese/frameprothese direct zonder randopbouw	•	•
P54 rebasen partiële prothese/frameprothese direct met randopbouw	•	•

** Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist indien:

- de kosten van plaatsing en vervaardiging van een prothese door een tandarts meer bedragen dan EUR 341 per kaakdeel;
- de kosten van plaatsing en vervaardiging van een prothese door een tandprotheticus meer bedragen dan EUR 318 per kaakdeel;
- bij vervanging binnen 8 jaar.

Rubrieken	TTP	TTPP
P57 reparatie van partiële prothese/frameprothese, zonder afdruk	•	•
P58 reparatie van partiële prothese/frameprothese, met afdruk	•	•
P79 uitbreiding van partiële prothese met element of anker, inclusief afdruk	•	•
Volledige prothetische voorzieningen en reparaties inclusief techniekkosten**		
P01 rebasen volledige prothese indirect zonder randopbouw	•	•
P02 rebasen volledige prothese indirect met randopbouw	•	•
P03 rebasen volledige prothese direct zonder randopbouw	•	•
P04 rebasen volledige prothese direct met randopbouw	•	•
P07 reparatie van volledige prothese zonder afdruk	•	•
P08 reparatie van volledige prothese met afdruk	•	•
P21 bovenprothese	•	•
P25 onderprothese	•	•
P30 boven- en onderprothese	•	•
P78 uitbreiding partiële prothese met element(en) tot volledige prothese inclusief afdruk	•	•
P80 consult, inclusief kleine verrichting	•	•
P81 bovenprothese	•	•
P82 onderprothese	•	•
P83 boven- en onderprothese	•	•
P85 toeslag weekblijvende basis	•	•
P87 rebasen volledige onder- of bovenprothese	•	•
P88 weekblijvende basis	•	•
P89 toeslag voor weekblijvende basis bij rebasing	•	•
P92 partiële revisie van elementen per onder- of bovenprothese	•	•
P93 volledige revisie van elementen per onder- of bovenprothese	•	•
P95 reparatie prothese	•	•
P96 uitgebreide reparatie prothese	•	•
Tevens komt voor vergoeding in aanmerking:		
I85 boven- en onderprothese op implantaten (inclusief techniekkosten)	•	•
I87 onderprothese op implantaten (inclusief techniekkosten)	•	•
I88 omvorming van bestaande onderprothese (na implantatie) tot overkappingsprothese op implantaten (inclusief techniekkosten)	•	•
I90 rebasing zonder staafdemontage	•	•
I91 rebasing met staafmontage bij twee implantaten	•	•
I92 rebasing met staafmontage bij vier omplantaten	•	•
I93 standaard consult nazorg	•	•

** Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist indien:

- de kosten van plaatsing en vervaardiging van een prothese door een tandarts meer bedragen dan EUR 341 per kaakdeel;
- de kosten van plaatsing en vervaardiging van een prothese door een tandprotheticus meer bedragen dan EUR 318 per kaakdeel;
- bij vervanging binnen 8 jaar.

Rubrieken	TTP	TTPP
Solitair implantaat		
I13/238045 Voor het plaatsen van een eerste solitair implantaat vergoeden wij maximaal EUR 454 per 2 jaar van de totale behandelingskosten. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in de 2 voorafgaande jaren		•
Inlays *		
R11 eenvlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•
R12 tweevlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•
R13 drievlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•
Kronen* (inclusief noodvoorziening)		
R20 gegoten metalen kroon		•
R25 gegoten metalen kroon met opgebakken porselein		•
R26 jacketkroon met schouderpreparatie		•
R27 jacketkroon zonder schouderpreparatie		•
R28 endokroon, indirect vervaardigd		•
R29 roestvrijstalen kroon, kunstsharsconfectie kroon		•
Bruggen* en etsbruggen*		
R40 eerste dummy		•
R45 tweede en volgende in hetzelfde tussendeel		•
R60 dummy zonder preparatie		•
R61 dummy met preparatie		•
R65 toeslag voor elke volgende dummy in het zelfde tussendeel		•
Directe labiale veneering*		
V15 directe labiale veneering (schildje)	•	•
Indirecte labiale veneering*		
R78 indirecte labiale veneering (schildje) zonder preparatie		•
R79 indirecte labiale veneering (schildje) met preparatie		•
Techniekkosten kronen*, inlays*, bruggen* en labiale veneeringen*		
R00 vergoeding techniekkosten van kronen, inlays, bruggen en labiale veneeringen, maximaal EUR 69 per element. De vergoeding van de gezamenlijke kosten voor kronen, inlays en brugdelen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 jaar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in de 2 voorafgaande jaren		•
Overige codes (geen vergoeding techniekkosten)		
R31 opbouw plastisch materiaal		•
R32 gegoten opbouw indirecte methode		•
R33 gegoten opbouw directe methode		•
R46 intra-coronaire brugverankering, per anker		•
R74 opnieuw vastzetten gegoten restauraties		•
R75 opnieuw vastzetten etsbrug		•

* De vergoeding van de gezamenlijke kosten voor kronen, inlays, brugdelen en labiale veneering is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 jaar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in de 2 voorafgaande jaren.

Rubrieken	TTP	TTPP
Behandelingen van kaakgewrichtsklachten		
G65 indirect planmatig inslijpen		•
G62 occlusale spalk, inclusief techniekkosten		•
Vergoeding van deze behandelingen vindt plaats na een uitgebreid functie-onderzoek (G01). De kosten van dit onderzoek komen niet voor vergoeding in aanmerking.		
Parodontale behandelingen (tandvleesbehandelingen)		
Vergoed wordt 75% van alle door het College Tarieven Gezondheidszorg goedgekeurde T-codes, inclusief eventuele techniekkosten volgens paroprotocol tot maximaal EUR 681 voor de gehele looptijd van de verzekering.		•
Anesthesie		
A10 geleidings- en/of infiltratie anesthesie		•
A15 oppervlakte-anesthesie		•
Implantologie		
Behandelkosten voor de mesostructuur (machtiging noodzakelijk) maximaal EUR 454 voor de gehele looptijd van de verzekering.	•	•

ALFABETISCHE WOORDENLIJST	Pagina	Artikel
Achmea health	29	-
Acnebehandeling	21	41
Alarmcentrale	29	1
Alternatieve geneesmiddelen	23	50
Alternatieve geneeswijzen	22	49
Audiologisch centrum	11	18
AWBZ	4	-
Bevalling en kraamzorg	12	21
Bewakingsapparatuur	29	7
Boekjaar	8	6
Brillen/lenzen	25	60 t/m 62
Buitenlanddekking	13	23
Camouflagetherapie	21	42
Eigen risico	8	8
Epilatiebehandeling	21	43
Erfelijkheidsonderzoek	11	19
Ergotherapie	20	39
Farmaceutische zorg	14	25
Fertiliteitsbevorderende behandelingen	10	15
Fitness	31	15
Flebologie	22	46
Fysiotherapie en oefentherapie	20	37
Geschillen	28	69
Herstellingsoort	24	56
Huisarts	14	24
Hulpmiddelen	15	27
Incasso eigen risico en eigen bijdragen	28	68
Kaakorthopedische behandeling	17	30
Kortdurende Psychologische Zorg	22	48
Kraampakket	29	5
Kraamzorgservice	12	21
Kuurcentra	31	14
Leefstijltrainingen	30	11
Leukemie-onderzoek bij kinderen	11	17
Logopedie	20	38
Manuele Lymfdrainage	22	47
Nierdialyse	10	13
Oefentherapie	24	55
Orgaantransplantaties	11	16
Orthodontie	17	31
Opticiens	29	2
Pedicure	21	44
Personenalarmering	29	3
Plastische chirurgie	10	14
Plaswekker	25	59
Podotherapie	21	45
Premiebetaling en incasso	27	67
Preventieve cursussen	30	12
Preventieve onderzoeken	30	9

ALFABETISCHE WOORDENLIJST

	Pagina	Artikel
Psoriasis	23	51
Psychologische zorg	22	48
Revalidatie	9	12
Risicowijziging	7	3
Ronald McDonald Huis/logeerhuis	19	36
Reuma	24	53
Second opinion	29	4
Specialistische zorg	9	11
Sportmedisch onderzoek	30	10
Steunzolen	25	63
Stottertherapie	20	40
Tandheelkundige zorg kinderen tot 18 jaar	18	33
Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	19	35
Therapeutische oorden voor kinderen	25	57
Therapeutische oorden voor gehandicapten	25	58
Thuisverzorging	24	54
Uitleen verpleegartikelen	29	6
Uitsluitingen	26	64
UV-B lichtbehandeling	23	52
Vaccinaties	30	8
Verhaal	27	66
Verplichtingen	27	65
Vervoerskosten	11	20
Verzekering		
- ingang	7	4
- beëindiging of wijziging	7	5
- grondslag	6	2
Voedingsvoorlichting	31	13
Wachttijdbemiddeling	31	16
Ziekenhuisverpleging	8	9

