



Polisvoorwaarden 2012

Aanvullende verzekering Tandartsverzekering



Polisvoorwaarden 2012

Inhoudsopgave

	Pagina
Algemene voorwaarden	
Artikel 1 Begripsomschrijvingen	3
Artikel 2 Aanmelding en inschrijving	4
Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering	4
Artikel 4 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico	4
Artikel 5 Premie	5
Artikel 6 Wijziging van premie en/of voorwaarden	5
Artikel 7 Vergoedingen	5
Artikel 8 Geldend maken van zorgaanpakken	6
Artikel 9 Materiële controle en fraude	7
VERGOEDINGEN	
National Academic Servicepakket (gratis)	8
National Academic Aanvullende verzekeringen	11
Aanvullende Verzekering 1	
Aanvullende Verzekering 2	
Aanvullende Verzekering 3	
National Academic Tandarts Verzekeringen	29
Tandartsverzekering 1	
Tandartsverzekering 2	
Tandartsverzekering 3	
Tandartsverzekering 4	

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 18 die gelden voor het Zorg Plan zijn, met uitzondering van artikel 2.1 eerste zin, ook van toepassing op de aanvullende (tandarts) verzekeringen. De voorwaarden van het Zorg Plan sturen wij u op verzoek toe. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandarts) verzekeringen. Deze zijn hieronder beschreven.

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Apotheekhoudende

Onder apotheekhoudende verstaan wij: (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Arts: Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts: Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische en specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Fysiotherapeut: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.

Huisarts: Een arts die is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Medisch specialist: Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist: Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)'.
Oefentherapeut: Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'

Podotherapeut: Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Sportmedische instelling: een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Tandarts: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus: degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.

Verzekerde: Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekering: één of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven Ziektekostenverzekeringen, die als aanvulling op de zorgverzekering gesloten worden.

Verzekeringnemer: degene die met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.

Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wij: De gevolmachtigde agent Aevitae, aan wie door Achmea Zorgverzekeringen NV volmacht als bedoeld in artikel 21 lid 1 onderdeel a van de Wet assurantiebemiddelingsbedrijf (Wabb) is verleend terzake uitvoering van zorgverzekeringen.

Zelfstandig behandelcentrum: Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis: Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgverkeeraar: Achmea Zorgverzekeringen N.V., gevestigd in Noordwijk geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000647. Namens wie en voor wiens risico Aevitae als gevolmachtigde agent zoals bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) deze aanvullende verzekering uitvoert.

Zorgverzekering: De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 2 Aanmelding en inschrijving

- 2.1** Iedereen, die recht heeft op het Zorg Plan, kan op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. Een aanvullende verzekering kan nooit, met uitzondering van artikel 3.1.1, met terug werkende kracht worden aangegaan. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (alleen mogelijk indien de aanvraag gelijktijdig geschiedt met de aanvraag voor het Zorg Plan).
- 2.2** Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:
- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
 - u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 18 van het Zorg Plan;
 - uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
 - u op het moment van aanmelding al zorg behoeft, dan wel er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen van de aanvullende verzekering.
- 2.3 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering**
De bepalingen van de collectieve overeenkomst prevaleren indien en voor zover zij afwijken van het gestelde in deze verzekeringsvoorwaarden. Indien deze bepalingen niet langer van toepassing zijn op de verzekerde, worden de bepalingen van de individuele overeenkomst weer van toepassing.

Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering

- 3.1 Ingangsdatum en duur van uw aanvullende verzekering**
- 3.1.1** De verzekering gaat in op het op het polisblad vermelde datum en wordt gesloten voor het jaar waarin de verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar.
- 3.1.2** In afwijking van het vorige lid kan een verzekering steeds worden uitgebreid naar een andere verzekering waaraan de verzekerde meer rechten kan ontlenen. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.
- 3.2 Einde van uw aanvullende verzekering**
- 3.2.1** U (verzekeringnemer) kunt uw aanvullende verzekering beëindigen
- door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane en geëffectueerde opzegging is onherroepelijk;
 - door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekering-nemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- 3.2.2** Wij beëindigen uw aanvullende verzekering:
- op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen de door ons binnen de gestelde betalingstermijn van in de tweede schriftelijke aanmaning gestelde betalingstermijn van ons nog niet zijn betaald. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerde(n), die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd;
 - met onmiddellijke ingang;
 - wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering;
 - wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld, of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - bij aangetoonde fraude, zoals omschreven in artikel 18 van het Zorg Plan.

Artikel 4 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

Het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn alleen van toepassing op het Zorg Plan en niet op de aanvullende verzekering.

Artikel 5 Premie

5.1 Hoogte van de premie

Geen premie is verschuldigd voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

5.2 Betaling van premie

De verzekeringnemer is verplicht de premie bij vooruitbetaling giraal te voldoen, per maand of jaar. Onder premie wordt ook verstaan de heffingen en bijdragen die wij (op grond van wettelijke (al dan niet buitenlandse) verplichtingen) aan verzekerden in rekening brengen. Als wij de premie niet of niet tijdig incasseren, is de verzekeringnemer niettemin gehouden tot tijdige premiebetaling.

5.3 Niet-tijdige betaling

5.3.1 Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kunnen wij onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling de dekking schorsen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. Ingeval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bestaat vanaf de dag na aanmaning. Behoudens in geval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid 5 door ons zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd;

5.3.2 Indien de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid 5.3.1 niet binnen de gestelde termijn voldoet aan verplichting tot betaling van de premie, kunnen wij de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling;

5.3.3 In afwijking van lid 5.3.1 kunnen wij, zonder dat de verzekeringnemer is aangemaand, de dekking schorsen indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de eerste premie na het aangaan van de overeenkomst;

5.3.4 Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan;

5.3.5 Als wij maatregelen treffen tot incasso van de vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

5.4 Overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.

Artikel 6 Wijziging van premie en/of voorwaarden

6.1 Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.

6.2 Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.

6.3 Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit aan ons melden (schriftelijk of per e-mail) binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.

6.4 U mag de wijziging niet weigeren wanneer de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen.

Artikel 7 Vergoedingen

7.1 U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, zoals vermeld op de nota, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

7.2 Aanspraken bij verblijf in het buitenland

De vergoeding vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen die in de betreffende artikelen van de aanvullende verzekering worden gesteld. Daarbij geldt dat de buitenlandse zorgaanbieder of instelling door de plaatselijke overheid erkend moet zijn en dat deze moet voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.

In het kader van deze bepaling zijn de artikelen 19.3 en 19.4 die gelden voor het Zorg Plan van overeenkomstige toepassing. Wanneer in deze voorwaarden wordt gesproken over een 100% vergoeding dan betekent dit in het kader van dit artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Dit artikel is tevens niet van toepassing op artikel 7.4 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering. Voor zover de kosten in het buitenland zijn gemaakt worden ze alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekering zouden zijn vergoed.

7.3 Samenloop

7.3.1 U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen.

Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:

- vanuit het Zorg Plan verstrekte lagere vergoedingen in verband met het gebruik maken van niet gecontracteerde zorg;
- kosten die met het eigen risico van het Zorg Plan zijn verrekend, tenzij het verplicht of vrijwillig eigen risico vergoed wordt vanuit de collectieve aanvullende verzekering;
- wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.

7.3.2 Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekering indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.

Als u naast deze aanvullende verzekering een reisverzekering heeft afgesloten en geneeskundige kosten maakt tijdens een reis waarvoor deze reisverzekering in beginsel dekking biedt, biedt deze aanvullende verzekering voor die geneeskundige kosten geen vergoeding. De dekking van deze aanvullende verzekering moet in geval van samenloop met de dekking van die andere verzekering geheel worden weggedacht. Deze vergoedingsuitsluiting is opgenomen in verband met een mogelijke excedentbepaling ter zake van geneeskundige kosten in de voorwaarden van de bedoelde reisverzekering. De vergoedingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering niet zijn opgenomen in een lijst van geneeskundige kosten die vergoed worden. De vergoedingsuitsluiting geldt ook niet wanneer vanwege toepassing van een vrijwillig gekozen eigen risico of een vergoedingsmaximum, geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Alleen in die situaties biedt deze aanvullende verzekering vergoeding volgens de geldende polisvoorwaarden.

7.4 De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

7.5 Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:

- het Zorg Plan;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekeringen;

Artikel 8 Geldend maken van zorgaanspraken

Artikel 13.2 van het Zorg Plan is niet van toepassing op de aanvullende verzekering.

Artikel 9 Materiële controle en fraude

Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor het Zorg Plan is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Vergoedingen

National Academic Servicepakket

Artikel 1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de overige service en aanspraken van de verzekeringsovereenkomst beschreven. Ter toelichting: Deze overige service en aanspraken kunnen niet worden ontleend aan en zijn niet gebaseerd op de Zorgverzekeringwet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende regeling zorgverzekering.

Artikel 2 Service

Verhaalsbijstand/Juridisch advies

Verhaalsbijstand en/of juridisch advies kan worden verleend bij:

1. het verhalen van door verzekerde geleden letselschade, als gevolg van een ongeval, op een wettelijk aansprakelijke derde of degene die daarvoor naar burgerlijk recht aansprakelijk is.
 2. aanspraken op schadevergoedingen jegens aansprakelijke derden zowel op grond van een toerekenbare tekortkoming als op grond van een onrechtmatige daad als gevolg van een medisch handelen.
- De verhaalsbijstand wordt verleend door een met ons samenwerkende organisatie en alleen voor gebeurtenissen in Nederland. De betreffende organisatie beoordeelt en bepaalt of, en zo ja in hoeverre, verhaalsbijstand aan verzekerde wordt verleend. De van toepassing zijnde regeling (waar geen rechten aan kunnen worden ontleend) maakt geen deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en wordt desgewenst toegestuurd door ons.

Artikel 3 Vergoedingen en Aanspraken

Voorwaarden National Academic Service Pakket

A. Buitenland

Als u tijdens uw tijdelijk verblijf in het buitenland onverwachts ziek wordt en spoedeisende hulp nodig heeft, neem dan contact op met de alarmcentrale. Bij een ziekenhuisopname is dit verplicht.

De hulpverleners van de alarmcentrale staan dag en nacht klaar om te helpen als u een arts wil bezoeken, opgenomen moet worden in een ziekenhuis of als u advies nodig heeft over een medisch probleem. U bereikt de helpdesk 24 uur per dag via +31 (0) 78 - 632 75 27.

U kunt rekenen op de volgende service:

- 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bereikbaarheid voor advies en hulp
- Wereldwijde kennis van de lokale gezondheidszorg en de kwaliteit ziekenhuizen
- Regelmatig contact met uw behandelend arts in het buitenland door het medisch team van de Alarmcentrale tijdens opname
- Begeleiding tot en met uw herstel in het buitenland
- Het organiseren van een medische repatriëring indien noodzakelijk (in geval u een basisverzekering met aanvullende dekking heeft).

Wij vergoeden:

- De kosten van het organiseren van de hulpverlening door de Alarmcentrale;
- De kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Alarmcentrale.
- In geval van nood kunt u zich dag en nacht en in het weekend in verbinding stellen met de Alarmcentrale, tel. 078-632 75 27

B. Zorggarantie en zorgbemiddeling

Zorgbemiddeling en zorggarantie

In verband met wachttijden voor sommige behandelingen in de Nederlandse ziekenhuizen kunt u een beroep doen op Zorgbemiddeling.

Een team van gespecialiseerde en gekwalificeerde medewerkers gaat op uw verzoek actief op zoek naar een andere zorginstelling met een kortere wachttijd. Of dat lukt en hoeveel tijd dat scheelt, hangt natuurlijk van de situatie af, maar in verreweg de meeste gevallen zijn wij er tot nu toe in geslaagd met een sneller alternatief te komen.

Zorggarantie

Voor een groot aantal behandelingen geven wij een Zorggarantie af. Dit betekent dat voor deze behandelingen wordt gegarandeerd dat binnen vijf werkdagen een eerste consult kan plaatsvinden. Daarnaast garanderen wij voor deze behandelingen dat binnen 10 werkdagen de behandeling kan plaatsvinden, mits de diagnose van de medisch specialist dit toelaat en er geen andere diagnostiek vereist is.

Verzekerde kan zijn verzoek indienen bij onze afdeling Zorgbemiddeling.

C. Vakantiedokter

Wanneer u in het buitenland behoefte hebt aan niet spoedeisend medisch advies, kunt u de Vakantiedokter bellen via het telefoonnummer: +31 78 6 327 545.

Een team van verpleegkundigen, artsen en deskundige hulpverleners is het hele jaar door tijdens kantooruren bereikbaar voor medische adviezen onder dit telefoonnummer.

Kortingen

Kortingsregeling bij Pearle Opticiens - Nederland, Eye Wish of Specsavers

Alle verzekerden met een aanvullende verzekering kunnen op vertoon van hun zorgpas bij Pearle Opticiens - Nederland, Eye Wish of Specsavers gebruik maken van een kortingsregeling. Een overzicht van de kortingen kunt u downloaden van onze website of bij ons of bij de opticiens opvragen.

Kortingsregeling bij Visionclinics (refractiechirurgie)

Alle verzekerden met een aanvullende verzekering kunnen op vertoon van hun zorgpas bij Visionclinics gebruik maken van een kortingsregeling. Een overzicht van de korting kunt u downloaden van onze website of bij ons of bij Visionclinics opvragen.

Korting op fitness

Recht bestaat bij de Achmea Health Centers op een korting van:

- 20% op het maandelijks sport abonnement
- 50% op de eenmalige bijdrage voor lidmaatschap

Wij verstrekken u op verzoek nadere informatie over de vestigingslocaties van de Achmea Health Centers

Hulpmiddelen van Vegro en Harting-Bank/Ligtvoet

Alle verzekerden met een aanvullende verzekering kunnen op vertoon van hun zorgpas bij Vegro en Harting-Bank/Ligtvoet gebruik maken van een kortingsregeling voor:

- Rollatoren;
- Sta-op stoelen;
- ADL hulpmiddelen;

Hulpmiddelen van Welzorg

Recht bestaat op 10% korting op de adviesverkoopprijs bij aanschaf van hulpmiddelen of producten in de winkels van Welzorg.

Deze afspraak geldt niet voor hulpmiddelen waarop verzekerde volgens het reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar aanspraak kan maken. Gebruik kan worden gemaakt van deze prijsafspraken op vertoon van een geldig polisblad/zorgpas. National Academic verstrekt op verzoek nadere informatie over de plaatsen waar u een winkel van Welzorg kunt vinden.

Energieverbeteringsprogramma

Recht bestaat op 15% korting op de Viavitaliteitstest van Viavitalis. National Academic verstrekt op verzoek nadere informatie over het programma en de locatie.

Ontspanningsarrangementen

Bij de volgende centra zijn door National Academic prijsafspraken gemaakt voor ontspanningsarrangementen:

- Fontana te Nieuweschans
- Thermae 2000 te Valkenburg

National Academic verstrekt op verzoek nadere informatie over de arrangementen die beschikbaar zijn en de daarvoor geldende tarieven.

Slaapcursus

20% korting op online slaapcursus bij Somnio. Somnio biedt advies en oplossingen om (chronische) slaapproblemen te verhelpen.

Voeding en afvallen

- 25% korting op een schriftelijk- en online programma op het gebied van gezond eten en drinken voor een blijvend gezond gewicht bij Happy Weight.
- 25% korting op de schriftelijke cursus speciaal voor kinderen bij Happy Weight. Kinderen leren op een leuke manier wat gezond eten is.
- 25% korting op de schriftelijke cursus speciaal voor verstandelijk gehandicapten bij Happy Weight. De cursus (Stippenplan) is een op maat samengesteld eetcontrole programma om gezond te leren eten en te bewegen.

Fietsen

Recht bestaat op 25% korting op lidmaatschap (alleen het eerste jaar) van de Fietsersbond. Tevens ontvangt u De Landelijke Fietsatlas ter waarde van € 18,50 gratis.

Vitaliteit/persoonlijke balans

30% korting op een aantal workshops voor lichaam en geest en 10% korting op individuele coaching bij Yurtlife.

Psychologie

25% korting op de schriftelijke cursus Praktische Psychologie bij Mix Media (thuiseducatie).

National Academic

Aanvullende Verzekering 1 (AV 1)

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- Consulten van alternatieve artsen en therapeuten;
- Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden 80% van de kosten tot een maximum bedrag van € 200,00 per persoon per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum bedrag van € 50,00 per behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheekhoudende
- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze criteria maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.

Artikel 2 Anticonceptie/Sterilisatie

Anticonceptie voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit Zorgplan):

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva, voor verzekerden van 21 jaar en ouder:

- NuvaRing;
- Mirena (spiraaltje);
- Implanon;
- De anticonceptiepil;
- Condooms(ongeacht de leeftijd van de verzekerde).

Voorwaarden vergoeding

- De anticonceptiva worden vergoed tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS), de bovenlimietprijs;
- Condooms worden vergoed tot een maximum bedrag van € 20,00 euro per kalenderjaar.

SOA Preventie

Wij vergoeden eenmalig de kosten van een SOA preventieconsult per jaar.

Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie, als de behandeling plaatsvindt in:

- de praktijk van een hiertoe bevoegd huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen:

- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking

Artikel 3 Buitenland Wereldwijd

A. Spoedeisende en niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden tot maximaal 200% van het in Nederland geldende tarief. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van het Zorg Plan recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit het Zorg Plan zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op uw zorgpas.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheekunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

B. Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;
- De kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland. De vergoeding bedraagt een maximum bedrag van € 7.000,00 per gebeurtenis.

Uitsluiting:

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van mede reizigers.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

Artikel 4 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut.

Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van het Zorg Plan recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarde:

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons geselecteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toe-

gankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe toegang fysiotherapie/oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Een limitatieve lijst met door ons geselecteerde zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt kunt u vinden op onze website www.na.nl/zorgzoeker.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen, zoals sportmassage, fysiofit en zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek.
- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt;

Wij vergoeden een maximum bedrag van € 300,00 per kalenderjaar voor:

- De kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- De kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden € 14,50 per consult tot een maximumbedrag van € 300,00 per kalenderjaar voor:

- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut
- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde oefentherapeut

Artikel 5 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen

A. Vergoeding eigen bijdragen

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van het Zorg Plan. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

- Voor een pruik een maximum bedrag van € 50,00 per kalenderjaar;
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen een bedrag van € 30,00 eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen;
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker, een bedrag van € 25,00 per kalenderjaar;

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit het Zorg Plan.

B. Vergoeding overige hulpmiddelen

- Voor de aanschaf van een plaswekker (wekapparatuur) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij een maximum bedrag van € 50,00 eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.
- Voor plakstrips bij een mammaprothese een maximum bedrag van € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese;

Artikel 6 Leefstijltraining

Wij geven een tegemoetkoming van € 100,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van een basis leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Training & Coaching in Dalfsen voor:

- hartpatiënten
- whiplashpatiënten
- mensen met stress en burnout gerelateerde klachten.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 7 Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 8 Sportmedische keuring en fitness

Wij vergoeden:

- Een periodieke keuring bij een Sportmedische instelling (aangesloten bij het FSMI) tot een maximum bedrag van € 114,00 per 2 kalenderjaren;
- Gedurende de looptijd van de verzekering eenmalig een bedrag van € 25,00 van de inschrijfkosten van een fitnessclub.

Artikel 9 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- Volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- Volgens de behandelmethode BOMA van het instituut “De Pauw” te Harlingen en Hausdörfer van het Instituut Natuurlijk Spreken in Deurningen.

Wij vergoeden per persoon een maximum bedrag van € 350,00 voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 10 Voetbehandeling/podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximum bedrag van € 70,00 per persoon per kalenderjaar.

National Academic

Aanvullende Verzekering 2 (AV 2)

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- Consulten van alternatieve artsen en therapeuten;
- Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden een maximum bedrag van € 500,00 per persoon per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van een maximum bedrag van € 50,00 per behandeling

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel een volledig homeopathische samenstelling hebben en
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheekhoudende
- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze criteria maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.

Artikel 2 Anticonceptie/Sterilisatie

Anticonceptie voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit Zorgplan):

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva, voor verzekerden van 21 jaar en ouder:

- NuvaRing;
- Mirena (spiraaltje);
- Implanon;
- De anticonceptiepil.

Voorwaarden vergoeding

- De anticonceptiva worden vergoed tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelen-vergoedingsstelsel(GVS), bovenlimietprijs;

Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie:

- In de praktijk van een hiertoe bevoegd huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen:

- Wij geven geen vergoeding voor de aanschaf van condooms;
- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking

Artikel 3 Buitenland Wereldwijd

A. Spoedeisende en niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden tot maximaal 200% van het in Nederland geldende tarief. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van het Zorg Plan recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit het Zorg Plan zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op uw zorgpas.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheekunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

B. Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;
- De kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland. De vergoeding bedraagt een maximum bedrag van € 7.000,00 per gebeurtenis.

Uitsluiting:

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van mede reizigers.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

Artikel 4 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut.

Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van het Zorg Plan recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarde:

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons geselecteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe toegang fysiotherapie/oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Een limitatieve lijst met door ons geselecteerde zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt kunt u vinden op onze website www.na.nl/zorgzoeker.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie en welzijn door middel van training te bevorderen zoals sportmassage, fysiofit en zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek.
- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt;

Wij vergoeden maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar voor:

- De kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- De kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Wij vergoeden maximaal € 14,50 per consult tot 20 behandelingen voor:

- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut
- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde oefentherapeut

Artikel 5 Herstel en balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten gegeven door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans. Wij vergoeden maximaal € 700,00 per kalenderjaar.

Artikel 6 Huidbehandelingen

A. Acné behandeling (in het gezicht)

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS

B. Camouflagetherapie

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS

C. Elektrische epilatie/laserepilatie

Wij vergoeden elektrische epilatie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie behandelingen door een huidtherapeut voor behandeling van vrouwelijke verzekerden met ernstig ontsierende gezichtsbehandling met een bedrag van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist
- Laserepilatie moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

D. Psoriasisdagbehandeling

Wij vergoeden een bedrag van € 545,00 per 3 kalenderjaren voor behandeling van psoriasis in een psoriasis dagbehandelingcentrum,

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasis dagbehandelcentrum overleggen.
- Het psoriasis dagbehandelingcentrum moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.

Artikel 7 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen

A. Vergoeding eigen bijdragen

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van het Zorg Plan. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

- Voor een pruik een maximum bedrag van € 100,00 per kalenderjaar;
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen een bedrag van € 30,00 eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen;
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker, een bedrag van € 50,00 per kalenderjaar;

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit het Zorg Plan.

B. Vergoeding brillen, brillenglazen en contactlenzen

Wij vergoeden voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte, een bedrag van € 30,00 1 keer per periode van 2 kalenderjaren

C. Vergoeding overige hulpmiddelen

- Voor hoortoestellen, 36 batterijen per 12 maanden;
- Voor de aanschaf van een plaswetter (wekapparatuur) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij een maximum bedrag van € 50,00 eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.
- Voor plakstrips bij een mammaprothese een maximum bedrag van € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese;

Artikel 8 Verloskunde en kraamzorg

A. Eigen bijdrage kraamzorg

- Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de Zorg Plan in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg (thuis of in een geboortecentrum);

B. Eigen bijdrage poliklinische bevalling

- Wij vergoeden aan de vrouwelijke verzekerde 50% van de kosten van de op basis van de Zorg Plan in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor de kosten van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts;

C. Couveuse nazorg

- Wij vergoeden couveuse nazorg tot een maximum van 12 uur.

D. Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

- Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

Wij vergoeden maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen, aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, bij medische indicatie met betrekking tot de moeder die ontstaan is tijdens of na de bevalling.

E. Kraamzorg bij adoptie

De zorg betreft de noodzakelijke ondersteuning en advisering, en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 12 maanden (en niet al deel uitmaken van het desbetreffende gezin), evenals het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme. Wij vergoeden het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

F. Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Bijzonderheden:

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen. Hiervoor kunt u contact opnemen via telefoonnummer 078 - 632 75 80.

Artikel 9 Kuuroorden

Kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of ernstige artrose, die daardoor ernstige beperkingen ondervinden in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden. Wij vergoeden een maximumbedrag van € 460,00 éénmaal per 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

- Privé uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 10 Orthodontie tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

Artikel 11 Plastische chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand voor kinderen tot en met 12 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 12 Onderzoek

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

- Baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- Borstkanker;
- Ziekten van hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden);
- Prostaatkanker.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is.
- Het onderzoek moet conform de huidige wetgeving toelaatbaar zijn.

Artikel 13 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- Volgens de behandelingsmethode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- Volgens de behandelingsmethode BOMA van het instituut “De Pauw” te Harlingen en Hausdörfer van het Instituut Natuurlijk Spreken in Deurningen.

Wij vergoeden per persoon een maximum bedrag van € 650,00 voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 14 Verblijf

A. Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een door ons geselecteerde herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. De door ons geselecteerde herstellingsoorden kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website.

De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag tot maximaal 42 dagen per verzekerde per 3 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

B. Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar

Wij vergoeden voor kinderen tot 16 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Lekker Vel;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump).

Wij vergoeden een bedrag van € 10,00 per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

C. Logieskosten

Vergoeding van de eigen bijdragen bij een noodzakelijk verblijf van ouders en eventuele partner in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, ingeval van opname van een meeverzekerd kind of partner.

Artikel 15 Voetbehandeling/podotherapie

A. Voetbehandeling

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met diabetes.

Voorwaarden

- De pedicure moet, met de kwalificatie ‘Diabetische voet’ (DV) geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes.
- Op de nota moet het type diabetes (1 of 2) en de Simm’s classificatie vermeld staan.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van diabetische voeten (classificatie Simm’s 1 en hoger). Deze behandeling valt onder de aanspraak van het Zorg Plan.

De vergoeding bedraagt maximaal € 70,00 per kalenderjaar.

B. Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximum bedrag van € 70,00 per persoon per kalenderjaar.

National Academic

Aanvullende Verzekering 3 (AV 3)

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- Consulten van alternatieve artsen en therapeuten;
- Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden 100% van de kosten tot een maximum bedrag van € 500,00 per persoon per kalenderjaar. Daarboven vergoeden wij 70% van de kosten tot maximaal € 750,00. Per behandeling geldt een maximum bedrag van € 50,00.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts;
- De homeopathische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheekhoudende
- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze criteria maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website www.na.nl of bij ons opvragen.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching;
- van kuren en reizen;
- van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.

Artikel 2 Anticonceptie/Sterilisatie

Anticonceptie voor verzekerden van 21 jaar en ouder (tot 21 jaar vergoeding vanuit Zorgplan):

Wij vergoeden o.a. de volgende anticonceptiva, voor verzekerden van 21 jaar en ouder:

- NuvaRing;
- Mirena (spiraaltje);
- Implanon;
- De anticonceptiepil.

Voorwaarden vergoeding

- De anticonceptiva worden vergoed tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS), bovenlimietprijs;

Sterilisatie

Wij vergoeden behandeling in verband met sterilisatie:

- In de praktijk van een hiertoe bevoegd huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen:

- Wij geven geen vergoeding voor de aanschaf van condooms;
- Het ongedaan maken van sterilisatie komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 3 Buitenland Wereldwijd

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden tot maximaal 200% van het in Nederland geldende tarief. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van het Zorg Plan recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit het Zorg Plan zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op uw zorgpas. .
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheelkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

B. Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar Nederland;
- De kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Uitsluiting:

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van mede reizigers.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.
- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.

C. 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 vakantiereis naar het buitenland:

- Malaria;
- Difterie, tetanus en poliomyelites (DTP) ;
- Gele koorts;
- Tyfus;
- Cholera;
- Hepatitis A en B.

Artikel 4 Bijzondere voedingsmiddelen

Wij vergoeden een maximum bedrag van € 280,00 per verzekerde per kalenderjaar voor vloeibare voeding bestemd voor patiënten die terminale thuisverpleging ontvangen dan wel thuis verpleegd worden in verband met herstel na zware ziekte.

Artikel 5 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van het Zorg Plan recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarde:

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons geselecteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe toegang fysiotherapie/oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Een limitatieve lijst met door ons geselecteerde zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt kunt u vinden op onze website www.na.nl/zorgzoeker.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen, zoals sportmassage, fysiofit en zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek.
- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt;

Wij vergoeden maximaal 40 behandelingen per kalenderjaar voor:

- De kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;
- De kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut;

Wij vergoeden maximaal € 14,50 per consult tot 40 behandelingen voor:

- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut
- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde oefentherapeut

Artikel 6 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten gegeven door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans. Wij vergoeden maximaal € 700,00 per kalenderjaar.

Artikel 7 Huidbehandelingen

A. Acné behandeling (in het gezicht)

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS

B. Camouflagetherapie

Wij vergoeden bij behandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut een bedrag van € 185,00 per verzekerde per kalenderjaar. Dit is inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist
- Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist, dan moet deze geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS

C. Elektrische epilatie/laserepilatie

Wij vergoeden elektrische epilatie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie behandelingen door een huidtherapeut voor behandeling van vrouwelijke verzekerden met ernstig ontsierende gezichtsbehandling met een bedrag van € 545,00 per verzekerde per kalenderjaar

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door huisarts of medisch specialist
- Laserepilatie moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

D. Psoriasisdagbehandeling

Wij vergoeden een bedrag van € 750,00 per 3 kalenderjaren voor behandeling van psoriasis in een psoriasis dagbehandelingcentrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasis dagbehandelcentrum overleggen.
- Het psoriasis dagbehandelingcentrum moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.

Artikel 8 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen

A. Vergoeding eigen bijdragen

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van het Zorg Plan. Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

- Voor een pruik een maximum bedrag van € 100,00 per kalenderjaar;
- Voor reparatie en inspectie van orthopedische schoenen een bedrag van € 30,00 eenmalig gedurende de gebruikstermijn van de schoenen;
- Voor aanpassingen aan confectieschoenen verricht door een orthopedisch schoenmaker, een bedrag van € 50,00 per kalenderjaar;

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding vanuit het Zorg Plan.

B. Vergoeding brillen, brillenglazen en contactlenzen

Wij vergoeden voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte, een bedrag van € 230,00 1 keer per periode van 2 kalenderjaren

C. Vergoeding overige hulpmiddelen

- Voor hoortoestellen, 72 batterijen per kalenderjaar
- Voor de aanschaf van een plaswekker (wekapparatuur) een volledige vergoeding bij een gecontracteerde leverancier en bij een niet gecontracteerde leverancier vergoeden wij een maximum bedrag van € 50,00 eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering.
- Voor plakstrips bij een mammaprothese een maximum bedrag van € 50,00 per 2 kalenderjaren per prothese;
- Voor hulpmiddelen bij niet insuline afhankelijke diabetes een bedrag van € 45,00 per kalenderjaar;
- Voor overige hulpmiddelen: een bedrag van € 455,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van een buikband, steunzolen (orthopedisch schoenmaker), niet verstevigde braces;

Artikel 9 Wettelijke eigen bijdrage farmacie (bovenlimietprijs GVS)

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van het Zorg Plan tot maximaal € 115,00 per kalenderjaar.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de eigen bijdragen als gevolg van de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deelprestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten).

Artikel 10 Kraamzorg en bevalling

A. Eigen bijdrage kraamzorg

- Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de Zorg Plan in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg (thuis of in een geboortecentrum);

B. Eigen bijdrage poliklinische bevalling

- Wij vergoeden aan de vrouwelijke verzekerde 100% van de kosten van de op basis van de Zorg Plan in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor de kosten van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts;

C. Couveuse nazorg

- Wij vergoeden couveuse nazorg tot een maximum van 12 uur.

D. Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

- Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

Wij vergoeden maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen, aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling, bij medische indicatie met betrekking tot de moeder die ontstaan is tijdens of na de bevalling.

E. Kraamzorg bij adoptie

De zorg betreft de noodzakelijke ondersteuning en advisering, en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 12 maanden (en niet al deel uitmaken van het desbetreffende gezin), evenals het inpassen van de zorg in het dagelijks ritme. Wij vergoeden het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot maximaal 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

F. Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Bijzonderheden:

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen. Hiervoor kunt u contact opnemen via telefoonnummer 078 – 632 75 80.

Artikel 11 Kuuroorden

Kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of ernstige artrose, die daardoor ernstige beperkingen ondervinden in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden. Wij vergoeden een maximum bedrag van € 900,00 éénmaal per 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

- Privé uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 12 Orthodontie

A. Orthodontie tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

B. Orthodontie bij 18 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) tot een bedrag van € 1.135,00 eenmalig. Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

Artikel 13 Plastisch chirurgie

Wij vergoeden de behandeling die strekt tot correctie van de oorstand voor kinderen tot en met 12 jaar in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 14 Preventie

A. Onderzoeken

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

- Baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- Borstkanker;
- Ziekten van hart en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden);
- Prostaatkanker.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is.
- Het onderzoek moet conform de huidige wetgeving toelaatbaar zijn.

B. Griepvaccinatie

Wij vergoeden jaarlijks eenmalig de kosten van vaccinatie ter voorkoming van griep.

C. Preventieve cursussen

Wij vergoeden een bedrag van € 150,00 per 2 kalenderjaren voor de kosten van preventieve cursussen. Wij geven de tegemoetkoming voor preventieve cursussen gericht op afvallen, stoppen met roken en hartproblemen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De cursussen moeten worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

D. Leefstijltrainingen

Wij geven een tegemoetkoming van € 100,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van een basis leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Training & Coaching in Dalfsen voor:

- hartpatiënten;
- whiplashpatiënten;
- mensen met stress en burnout gerelateerde klachten.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

E. Korting op fitness

Wij geven 50% korting op de inschrijfkosten bij een fitnesscentrum met een maximum van € 25,00.

F. Sportarts

Wij vergoeden de kosten van een blessure- of herhalingsconsult of een sportmedisch onderzoek door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Wij vergoeden een maximum bedrag van € 114,00 één keer per 2 kalenderjaren voor de volgende behandelingsdelen in een sportmedische instelling:

Artikel 15 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- Volgens de behandelmethode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- Volgens de behandelmethode BOMA van het instituut “De Pauw” te Harlingen en Hausdörfer van het Instituut Natuurlijk Spreken in Deurningen.

Artikel 16 Verblijf

A. Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een door ons geselecteerde herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. De door ons geselecteerde herstellingsoorden kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag tot maximaal 42 dagen per verzekerde per 3 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

B. Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar

Wij vergoeden voor kinderen tot 16 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Lekker Vel;
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump).

Wij vergoeden een bedrag van € 10,00 per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

C. Logieskosten

Vergoeding van de eigen bijdragen bij een noodzakelijk verblijf van ouders en eventuele partner in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, ingeval van opname van een meeverzekerd kind of partner.

Artikel 17 Voetbehandeling/podotherapie

A. Voetbehandeling

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met diabetes.

Voorwaarden

- De pedicure moet, met de kwalificatie 'Diabetische voet' (DV) geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes.
- Op de nota moet het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermeld staan.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger). Deze behandeling valt onder de aanspraak van het Zorg Plan.

De vergoeding bedraagt maximaal € 150,00 per kalenderjaar per persoon.

B. Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoposturaal therapeut of een podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen. Wij vergoeden de kosten tot een maximum bedrag van € 150,00 per persoon per kalenderjaar.

National Academic Tandartsverzekeringen

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingslijst' op onze website of bij ons opvragen.

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende behandelingen:

- keuringsrapporten en niet nagekomen afspraak;
- uitwendig bleken van tanden en kiezen;
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor;
- Orthodontie;
- abonnementen;
- tandheelkundige verklaring.

U kunt kiezen uit onderstaande tandartspakketten:

Tandartsverzekering 1 (TV-1)

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 350,00 per persoon per kalenderjaar

Tandartsverzekering 2 (TV-2)

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 500,00 per persoon per kalenderjaar.

Daarboven vergoeden wij maximaal 70% (inclusief techniekkosten) van € 250,00 per persoon per kalenderjaar.

Tandartsverzekering 3 (TV-3)

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 750,00 per persoon per kalenderjaar

Daarboven vergoeden wij maximaal 70% (inclusief techniekkosten) van € 250,00 per persoon per kalenderjaar.

Tandartsverzekering 4 (TV-4)

100% (inclusief techniekkosten) tot een maximum bedrag van € 1.000,00 per persoon per kalenderjaar.

Daarboven vergoeden wij maximaal 70% (inclusief techniekkosten) van € 250,00 per persoon per kalenderjaar.

