



Direct verzekeren. Direct resultaat.

# Polisvoorwaarden

## OHRA Zorgverzekering

### Inhoudsopgave van de polisvoorwaarden OHRA Zorgverzekering

		Pagina
<b>Algemeen</b>		
Artikel 1	Inleiding	2
Artikel 2	Hoe komt de zorgverzekering tot stand?	2
Artikel 3	Hoe eindigt de zorgverzekering?	3
Artikel 4	Wat moet u weten over de premie?	3
Artikel 5	Wanneer kunnen uw premie en/of voorwaarden worden aangepast?	4
Artikel 6	Wat moet u weten over het eigen risico?	5
Artikel 7	Wat moet u weten over de no-claimregeling?	5
Artikel 8	Wat moet u doen om in aanmerking te komen voor vergoeding van kosten?	6
Artikel 9	Wanneer krijgt u geen uitkering?	7
Artikel 10	Wat te doen bij een geschil?	8
Artikel 11	Verwerking persoonsgegevens	8
<b>Vergoedingen</b>		
Artikel 12.1	Algemeen	9
Artikel 12.2	Huisartsenzorg	9
Artikel 12.3	Opname	9
Artikel 12.4	Verloskundige zorg en kraamzorg	10
Artikel 12.5	Medisch-specialistische zorg	10
Artikel 12.6	Verpleegkundige zorg	12
Artikel 12.7	Paramedische zorg	13
Artikel 12.8	Mondzorg	13
Artikel 12.9	Farmaceutische zorg	15
Artikel 12.10	Hulpmiddelenzorg	15
Artikel 12.11	Ziekenvervoer	15
Artikel 12.12	Buitenland	16
<b>Tot slot</b>		
Artikel 13	Begripsomschrijvingen	17
<b>Bijlage</b>		
	Premiebijlage	

## Polisvoorwaarden OHRA Zorgverzekering

Geldig vanaf 1 januari 2006

Deze polisvoorwaarden zijn van toepassing op de OHRA Zorgverzekering. In deze polisvoorwaarden en op het polisblad kunt u lezen welke rechten en plichten u en **OHRA** hebben op grond van deze verzekeringsovereenkomst. Voor zover in de polisvoorwaarden wordt verwezen naar wet- en regelgeving en de OHRA Reglementen Hulpmiddelen, Farmaceutische Zorg, Fysiotherapie en oefentherapie maken deze ook deel uit van deze polisvoorwaarden.

### Meer informatie

Belangrijke telefoonnummers voor u zijn:

Klantenservice Zorgverzekering	<i>Vragen over:</i>	
	Wijzigingen,	070 310 08 80
	Premie e.d. Declaraties e.d. Zorgbemiddeling	
Hulpmiddelenlijn	<i>Aanvragen van:</i>	
	Hoog-laagbed	0900 112 11 22
	Anti-decubitus- matras, Rollator	
Kraamlijn	Kraamzorg	0900 572 26 48

Informatie is ook te vinden op: [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl)

## Artikel 1

### Inleiding

#### Grondslag van de zorgverzekering

De OHRA Zorgverzekering is een **zorgverzekering** die is gebaseerd op de **Zorgverzekeringswet**, het Besluit zorgverzekering, de **Regeling zorgverzekering**, de daarbij behorende toelichting en de door de **verzekeringnemer** verstrekte informatie. Op grond van de Zorgverzekeringswet is iedereen die verplicht **AWBZ** verzekerd is verplicht om een zorgverzekering te sluiten. Dat is iedere ingezetene die rechtmatig in Nederland woont of ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen. OHRA heeft als een in heel Nederland werkzame zorgverzekeraar een acceptatieplicht ten aanzien van het door de overheid vastgestelde basispakket. De OHRA Zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen in Nederland en in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.

#### Aanvullende verzekering

Als u één of meer aanvullende zorgverzekeringen heeft gesloten, verwijzen wij u voor uw rechten en plichten uit hoofde van die verzekering(en) naar de specifiek op die verzekering(en) van toepassing zijnde polisvoorwaarden.

#### Begripsomschrijvingen

In het slotartikel van deze polisvoorwaarden OHRA Zorgverzekering treft u een lijst aan met begripsomschrijvingen. Deze begrippen zijn één keer per artikel vetgedrukt.

## Artikel 2

### Hoe komt de zorgverzekering tot stand?

#### 1. Uw aanvraag

Bij de beoordeling van uw aanvraag dient **OHRA** vast te stellen of u verzekeringsplichtig bent op grond van de **Zorgverzekeringswet**. Hiervoor moet OHRA de identiteit van alle te verzekeren personen vaststellen. Meestal zal dit zonder uw tussenkomst kunnen plaatsvinden.

#### 2. Totstandkoming van de zorgverzekering

De volgende drie situaties kunnen zich voordoen:

- U bent verzekeringsplichtig geworden op grond van de Zorgverzekeringswet*  
Uw verzekeringsaanvraag en eventuele wettelijk vereiste nadere informatie en/of documenten dient OHRA binnen vier maanden na het ontstaan van uw verzekeringsplicht te ontvangen. Als OHRA op basis hiervan heeft vastgesteld dat u verzekeringsplichtig bent, wordt de zorgverzekering geacht met terugwerkende kracht tot stand te zijn gekomen op de ingangsdatum van uw verzekeringsplicht.
- U heeft al een zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet en u wilt wisselen van zorgverzekeraar*  
OHRA moet uw verzekeringsaanvraag en eventuele wettelijk vereiste nadere informatie en/of documenten in ieder geval vóór de einddatum van uw vorige zorgverzekering hebben ontvangen. Als OHRA op basis hiervan heeft kunnen vaststellen dat u verzekeringsplichtig bent, komt zorgverzekering tot stand op de dag volgend op de dag waarop uw eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- U bent al langer verzekeringsplichtig op grond van de Zorgverzekeringswet maar (nog) niet verzekerd*  
Hiervan is bijvoorbeeld sprake als OHRA uw aanvraag en/of de door OHRA gevraagde gegevens en/of documenten niet binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht of voor de beëindigingdatum van uw eerdere zorgverzekering heeft ontvangen. In deze situatie gaat de zorgverzekering in op het moment dat OHRA uw verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering en eventuele gegevens en/of documenten heeft ontvangen. Omdat op grond van de Zorgverzekeringswet een verzekeringsplicht bestaat, kan u namens het **CVZ** een van overheidswege vastgestelde boete worden opgelegd. De hoogte van deze boete bedraagt 130% van de verschuldigde premie over de periode dat u en/of de verzekeringsplichtige ten onrechte niet verzekerd waren, met een maximum van vijf jaar.

#### 3. Ingangsdatum en looptijd zorgverzekering

De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum staat vermeld. Vanaf 1 januari van het daarop volgende jaar wordt de OHRA Zorgverzekering jaarlijks stilzwijgend verlengd voor de duur van één kalenderjaar, tenzij u voor 1 november van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd.

#### 4. Toezending polisblad

De verzekeringsovereenkomst tussen u en OHRA wordt vastgelegd op het polisblad, dat u na de totstandkoming van de zorgverzekering, en vervolgens jaarlijks van OHRA zult ontvangen.

Daarnaast ontvangt u een OHRA Zorgpas. Wij verzoeken u als u gebruik gaat maken van de diensten van een zorgverlener deze OHRA Zorgpas te tonen aan uw zorgverlener.

#### 5. Bedenktime

U kunt de zorgverzekering binnen veertien dagen na dagtekening van het eerste polisblad schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de OHRA Zorgverzekering geacht niet te zijn gesloten.

#### 6. Controle van gegevens op het polisblad

De gegevens op uw aanvraag worden geacht van u afkomstig te zijn. U dient de gegevens op het polisblad zorgvuldig te controleren. Als de gegevens op het polisblad niet juist en/of niet volledig zijn, moet u OHRA hiervan binnen 30 dagen na ontvangst van het polisblad op de hoogte stellen. Doet u dit niet, dan worden de gegevens op het polisblad geacht juist en volledig te zijn.

#### 7. Mededelingen en toezeggingen van OHRA

Mededelingen en toezeggingen die OHRA aan u doet of heeft gedaan, zijn uitsluitend bindend voor zover OHRA deze schriftelijk heeft bevestigd. Kennisgevingen aan u gericht aan het bij OHRA laatst bekende adres worden geacht u te hebben bereikt.

#### 8. Onrechtmatige inschrijving

Als na de totstandkoming van de zorgverzekering blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen verzekeringsplicht (meer) bestond. OHRA zal de betaalde premie vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de sindsdien door OHRA betaalde vergoedingen en het saldo aan u uitbetalen dan wel in rekening brengen. Geen recht op premierestitutie bestaat als u uw meldingsplicht zoals in artikel 8.2 vermeld staat, niet bent nagekomen.

### Artikel 3

## Hoe eindigt de zorgverzekering?

De OHRA Zorgverzekering kan op de volgende manieren eindigen:

#### 1. De zorgverzekering eindigt automatisch

De **zorgverzekering** eindigt automatisch de dag volgend op:

- het overlijden van een **verzekerde**;
- de dag dat een verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is op grond van de **Zorgverzekeringswet**. Dit is het geval als een verzekerde niet meer verzekerd is op basis van de **AWBZ**. Voor meer informatie hierover kunt u contact opnemen met de afdeling Klantenservice Zorgverzekering. Telefoon 070 310 08 80;
- de dag dat **OHRA** ten gevolge van wijziging of intrekking van haar vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden.

#### 2. U kunt de zorgverzekering beëindigen

U kunt de zorgverzekering beëindigen door middel van een schriftelijke opzegging:

- voor 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar;
- bij aanpassing van de premie en/of polisvoorwaarden zoals bedoeld in artikel 5;
- als u een ander dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd. In dat geval moet u bewijsstukken van deze andere zorgverzekering kunnen overleggen. De opzegging gaat niet eerder in dan op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u heeft opgezegd.

#### Let op

Bij opzegging dient u aan te geven voor welke verzekerden u de zorgverzekering wilt beëindigen.

Zorgt u voor tijdige verzending van uw opzegging. Bij een eventueel geschil over uw opzegging moet u kunnen aantonen dat u (tijdig) heeft opgezegd. Mogelijkheden zijn versturen via de fax of via aangetekende post.

#### 3. OHRA kan de zorgverzekering beëindigen

OHRA kan de zorgverzekering beëindigen:

- bij wanbetaling*  
na schorsing in geval van wanbetaling zoals bedoeld in artikel 4.6.;
- bij fraude en/of opzet tot misleiding*  
met onmiddellijke ingang als OHRA ontdekt dat door of namens u enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn ingediend, een onjuiste opgave is gedaan, of anderszins is gehandeld met het opzet om OHRA te misleiden. OHRA is in dit geval gehouden om melding hiervan te doen in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH). Ook vervalt ieder recht op uitkering en zal OHRA alle al gedane uitkeringen voor zover verband houdend met de geconstateerde misleiding en/of fraude van u terugvorderen. U heeft bovendien geen recht op premieruggave. Het eventuele bedrag aan eigen risico zal niet naar rato worden aangepast en uw eventuele recht op een no-claimteruggave komt te vervallen.

OHRA zal in deze gevallen een verzoek tot het sluiten van een nieuwe zorgverzekering gedurende een periode van vijf jaar weigeren.

### Artikel 4

## Wat moet u weten over de premie?

#### 1. De verschuldigde premie

**OHRA** stelt de hoogte van de premie en eventuele toeslagen en/of kortingen op de premie vast. Deze staan op het polisblad vermeld.

#### 2. Verwerking eventuele premiekortingen

In geval van premiekorting(en) berekent OHRA de premie die u moet betalen als volgt: de eventuele korting in verband met

het vrijwillige eigen risico en de collectiviteitskorting worden in mindering gebracht op de **nominale premie**. Op dit bedrag worden vervolgens eventuele andere kortingen, zoals bijvoorbeeld korting in verband met jaar- of kwartaalbetaling in mindering gebracht.

### 3. Premiebetaling vanaf 18 jaar

U bent OHRA premie verschuldigd met ingang van de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Vanaf de datum dat u OHRA premie verschuldigd bent, is de no-claimregeling van toepassing en kunt u kiezen voor een eigen risico.

### 4. Betaling van de premie

- a. U bent verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen, vóór de eerste dag van de kalendermaand waarop de premie betrekking heeft. Bij aanvang of bij mutatie van de verzekering kan de **premievervaldag** eenmalig een andere datum zijn.
- b. Premiebetaling per maand is alleen mogelijk als u OHRA machtigt om de premie automatisch te incasseren.
- c. Als u ervoor kiest de premie per kwartaal of per jaar te betalen, krijgt u van OHRA korting op de premie.
- d. Bij wijziging van de **zorgverzekering** wordt uw premie opnieuw berekend waarbij de verschuldigde premie wordt gebaseerd op het aantal dagen dat nog resteert in het desbetreffende kalenderjaar.
- e. In geval van overlijden van een verzekerde vindt verrekening van de overlijden plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- f. U mag de premie niet verrekenen met van OHRA te ontvangen uitkeringen, no-claimteruggave of teruggaves in verband met het eigen risico of premierestitutie.

### 5. Beëindiging collectieve zorgverzekering

Als de collectieve contractant het collectief contract heeft beëindigd of als u niet meer kunt deelnemen aan het collectieve contract, vervallen de eventuele met het collectieve contract samenhangende premiekorting en/of eventuele collectieve afspraken. De zorgverzekering wordt op individuele basis voortgezet.

### 6. Gevolgen van niet tijdige betaling

- a. U dient ervoor te zorgen dat OHRA de premie vóór de premievervaldag volledig heeft ontvangen. Als u niet tijdig voldoet aan uw verplichting tot het betalen van de volledige premie zal OHRA u na de premievervaldag schriftelijk aanmanen.  
OHRA geeft u vervolgens een termijn van veertien dagen om alsnog aan uw betalingsverplichtingen te voldoen, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn géén dekking wordt verleend voor zorgkosten gemaakt vanaf de vijftiende dag na genoemde aanmaning. U blijft de premie verschuldigd aan OHRA. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op die, waarop OHRA het volledige verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen.
- b. OHRA heeft bij schorsing van haar verplichtingen vanwege wanbetaling of fraude het recht de zorgverzekering definitief te beëindigen (zie artikel 3.3). In deze gevallen wordt u door OHRA schriftelijk op de hoogte gebracht.

### Let op

OHRA handhaaft de schorsing van de dekking en vergoedt dus geen zorgkosten wanneer zij slechts een gedeelte van de verschuldigde bedragen heeft ontvangen.

- c. Als OHRA maatregelen treft tot incasso van haar vordering op u, komen alle kosten van incasso, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor uw rekening.
- d. De achterstallige bedragen worden vermeerderd met de wettelijke rente vanaf de datum dat u in verzuim bent. Van verzuim is sprake als u uw premie niet voldoet binnen de in de aanmaningsbrief gestelde betalingstermijn.

### 7. Niet tijdige betaling door de collectieve contractant

Bij een collectieve zorgverzekering kan afgesproken zijn, dat de collectieve contractant ervoor zorgt dat OHRA de premie op tijd ontvangt. Ontvangt OHRA de premie niet op tijd, dan wordt u hierover geïnformeerd. U kunt dan alsnog zelf de premie voldoen. Als u niet binnen de door OHRA gestelde termijn betaalt, zal OHRA overgaan tot schorsing van haar verplichtingen op grond van de zorgverzekering en zal zij uiteindelijk overgaan tot beëindiging van de zorgverzekering.

### 8. Assurantiebelasting

Als OHRA voor verzekerden in het buitenland over de verzekeringspremies belasting moet afdragen, dan zal OHRA deze bij u in rekening brengen. U bent verplicht deze belastingen binnen de door OHRA gestelde termijn te voldoen. Als u niet tijdig geheel voldoet aan de verplichting tot betaling, zal dit leiden tot schorsing van de dekking of beëindiging van de zorgverzekering zoals bepaald in artikel 4.6.

## Artikel 5

### Wanneer kunnen uw premie en/of voorwaarden worden aangepast?

OHRA heeft het recht om de voorwaarden en/of premie voor alle lopende zorgverzekeringen **en bloc** te herzien. OHRA stelt u vóór de ingangsdatum van de voorgenomen wijziging(en) schriftelijk hiervan op de hoogte.

Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de maand waarin OHRA deze aan u heeft meegedeeld. U kunt de **zorgverzekering** opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop OHRA u het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.

Als een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van u plaatsvindt, kunt u de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en tot 30 dagen nadat de wijziging aan u is meegedeeld. U kunt de verzekering niet opzeggen als de wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wettelijke bepaling.

De eventueel betaalde premie over de niet verstreken periode wordt dan door OHRA aan u gerestitueerd. Als OHRA binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de wijziging(en) geen schriftelijke opzegging van u heeft ontvangen, dan wordt de zorgverzekering voortgezet volgens de nieuwe voorwaarden en/of de nieuwe premie.

## Artikel 6

### Wat moet u weten over het eigen risico?

#### 1. Hoogte van het eigen risico

Iedere **verzekerde** van 18 jaar en ouder heeft de mogelijkheid om een eigen risico per kalenderjaar in de **zorgverzekering** op te nemen. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de polisvoorwaarden aanspraak wordt gemaakt. U kunt kiezen uit:

- een eigen risico van € 100,- per verzekerde;
- een eigen risico van € 200,- per verzekerde;
- een eigen risico van € 300,- per verzekerde;
- een eigen risico van € 400,- per verzekerde;
- een eigen risico van € 500,- per verzekerde.

Als u kiest voor een eigen risico van € 100,- of hoger krijgt u korting op uw premie. Deze korting staat vermeld op de bijlage bij deze polisvoorwaarden en op uw polisblad. U kunt er ook voor kiezen om géén eigen risico in uw zorgverzekering op te nemen.

#### 2. Inhouden van eigen risico

In die gevallen waarin op grond van deze polisvoorwaarden een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico. Het eigen risico is niet van toepassing op het **inschrijvings-tarief huisarts** en op kosten van in bruikleen verstrekte hulpmiddelen.

#### 3. Volgorde no-claimteruggave en eigen risico

Zorgkosten die ten laste van deze zorgverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claimteruggave, zoals bedoeld in artikel 7 van deze polisvoorwaarden, en worden daarna bij de eventuele berekeningen van het eigen risico betrokken.

#### 4. Eigen risico bij aangaan en beëindiging zorgverzekering

Het eigen risicobedrag wordt vastgesteld per 1 januari van enig jaar. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat of eindigt, of als de verzekerde in de loop van het kalenderjaar 18 jaar wordt, wordt het bedrag aan eigen risico berekend door het verschuldigde eigen risico in het desbetreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met het aantal dagen dat de zorgverzekering van kracht is dan wel, als de verzekerde 18 jaar werd, premie verschuldigd was, gedeeld door het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

#### Voorbeeld

Ingangsdatum van de verzekering is 1 maart.  
Het eigen risico bedraagt per jaar € 500,-.  
Het eigen risico voor het desbetreffende jaar bedraagt  
 $€ 500,- \times (365-59 \text{ dagen}) : 365 \text{ dagen} = € 419,18$ .  
Dit bedrag wordt afgerond naar € 419,-.

#### 5. Behandeldatum bepalend voor toepassing eigen risico

Voor toepassing van het eigen risico is de behandel- of leveringsdatum van zorg bepalend.

*Bijzonderheid:*

Als kosten van een **DBC** worden gedeclareerd, is het tijdstip van aanvang van de behandeling bepalend.

#### 6. Wijzigen eigen risico

U kunt het eigen risico uitsluitend per 1 januari van ieder kalenderjaar wijzigen. U dient dit vóór 1 februari van het kalenderjaar waarop de wijziging van toepassing is, aan **OHRA** door te geven.

## Artikel 7

### Wat moet u weten over de no-claimregeling?

#### 1. Wat is de no-claimteruggave?

Als een **verzekerde** van 18 jaar of ouder in een kalenderjaar vergoeding van zorgkosten lager dan € 255,- ontvangt, wordt het verschil tussen € 255,- en het bedrag van de gemaakte zorgkosten aan de **verzekeringnemer** uitgekeerd.

#### Voorbeeld

De no-claim bedraagt	€ 255,-
U heeft in een jaar aan zorgkosten	- € 85,-
De no-claimteruggave bedraagt:	€ 170,-

#### 2. Toepassing no-claimregeling

Voor de toepassing van de no-claimregeling is de situatie op 31 december van het desbetreffende kalenderjaar doorslaggevend.

Vaststelling en uitbetaling van de no-claimteruggave geschiedt vóór 1 april van het daaropvolgende kalenderjaar. Als na 1 april van het volgende kalenderjaar blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog zorgkosten ten behoeve van u ten laste van **OHRA** worden gebracht, past OHRA de no-claimteruggave achteraf aan. Er ontstaat dan een vordering van OHRA op u ter hoogte van het verschil tussen de uitgekeerde no-claimteruggave en de aangepaste no-claimteruggave. Deze vordering kan OHRA verrekenen met de no-claimteruggave van het daaropvolgende kalenderjaar.

#### 3. No-claim bij aangaan en beëindiging van de zorgverzekering

De no-claimteruggave wordt vastgesteld per 1 januari van enig kalenderjaar. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat of eindigt of als een verzekerde gedurende het kalenderjaar 18 jaar wordt, wordt het bedrag aan no-claimteruggave berekend door het bedrag aan no-claimteruggave in het desbetreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met het aantal dagen dat de zorgverzekering van kracht is geweest dan wel, als de verzekerde 18 jaar werd, premie verschuldigd was, gedeeld door het aantal dagen in dit kalenderjaar. Het bedrag aan no-claimteruggave wordt vervolgens berekend door de herberekende no-claimteruggave te verminderen met de zorgkosten.

#### 4. Uitzondering op de no-claimregeling

Bij de no-claimregeling worden de volgende zorgkosten buiten beschouwing gelaten:

- voor huisartsenzorg, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het **Wtg**-tarief in rekening te brengen;
- voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- voor in bruikleen verstrekte hulpmiddelen.

## 5. Behandeldatum bepalend voor toepassing no-claimregeling

Voor de toepassing van de no-claimregeling is de behandel- of leveringsdatum van zorg bepalend.

*Bijzonderheid:*

Als kosten van een **DBC** worden gedeclareerd, is het tijdstip van de aanvang van de behandeling bepalend.

## Artikel 8

### Wat moet u doen om in aanmerking te komen voor vergoeding van kosten?

#### 1. Uw verplichtingen

Om in aanmerking te komen voor vergoeding van kosten bent u verplicht:

- als u gebruik maakt van de diensten van een **zorgverlener** in een ziekenhuis of polikliniek u te kunnen legitimeren aan de hand van een geldig identiteitsbewijs en uw OHRA Zorgpas te kunnen tonen;
- medewerking te verlenen aan **OHRA**, de **medisch adviseur** of hen die met de controle belast zijn bij het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- de medisch adviseur en de betrokken zorgverlener op verzoek te machtigen alle medische informatie uit te wisselen en de behandelend zorgverlener te machtigen de reden van (poli-)klinische behandeling bekend te maken aan de medisch adviseur. Als een zorgverlener en/of zorginstelling toestemming vraagt voor de vergoeding van kosten voor een medische behandeling, bent u verplicht medewerking te verlenen aan de medisch adviseur teneinde rechtstreeks medische informatie bij de betrokken zorgverlener en/of zorginstelling in te winnen. Dit uitsluitend voor zover dat noodzakelijk is voor de beoordeling van het verzoek tot vergoeding van zorgkosten;
- OHRA zo snel mogelijk met een daarvoor bestemd aangifteformulier in kennis te stellen van zorgkosten die het gevolg zijn van een ongeval of andere gebeurtenissen die mogelijk verhaalbaar zijn op een aansprakelijke derde. U kunt het aangifteformulier telefonisch opvragen bij de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80. Hierbij bent u verplicht OHRA alle medewerking te verlenen deze kosten te verhalen en alles na te laten wat de verhaalsmogelijkheden van OHRA kan schaden.

Als u de verplichtingen in dit artikel niet nakomt, vervalt ieder recht op uitkering voor zover de redelijke belangen van OHRA hierdoor zijn geschaad.

#### 2. Meldingsplicht

U bent verplicht alle gebeurtenissen en/of wijzigingen die voor de verzekering van belang kunnen zijn binnen 30 dagen aan OHRA te melden. U kunt hierbij denken aan:

- verhuizing (naar het buitenland);
- einde verzekeringsplicht op grond van de **Zorgverzekeringswet**;
- echtscheiding;
- geboorte;
- overlijden;
- in werkelijke diensttreding als militair;
- aanvang detentie en einde detentie;
- aanvang of beëindiging van de deelname aan een collectief contract.

Als u de verplichtingen in dit artikel niet nakomt, vervalt ieder recht op uitkering voor zover de redelijke belangen van OHRA hierdoor zijn geschaad. Bovendien heeft u tot de dag, waarop OHRA de mededeling van de wijziging heeft ontvangen, geen recht op een eventuele vermindering of terugbetaling van de premie.

#### 3. Vergoeding gedurende looptijd zorgverzekering

U heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten voor zover de kosten zijn gemaakt tijdens de periode waarin deze **zorgverzekering** van kracht is. Hierbij is de behandel- of leveringsdatum bepalend, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Ingeval de nota betrekking heeft op een **DBC** worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC binnen de looptijd van de zorgverzekering valt.

#### 4. Grondslag van de vergoeding

OHRA vergoedt de kosten ten hoogste op basis van het door of namens OHRA met zorgverleners overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen vergoedt OHRA de kosten tot maximaal het op grond van de **Wtg** vastgestelde tarief. Als voor een zorgvorm geen Wtg-tarief geldt of geen overeengekomen tarief, vindt vergoeding plaats tot maximaal het voor Nederland geldende **marktconforme bedrag**. Voor zover van het bovenstaande wordt afgeweken, wordt dit vermeld in artikel 12 bij het specifieke vergoedingsonderdeel.

#### 5. Declareren van kosten

Voor een goede en snelle verwerking van uw declaraties maakt OHRA zoveel mogelijk gebruik van elektronische declaratie. Zorgverleners sturen hun declaratie in dat geval niet naar u, maar rechtstreeks naar OHRA. OHRA betaalt in dat geval de zorgverlener. Is er geen overeenkomst voor rechtstreekse betaling gesloten tussen OHRA en de zorgverlener, dan kunt u gebruik maken van een declaratieformulier.

#### Let op

Onderstaande richtlijnen zijn belangrijk voor u:

- Gebruik altijd het OHRA declaratieformulier;
- Gebruik de bijbehorende retourenvelop;
- Stuur alleen originele nota's in. U ontvangt deze niet retour. Maak, voordat u de nota's instuurt, kopieën voor uw eigen administratie. Nota's dienen zo specificiseerd te zijn dat zonder verdere navraag daaruit kan worden opgemaakt welke vergoeding OHRA moet verlenen op basis van de omvang van de dekking;
- Controleer altijd of de vermelde behandelingen en data op de nota's juist zijn;
- Hebben de kosten betrekking op een ongeval, geef dit dan duidelijk aan op het declaratieformulier;
- Verstuur de nota's uiterlijk binnen zes maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de kosten zijn gemaakt;
- U kunt een nieuw declaratieformulier aanvragen bij de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80.

#### 6. Uitkering aan u of aan een zorgverlener

- OHRA keert de vergoeding aan u uit op het bij OHRA bekende rekeningnummer.
- Als OHRA met een instelling of zorgverlener rechtstreekse betaling is overeengekomen, is OHRA bevoegd om rechtstreeks aan de desbetreffende instelling of zorgverlener uit te keren.

- c. Als OHRA rechtstreeks aan een instelling of zorgverlener heeft uitgekeerd, is OHRA gerechtigd de kosten die onder een eventueel eigen risico vallen, eigen bijdragen, overschrijving van de maximale vergoeding, onterechte voorschotten of onterechte betalingen met u te verrekenen of van u terug te vorderen. U wordt in dit geval geacht aan OHRA een volmacht tot incasso op naam van OHRA te hebben verleend voor het namens u aan de zorgverlener teveel betaalde.

## 7. Verjaring

Als OHRA uw verzoek om vergoeding van gedeclareerde zorgkosten geheel of gedeeltelijk afwijst, zal OHRA u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen.

In geval van afwijzing verjaart uw rechtsvordering op OHRA door verloop van twaalf maanden na dagtekening van de schriftelijke afwijzing. Om te voorkomen dat uw vordering op OHRA verjaart, kunt u OHRA schriftelijk meedelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op OHRA verjaart.

## Artikel 9

### Wanneer krijgt u geen uitkering?

#### 1. Geen aanspraak op vergoeding van kosten

- a. **U** heeft geen recht op vergoeding van kosten op grond van de OHRA Zorgverzekering voor:
- de eigen bijdrage voor vergoedingen van de **AWBZ** en de eigen bijdrage in het kader van bevolkingsonderzoeken;
  - alternatieve geneeswijzen;
  - (aanstellings)keuringen, attesten en (griep)vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
  - zorg, inclusief **farmaceutische zorg**, die gericht is op of gepaard gaat met het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van die embryo's in de baarmoeder van de **verzekerde** met uitzondering van het gestelde in het artikel fertiliteitbevorderende behandelingen van deze polisvoorwaarden;
  - behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - abdominoplastiek en liposuctie van de buik.
  - het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
  - het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
  - behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
  - behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
  - behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);

- behandelingen gericht op besnijdenis;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- een kraampakket en/of benodigdheden ten behoeve van de verloskundige zorg;
- zorg die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel ondoelmatig is;
- in geval van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Dit overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Rechtbank te Den Haag zijn gedeponeerd.

#### 2. Begrenzing dekking terrorismerisico

- a. Indien en voor zover met inachtneming van de begripsomschrijvingen binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden dekking bestaat voor de gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:
1. **terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen**,
  2. handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van OHRA terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar ter zake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT. Als de behoefte aan zorg het gevolg is van één of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de NHT hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op vergoeding van kosten voor zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de **zorgverzekeraar** ter beschikking wordt gesteld, heeft u in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.
- b. De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal één miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.
- c. 1. Op de herverzekering van OHRA bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen: het Protocol). Op grond van de in dit Protocol

vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan OHRA te doen;

2. De NHT is, met inachtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens OHRA, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.
3. Eerst nadat de NHT aan OHRA heeft meegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, ter zake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in lid a. bedoelde uitkering ter zake tegenover OHRA aanspraak maken.
4. De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit artikel wordt beschouwd.

### 3. Geen aanspraak op vergoeding van kosten in geval van fraude

U kunt geen aanspraak maken op vergoeding van kosten in het geval dat door of namens u een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn ingediend of een onjuiste opgave is gedaan, of anderszins is gehandeld met het opzet OHRA te misleiden. In die gevallen vervalt ieder recht op uitkering. In die gevallen vervalt ieder recht op uitkering. Kosten die verband houden met de geconstateerde misleiding en/of fraude worden van u teruggevorderd. Tevens zal OHRA uw gegevens registreren in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH).

## Artikel 10

### Wat te doen bij een geschil?

#### 1. U bent het niet eens bent met een beslissing van OHRA

- a. Als u het niet eens bent met een door OHRA, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kunt u OHRA verzoeken deze beslissing te heroverwegen. U dient een dergelijk verzoek eerst te richten aan de betrokken contactpersoon. Komt u met de contactpersoon niet tot overeenstemming, dan kunt u zich wenden tot de manager en de directie van OHRA.
- b. Als OHRA op het verzoek tot heroverweging niet binnen zes weken heeft gereageerd of als OHRA gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven, kunt u zich wenden tot de bevoegde rechter.

- c. In afwijking van het voorgaande subartikel kunt u het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering.

### Meer informatie

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering  
Postbus 291  
3700 AG Zeist

### 2. Toepasselijk recht

Op deze zorgverzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing. Bij interpretatieverschillen over de inhoud van deze verzekeringsovereenkomst zijn de teksten uit wet en regelgeving bepalend.

## Artikel 11

### Verwerking persoonsgegevens

1. OHRA verwerkt persoonsgegevens en bedrijfsgegevens voor zover dat nodig is voor een verantwoorde uitoefening van de bedrijfsdoelstellingen van OHRA en het Delta Lloyd-concern, waarvan OHRA deel uitmaakt. Deze uitoefening bestaat uit:
  - b. Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van het voorbereiden, het aangaan, de uitvoering en beëindiging van overeenkomsten. Hieronder vallen onder meer de verwerkingen van persoonsgegevens in het kader van de precontractuele fase, het maken van offertes en het verschaffen van informatie, het kopen, bestellen en het leveren van goederen en diensten en het beheersen en beperken van de schadelast. Ten slotte vallen hieronder het afhandelen van transacties en ook het bemiddelen bij volgende transacties of verzoeken die voortkomen uit eerdere dienstverlening zoals declaraties of tussentijdse beëindiging. Ook valt hieronder het ter beschikking stellen van naam en adresgegevens van **verzekerde(n)** door OHRA aan derden ten behoeve van de controle op verzekeringsgerechtigdheid en/of voor de declaratieverwerking relevante informatie;
  - c. Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van management-informatie, product- en dienstontwikkeling en het bepalen van het algemene beleid of andere activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering;
  - d. Het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
  - e. Het verwerken van persoonsgegevens ter voorkoming en ter afhandeling van fraude, waaronder het verstrekken van informatie over declaraties en tussentijdse beëindiging binnen de branche en gerechtelijke instanties;
  - f. Het behandelen van geschillen en het doen uitoefenen van accountantscontrole;
  - g. Het verwerken van persoonsgegevens, niet zijnde bijzondere gegevens, voor direct marketing doeleinden en servicegerichte doeleinden gericht op het tot stand brengen, in stand houden en uitbreiden van een directe relatie tussen OHRA en de andere maatschappijen binnen het Delta Lloyd-concern met klanten, precontractuele klanten en prospects.



*Bijzonderheid:*

Als u niet wenst dat OHRA uw persoonsgegevens verwerkt om u te informeren over producten en diensten van OHRA, dan kunt u daartegen verzet aantekenen bij OHRA.

2. U heeft de mogelijkheid tot inzage en eventueel tot correctie van uw persoonsgegevens. Hiertoe kunt u schriftelijk contact opnemen met de privacycoördinator van OHRA (Postbus 29677, 2502 LR Den Haag).

**Artikel 12****Vergoedingen****1. Algemeen***a. Type polis*

De OHRA Zorgverzekering is een **restitutieverzekering** waarbij OHRA voor bepaalde vormen van zorg en/of diensten contracten met zorgverleners heeft gesloten.

*b. Vrije keuze zorgverlener*

U bent bij **OHRA** vrij in de keuze van uw **zorgverlener**. Op grond van deze verzekering krijgt u in beginsel uw zorgkosten volledig vergoed, met dien verstande dat in bepaalde gevallen een gemaximeerde vergoeding kan gelden. OHRA heeft contracten met zorgverleners gesloten om de kosten te beheersen en u te verzekeren van kwalitatief goede zorg.

Als u voor fysiotherapie, hulpmiddelen, behandeling door tandtechnici of tandprothetici en zittend ziekenvervoer (taxi) gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan wordt uw vergoeding gemaximeerd. Zie artikelen 12.7.a, 12.8.b, 12.10 en 12.11.b.

Voor medisch-specialistische zorg spant OHRA zich in om met alle Nederlandse ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra een contract te sluiten. Uitsluitend als extreem hoge tarieven in rekening worden gebracht en/of niet wordt voldaan aan de door OHRA gestelde kwaliteitseisen wordt geen contract gesloten. Maakt u gebruik van deze niet-gecontracteerde zorgverleners, dan is OHRA genoodzaakt uw vergoeding te maximeren (zie artikelen 12.3 en 12.5).

U vindt deze zorgverleners op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80.

*c. Recht op vergoeding*

U heeft recht op vergoeding van zorgkosten als u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen op deze zorg - dit ter beoordeling van de **medisch adviseur**. De inhoud en de omvang van de zorg en/of diensten wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf, wordt de inhoud en de omvang van de zorg en/of diensten bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en/of dienst.

*Bijzonderheid:*

U kunt aanspraak maken op vergoeding van kosten voor andere vormen van zorg dan vermeld in de polisvoorwaarden. Voorwaarde hiervoor is dat vaststaat dat de desbetreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt voor zover deze niet bij of krachtens wet zijn uitgesloten. Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk.

*d. Zorgbemiddeling*

Als u de noodzakelijke zorg niet of niet tijdig kunt krijgen, heeft u het recht OHRA te verzoeken om voor u te bemiddelen. Deze zorgbemiddeling houdt in dat OHRA op uw verzoek regelt dat u toch tijdig de noodzakelijke zorg krijgt.

Onder niet of niet tijdig kunnen leveren van zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de buurt van uw woonplaats niet op kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van het beleid van de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert OHRA medisch inhoudelijke factoren en algemeen geaccepteerde maatschappelijk aanvaardbare normen van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 88.

*e. Eigen bijdrage*

Op vergoedingen kan een wettelijk vastgestelde **eigen bijdrage** van toepassing zijn. Als er sprake is van een eigen bijdrage, dan wordt dit bij het desbetreffende artikel vermeld. Een eigen bijdrage blijft voor rekening van de **verzekerde** en wordt voor de berekening van de no-claimteruggave en voor het vol maken van het eigen risico buiten beschouwing gelaten.

**2. Huisartsenzorg**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden door:

- een **huisarts**,
- de **dienstenstructuur** of het organisatorisch samenwerkingsverband waarbij deze arts is aangesloten of
- een **verpleegkundige** die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

U heeft ook recht op vergoeding van kosten voor met huisartsenzorg samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek op advies van de hierboven genoemde arts, uitgevoerd door een ziekenhuis of laboratorium voor zover in rekening gebracht door de huisarts.

*Bijzonderheid:*

U heeft ook recht op vergoeding van kosten voor een consult bij een huisarts via internet.

**3. Opname**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor **opname** in een **ziekenhuis** of **zorghotel** op basis van de laagste verpleegklasse (3e klasse) in verband met medisch-specialistische, verloskundige of kaakchirurgische zorg. Deze opname kan verder gepaard gaan met:

- verpleging,
- verzorging en
- paramedische zorg.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan wordt uw vergoeding gemaximeerd. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80.

#### Voorwaarden:

- Voor vergoeding van kosten voor opname in een zorg-hotel is voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA noodzakelijk;
- Als de opname verband houdt met plastisch chirurgische zorg zoals omschreven in artikel 12.5.a. is voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA noodzakelijk;
- Voor vergoeding van kosten voor opname in verband met een **revalidatiebehandeling** geldt de voorwaarde dat daarmee naar het oordeel van de medisch adviseur spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. OHRA is bevoegd een behandelplan op te vragen. In dit behandelplan moet de aard en complexiteit van de stoornis of beperking zijn vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines, alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

#### Bijzonderheid:

De kosten voor opname worden vergoed voor een aaneengesloten periode van maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van 365 dagen. Onderbrekingen wegens week-end- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. Na 365 dagen komen de kosten voor opname ten laste van de **AWBZ**.

#### 4. Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten voor verloskundige zorg, zoals verloskundigen die plegen te bieden, door een **verloskundige, medisch-specialist** of huisarts.

De vrouwelijke verzekerde heeft ook recht op vergoeding van kosten voor **kraamzorg**, zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden, uitgevoerd door een kraamverzorgende. De vrouwelijke verzekerde heeft recht op maximaal tien opeenvolgende dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Deze vergoeding wordt als volgt berekend:

##### a. bevalling en kraamzorg met opname in een ziekenhuis op medische indicatie

Vergoeding van kosten voor:

- opname, inclusief kraamzorg, en
- medisch-specialistische (verloskundige) zorg voor moeder en kind in rekening gebracht door het ziekenhuis, zoals bedoeld in de artikelen 'Opname' en 'Medisch-specialistische zorg'.

#### Voorwaarde:

De verloskundige, huisarts of medisch-specialist moet van oordeel zijn dat opname in het ziekenhuis medisch geïndiceerd is.

##### b. bevalling en kraamzorg met opname in een ziekenhuis zonder medische indicatie

Vergoeding van kosten voor:

- verloskundige zorg;
- kraamzorg voor moeder en kind verleend in het ziekenhuis. Voor deze kosten geldt voor zowel moeder als kind(eren) een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage van € 14,00 per dag ingaande op de dag van bevalling bij een maximale vergoeding van € 100,50 per dag.

##### c. poliklinische bevalling op medische indicatie

Vergoeding van kosten voor:

- medisch-specialistische (verloskundige) zorg;
- kraamzorg verleend in een ziekenhuis, zonder dat sprake is van opname;
- kraamzorg thuis (zie kader onder g.).

#### Voorwaarde:

De verloskundige, huisarts of medisch-specialist moet van oordeel zijn dat de poliklinische bevalling medisch geïndiceerd is.

##### d. poliklinische bevalling zonder medische indicatie

Vergoeding van kosten voor:

- gebruik van de polikliniek en in de polikliniek verleende kraamzorg. Voor deze kosten geldt zowel voor moeder als kind(eren) een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage van € 14,- bij een maximale vergoeding van € 100,50;
- verloskundige zorg;
- kraamzorg thuis (zie kader onder g.).

##### e. bevalling en kraamzorg in een kraamhotel

Vergoeding van kosten voor:

- verloskundige zorg;
- inschrijving, intake en bevallingsassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- kraamzorg in een **kraamhotel** na bemiddeling door OHRA (zie kader onder g.).

##### f. bevalling en kraamzorg thuis

Vergoeding van kosten voor:

- verloskundige zorg;
- inschrijving, intake en bevallingsassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- kraamzorg thuis (zie kader onder g.).

##### g. combinatie van de zorg genoemd onder a. t/m f.

Bij een combinatie van de hierboven genoemde zorg worden kosten van maximaal tien opeenvolgende dagen vergoed. Als de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, wordt deze 'dubbele' dag eveneens vergoed, met inachtneming van het bepaalde in a. tot en met f.

#### Bijzonderheden geldend voor kraamzorg:

- Het aantal uren kraamzorg dat wordt geleverd is afhankelijk van de zorgbehoefte van moeder en kind met een minimum van 24 en een maximum van 80 uur. Het daadwerkelijk aantal kraamzorguren wordt vastgesteld door het kraambureau en OHRA volgens het **Landelijk Indicatie-protocol Kraamzorg**;
- Voor de kraamzorg thuis of in een kraamhotel geldt een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage van € 3,50 per uur.

#### Meer informatie Kraamzorg

U kunt via OHRA professionele kraamzorg regelen. Om uw kraamzorg te kunnen garanderen, vragen wij u ten minste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum kraamzorg aan te vragen bij OHRA. Zie [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl) voor het daarvoor bestemde aanvraagformulier. Heeft u geen toegang tot internet dan kunt u contact opnemen met de OHRA Kraamlijn. Telefoonnummer 0900 572 26 48.

#### 5. Medisch-specialistische zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten voor medisch-specialistische zorg. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen **medisch-specialisten** als zorg plegen te bieden. Deze zorg kan in rekening worden gebracht door middel van het **DBC**-tarief als de zorg wordt verleend:

- door of vanwege een ziekenhuis;
  - in een **ZBC**;
  - in de huispraktijk van een medisch-specialist.
- Als een ziekenhuis of ZBC niet declareert door middel van het DBC-tarief heeft u recht op vergoeding van kosten voor:
- medisch-specialistische zorg;
  - verpleging;
  - **bijkomende kosten**.

*Voorwaarde:*

Vergoeding vindt uitsluitend plaats na verwijzing door huisarts, **bedrijfsarts, tandarts**, verloskundige of medisch-specialist.

*Bijzonderheid:*

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan wordt uw vergoeding gemaximeerd. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80.

De hierna vermelde subartikelen maken eveneens onderdeel uit van medisch-specialistische zorg. Voor deze behandelingen gelden echter aanvullende criteria om voor vergoeding in aanmerking te komen.

*a. Plastisch chirurgische zorg*

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten voor plastisch chirurgische zorg als de behandeling dient ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- **verminderingen** die het gevolg zijn van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapt bovenoogleden die een gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

*Voorwaarde:*

Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk.

*b. Fertiliteitbevorderende behandelingen*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor de tweede en derde in-vitrofertilisatie (IVF) poging per te realiseren zwangerschap.

*Voorwaarde:*

Vergoeding vindt uitsluitend plaats als de behandeling wordt uitgevoerd door een medisch-specialist in een vergunning houdend ziekenhuis.

*c. Revalidatie*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor **revalidatie-behandeling** als:

- deze zorg als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen/ bewegingsapparaat of van een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, én

- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

*Revalidatie kan plaatsvinden:*

- in deeltijd- of **dagbehandeling** of
- tijdens **opname** in een ziekenhuis of revalidatie-instelling. Zie hiervoor het artikel 'Opname' van deze polisvoorwaarden.

*Voorwaarde:*

OHRA is bevoegd een behandelplan op te vragen.

In dit behandelplan moeten de aard en complexiteit van de stoornis of beperking zijn vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

*d. Orgaantransplantaties*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor transplantatie van uitsluitend de volgende donororganen:

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

Ook heeft u recht op vergoeding van de hieronder vermelde kosten die de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) in rekening brengt:

- het onderzoek,
- de conservering,
- de verwijdering en
- het vervoer van het transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

*Voorwaarde:*

Vergoeding vindt uitsluitend plaats als de behandeling wordt uitgevoerd door een medisch-specialist in een vergunning houdend ziekenhuis.

De donor heeft recht op vergoeding van kosten voor:

- medisch-specialistische zorg in verband met de selectie en de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal;
- opname op basis van klasse waarvoor de donor verzekerd is;
- eerdergenoemde zorg gedurende maximaal dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waar in de donor opgenomen is geweest in verband met de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. De zorg moet verband houden met de opname;
- vervoer van de donor in Nederland via openbaar vervoer in de laagste klasse of - indien en voor zover medisch noodzakelijk - per auto. De vervoerskosten moeten verband houden met de selectie, de opname en ontslag uit de instelling en met de zorg zoals hiervoor omschreven;
- vervoer van en naar Nederland en de overige kosten die verband houden met de transplantatie als de donor in het buitenland woont. Deze kosten moeten verband houden met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland.

*Uitsluiting:*

De verblijfskosten, anders dan bedoeld in het artikel 'Opname' en eventuele gedeerde inkomsten van de donor worden niet vergoed.

e. *Haemodialyse en peritoneaaldialyse*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor:

1. *klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse*

De voorwaarden zoals beschreven in het artikel 'Opname' zijn van toepassing.

2. *niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse verleend in een dialysecentrum*

Deze vergoeding omvat:

- onderzoek,
- behandeling,
- verpleegkundige zorg,
- de voor de behandeling benodigde **farmaceutische zorg** en
- psychosociale begeleiding.

3. *Thuisdialyse*

Naast de hierboven vermelde vergoedingen van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse heeft u recht op vergoeding van kosten voor:

- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover OHRA die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover OHRA die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

*Bijzonderheid:*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor dialyse-apparatuur en andere hulpmiddelen conform het OHRA Reglement Hulpmiddelen. Zie hiervoor [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met het de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80.

f. *Mechanische beademing*

U heeft recht op vergoeding van de volgende kosten voor mechanische beademing:

1. *in een vergunninghoudend beademingscentrum*

- medisch-specialistische zorg,
- opname,
- de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg,
- verpleging en
- verzorging.

2. *bij de verzekerde thuis*

- het gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur door het beademingscentrum,
- medisch-specialistische zorg en farmaceutische zorg die met de beademing verband houden en wordt verleend door een beademingscentrum.

*Voorwaarde:*

De beademing vindt plaats namens en onder verantwoordelijkheid van het beademingscentrum.

*Voorwaarde geldend voor 1 en 2:*

Vergoeding vindt uitsluitend plaats na verwijzing door een medisch-specialist.

g. *Kinderoncologie*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

h. *Erfelijkheidsonderzoek*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor **erfelijkheidsonderzoek** en kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een **centrum voor erfelijkheidsonderzoek**.

*Voorwaarde:*

Vergoeding vindt uitsluitend plaats na verwijzing door een huisarts of medisch-specialist.

*Bijzonderheid:*

Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

i. *Audiologische zorg*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor **audiologische zorg** in een audiologisch centrum.

*Voorwaarde:*

Vergoeding vindt uitsluitend plaats na verwijzing door een huisarts of medisch-specialist.

j. *Trombosedienst*

U heeft recht op vergoeding van zorgkosten door de trombosedienst. De zorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van uw bloed;
- het opleiden van u, bedoeld in het vorige onderdeel, in het gebruik van de ter beschikking gestelde apparatuur alsmede het begeleiden van u bij de metingen;
- het geven van adviezen aan u omtrent het toepassen van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

*Voorwaarde:*

Vergoeding vindt uitsluitend plaats na verwijzing door een arts.

*Bijzonderheid:*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor hulpmiddelen conform het OHRA Reglement Hulpmiddelen. Zie hiervoor [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80.

Uitsluitingen met betrekking tot medisch-specialistische zorg staan vermeld in artikel 9.1.

6. **Verpleegkundige zorg**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden door een **verpleegkundige**.

Voorwaarden:

- De verpleging moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch-specialistische zorg, zonder dat de zorg gepaard gaat met opname;
- Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk.

## 7. Paramedische zorg

### a. Fysio- en oefentherapie

#### 1. Voor alle verzekerden

U heeft vanaf de tiende behandeling recht op vergoeding van kosten voor behandelingen door een:

- **fysiotherapeut,**
- **kinderfysiotherapeut,**
- **manueel therapeut,**
- **oedeemtherapeut,**
- **bekkentherapeut,**
- **oefentherapeut Cesar/Mensendieck.**

De behandeling van lymfoedeem mag zowel door een fysiotherapeut als een huidtherapeut worden uitgevoerd als aan alle hierna genoemde voorwaarden is voldaan.

*Voorwaarden:*

- Er moet sprake zijn van een indicatie die is opgenomen in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekeringen. Deze bijlage en de nadere voorwaarden zijn opgenomen in het OHRA Reglement Fysiotherapie. Deze vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80;
- De kosten komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als de behandelend arts een verklaring overlegt waaruit blijkt dat sprake is van bovengenoemde indicatie. Bij bepaalde indicaties is een verklaring van de behandelend medisch-specialist noodzakelijk. U kunt in het OHRA Reglement Fysiotherapie en Oefentherapie lezen welke indicaties het betreft. Zie hiervoor [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80;
- OHRA is bevoegd een behandelplan op te vragen.

#### 2. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

U heeft in aanvulling op lid 1 ook recht op vergoeding van kosten voor maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck per indicatie per kalenderjaar.

In geval van ontoereikend resultaat heeft u recht op vergoeding van kosten voor negen extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

*Voorwaarde:*

Vergoeding voor oefentherapie Cesar/Mensendieck vindt uitsluitend plaats na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist.

*Bijzonderheden geldend voor 1 en 2:*

- Voor oefentherapie Cesar/Mensendieck geldt volledige vergoeding volgens wettelijk vastgestelde tarieven (Wtg-tarief);
- Met fysiotherapeuten heeft OHRA contracten gesloten om de kosten te beheersen. Behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut wordt volledig vergoed.

Als u een behandeling ondergaat bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, dan is de maximale vergoeding voor een reguliere zitting € 22,50;

- Voor overige behandelingen door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut gelden andere maximale vergoedingen. Voor deze vergoedingen verwijzen wij u naar het OHRA Reglement Fysiotherapie en oefentherapie. Zie hiervoor [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80;
- Als een verhoogd tarief in rekening wordt gebracht voor behandeling in de avond of het weekend wordt uitsluitend vergoeding verleend tot het bedrag dat voor een reguliere zitting wordt vergoed.

#### b. Ergotherapie

U heeft recht op vergoeding van kosten voor maximaal tien behandeluren **ergotherapie** per kalenderjaar door een **ergotherapeut** in de behandelruimte van de ergotherapeut of bij u thuis.

*Voorwaarde:*

Vergoeding vindt uitsluitend plaats na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist.

#### c. Logopedie

U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een **logopedist**.

*Uitsluitingen:*

- De kosten van behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect of anderstaligheid worden niet vergoed;
- De kosten van behandeling van dyslexie worden niet vergoed.

*Voorwaarden:*

- Vergoeding vindt uitsluitend plaats na verwijzing door een huisarts of medisch-specialist;
- Op de verwijzing moet de medische indicatie vermeld staan.

#### d. Dieetadvisering

U heeft recht op vergoeding van kosten voor **dieetadvisering** door een **diëtist** tot een maximum van vier behandeluren per kalenderjaar.

*Voorwaarden:*

- Vergoeding vindt uitsluitend plaats na verwijzing door een huisarts, tandarts of medisch-specialist;
- Op de verwijzing moet de medische indicatie vermeld staan;
- Dieetadvisering moet een medisch doel dienen.

## 8. Mondzorg

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten plegen te bieden.

### a. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

U heeft bij behandeling door een tandarts of door een dienst voor jeugdtandverzorging, recht op vergoeding van kosten voor:

1. één periodiek preventief consult per jaar, tenzij u tandheelkundig meerdere keren per jaar op deze hulp bent aangewezen;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. verwijderen van tandsteen;
4. fluorideapplicatie vanaf de leeftijd van 6 jaar maximaal tweemaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meerdere keren per jaar op deze zorg bent aangewezen;
5. sealing;

6. parodontale zorg;
7. anesthesie;
8. endodontische zorg;
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische zorg;
11. uitneembare prothetische voorzieningen;
12. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, als het de vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval;
13. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
14. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. U heeft wel recht op vergoeding van kosten voor het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, als u hierop bent aangewezen ten behoeve van de zorg als bedoeld bij 'tandvervangende zorg' in dit artikel.

*Voorwaarde geldend voor a.11, a.12, a.14:*

Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk. De aanvraag moet bestaan uit een behandelplan, een röntgenfoto en een schriftelijke motivering van een tandarts of kaakchirurg.

*b. Tandheelkundige zorg aan verzekeren vanaf 18 jaar*

*1. Gebitsprothese*

U heeft recht op een vergoeding van 75% van de kosten voor vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak door een tandarts, **tandprotheticus of centrum voor bijzondere tandheelkunde**.

*Voor vergoeding komt in aanmerking:*

- een volledige immediaatprothese of
- een volledige vervangingsprothese of
- een volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.

*Voorwaarden:*

- Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk als de totale kosten van de prothese, inclusief techniekkosten, vervaardigd en geplaatst door een tandarts hoger zijn dan € 600,- per boven- en/of onderkaak;
- Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk als de prothese, met uitzondering van de immediaatprothese, binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.

*2. Reparatie en rebasen*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen door een tandarts, tandprotheticus of een tandtechnicus.

*Bijzonderheid:*

Met tandprotheticus en tandtechnici heeft OHRA contracten gesloten om de kosten te beheersen. Behandeling door een gecontracteerde tandprotheticus of tandtechnicus wordt volledig vergoed conform deze polisvoorwaarden. Als u een behandeling ondergaat bij een niet-gecontracteerde tandprotheticus of tandtechnicus, dan is de vergoeding gemaximeerd. Voor deze maximale vergoedingen verwijzen wij u naar [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80.

*c. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor andere noodzakelijke tandheelkundige zorg dan die bedoeld in a. en b. door een tandarts, kaakchirurg, **mondhygiënist of orthodontist**, al dan niet in een instelling voor bijzondere tandheelkunde, in de volgende bijzondere gevallen:

1. Er moet sprake zijn van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

U heeft ook recht op vergoeding van de kosten voor een tandheelkundig implantaat en daarmee verband houdende chirurgische hulp alsmede het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, als er sprake is van een ernstig geslonken tandenloze kaak en deze mondzorg dient ter bevestiging van een uitneembare volledige gebitsprothese;

2. Er moet sprake zijn van een niet-tandheelkundige lichamelijke aandoening of geestelijke aandoening waarbij u zonder deze tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

*Uitsluitingen geldend voor a., b. en c.:*

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor mondzorg als u:

- hierop niet langer bent aangewezen,
- de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of
- de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

*Voorwaarden geldend voor c.:*

- Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk. De aanvraag moet bestaan uit een behandelplan, een röntgenfoto en een schriftelijke motivering van een tandarts, kaakchirurg of orthodontist;
- Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen is noodzakelijk als een medische behandeling zonder deze zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- U heeft alleen recht op vergoeding van orthodontische zorg als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

*Eigen bijdrage voor verzekeren vanaf 18 jaar:*

Als u op grond van artikel 12.8.c.1. recht op vergoeding van kosten heeft, alsmede de extreem angstige verzekerde, die op grond van artikel 12.8.c.2. recht op vergoeding van kosten heeft, is voor de volgende behandelingen een eigen bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht als de behandeling buiten een centrum voor bijzondere tandheelkunde zou hebben plaatsgevonden:

- preventief onderzoek;
- incidenteel consult;
- extractie;
- parodontale zorg;
- endodontische zorg;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen;

- voor een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- en/of de onderkaak is bovendien een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,- per prothese.

d. *Kaakchirurgische zorg*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor kaakchirurgische zorg door een **kaakchirurg**.

*Uitsluiting:*

Geen vergoeding wordt verleend voor parodontale chirurgie en het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg, tenzij sprake is van zorg als bedoeld onder artikel 12.8 lid c.1.

*Voorwaarde geldend voor d.:*

Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk als de kaakchirurgische zorg de volgende behandelingen betreft:

- extractie onder algehele narcose;
- osteotomie.

## 9. Farmaceutische zorg

a. *Geneesmiddelen*

U heeft recht op vergoeding van kosten volgens het OHRA Reglement Farmaceutische Zorg voor de volgende geneesmiddelen:

- geregistreerde geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en zijn aangewezen door OHRA. Als het volgens de voorschrijver medisch niet verantwoord is u het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, heeft u recht op vergoeding van een ander, door de minister aangewezen geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. OHRA is bevoegd het voorschrift daarover op te vragen;
- andere geneesmiddelen, die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd als het rationele farmacotherapie betreft. Deze aanspraak op vergoeding van kosten is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten beperkt tot een verzekerde, die lijdt aan een ziekte, die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten voor geneesmiddelen, die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

Voor een nadere uitwerking van de polisvoorwaarden verwijzen wij u naar het OHRA Reglement Farmaceutische Zorg. Zie hiervoor [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80.

*Bijzonderheid:*

U heeft ook recht op vergoeding van kosten voor farmaceutische zorg geleverd via een internetapotheek. Daarbij gelden alle bovengenoemde voorwaarden. Er bestaat geen recht op vergoeding van andere kosten (bijvoorbeeld administratie- of verzendkosten) dan de kosten voor farmaceutische zorg.

b. *Dieetpreparaten*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor dieetpreparaten, als voldaan wordt aan de in de Regeling zorgverzekering vermelde medische indicatie. Deze vergoeding is uitgewerkt in het OHRA Reglement Farmaceutische Zorg. Raadpleeg hiervoor het OHRA Reglement Farmaceutische Zorg op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toe-

gang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80.

## 10. Hulpmiddelenzorg

a. *Medische hulpmiddelen*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor aanschaf, vervanging en correctie van medische hulpmiddelen in eigendom en op levering van medische hulpmiddelen in bruikleen volgens de Regeling zorgverzekering. Deze regeling is uitgewerkt in het OHRA Reglement Hulpmiddelen. Raadpleeg hiervoor [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80. De vergoeding betreft:

- aanschaf,
- vervanging,
- correctie of
- het in bruikleen krijgen van medische hulpmiddelen.

*Bijzonderheden:*

- De kosten van aanschaf van hulpmiddelen als deze geleverd worden door een gecontracteerde leverancier, worden vergoed volgens het OHRA Reglement Hulpmiddelen. Als een hulpmiddel wordt geleverd door een leverancier die niet door OHRA is gecontracteerd, dan is vergoeding gemaximeerd. Voor deze maximale vergoedingen verwijzen wij u naar [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80;
- Voor een aantal hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage en/of een maximum vergoeding. Deze staan vermeld in het OHRA Reglement Hulpmiddelen;
- Hulpmiddelen in bruikleen tellen niet mee voor de no-claim en het eigen risico.

### Meer informatie

Voor het aanvragen van een hoog-laagbed, anti-decubitus matras of een rollator kunt u, zonder tussenkomst van uw huisarts, gebruik maken van de OHRA Hulpmiddelenlijn. Telefoonnummer 0900 112 11 22.

b. *Verbandmiddelen*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor verbandmiddelen.

*Voorwaarde:*

Er moet sprake zijn van een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling met verbandmiddelen nodig is.

## 11. Ziekenvervoer

a. *Ambulance-vervoer*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance-auto in Nederland over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer. *Uitsluiting:*

Ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling komt niet voor vergoeding in aanmerking.

*Voorwaarden:*

- Vergoeding vindt alleen plaats als om medische redenen openbaar vervoer, taxivervoer of vervoer per eigen auto niet verantwoord is;

- Het ambulancevervoer moet verband houden met vervoer naar een zorgverlener of instelling waarin de zorg wordt ontvangen en waarvan de kosten, met inachtneming van een eventueel eigen risico, geheel of gedeeltelijk voor rekening van de OHRA Zorgverzekering komen. Ook heeft u recht op vergoeding van kosten voor vervoer naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven.
- Het ambulancevervoer moet verband houden met vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zult ondergaan. Dit geldt ook voor de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of zorginstelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.

*Bijzonderheden:*

- U heeft ook recht op vergoeding van kosten voor ambulancevervoer van eerder genoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning of naar een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de noodzakelijke verzorging kunt krijgen;
- Als OHRA u toestemming geeft om u te wenden tot een bepaalde zorgverlener of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

*b. Zittend ziekenvervoer*

U heeft recht op vergoeding van kosten voor:

- openbaar vervoer in de laagste klasse,
- taxivervoer of
- vervoer per eigen auto over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer als sprake is van één van de navolgende situaties:
  1. u ondergaat nierdialyse;
  2. u ondergaat oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie;
  3. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
  4. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

*Voorwaarden:*

- Vervoer in de situatie 3 en 4 dient verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten, met inachtneming van een eventueel eigen risico, geheel of gedeeltelijk voor rekening van de OHRA Zorgverzekering komen;
- Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk. Een huisarts of behandelend medisch-specialist dient ten behoeve van uw aanvraag het daarvoor bestemde 'aanvraagformulier vervoer' in te vullen. Dit formulier kunt u opvragen via [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80.

Als er sprake is van een bijzondere medische situatie buiten de hierboven onder b. genoemde gevallen kunt u een beroep doen op de **hardheidsclausule**.

*Voorwaarden:*

het vervoer is nodig in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en het niet verstrekken van het vervoer leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Voorafgaande schriftelijke

toestemming van OHRA is noodzakelijk. Een huisarts of behandelend medisch-specialist dient ten behoeve van uw aanvraag het daarvoor bestemde 'aanvraagformulier vervoer' in te vullen. Dit formulier kunt u opvragen via [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorgverzekering. Telefoonnummer 070 310 08 80.

Bovengenoemd zittend ziekenvervoer omvat ook vervoer van een begeleider als:

- begeleiding medisch noodzakelijk is of
- het vervoer van een verzekerde jonger dan 16 jaar betreft.

In bijzondere gevallen kunt u OHRA vooraf vragen vervoer van twee begeleiders toe te staan.

*Bijzonderheden:*

- Als u gebruik maakt van door OHRA gecontracteerd taxivervoer, dan worden deze kosten volledig vergoed. Wel blijft de hieronder genoemde eigen bijdrage voor uw rekening. Als u gebruik maakt van niet-gecontracteerd taxivervoer, dan is uw vergoeding gemaximeerd tot € 1,05 per gereden kilometer;
- Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 83,00 per verzekerde per twaalf maanden. De termijn van twaalf maanden gaat in op het moment dat van het vervoer gebruik gemaakt wordt;
- De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto bedraagt € 0,24 per gereden kilometer volgens de kortst gebruikelijke route;
- Als zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan OHRA toestemming verlenen voor ander vervoer;
- Als OHRA u toestemming geeft om u te wenden tot een bepaalde zorgverlener of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

## 12. Buitenland

U heeft recht op vergoeding van zorgkosten van een zorgverlener of zorginstelling buiten Nederland zoals gesteld in artikel 8.4. De vergoeding van medische kosten in het buitenland bedraagt ten hoogste 100% van de kosten, die volgens de dekking van deze zorgverzekering zouden zijn vergoed als de zorg in Nederland zou zijn verleend tot maximaal het op dat moment op basis van de **Wtg** vastgestelde (maximum)tarief. Als op basis van de Wtg geen vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. De in de polis vermelde maximale vergoedingen, eigen bijdragen, eventueel eigen risico of no-claim zijn van toepassing.

In geval van voorziene medische zorg in het buitenland die gepaard gaat met **opname** in een zorginstelling, is voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA noodzakelijk. Als OHRA vooraf toestemming heeft gegeven voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vindt volledige vergoeding van kosten plaats.

In geval van acute medische zorg die gepaard gaat met opname in een zorginstelling dient u direct contact op te (laten) nemen met de OHRA Hulpdienst.

Bij opname van een verzekerde in het buitenland verzorgt de OHRA Hulpdienst een garantstelling voor rechtstreekse betaling van de geneeskundige kosten aan de zorgverlener.



### Meer informatie

De OHRA Hulpdienst is 24 uur per dag bereikbaar, ook in het weekend.

Telefoonnummer: +31 20 664 45 31.

#### Voorwaarde:

Vergoeding vindt plaats in Nederlands wettig betaalmiddel op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van de medische behandeling.

Als u woont en/of tijdelijk verblijft in een andere **EU/EER-lidstaat** of **verdragsland** heeft u twee mogelijkheden. U kunt kiezen voor:

- vergoeding van zorgkosten overeenkomstig deze zorgverzekering tot maximaal het op dat moment op basis van de Wtg vastgestelde (maximum)tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend. Als op basis van de Wtg geen vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag;
- Vergoeding van zorgkosten volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU/sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

Als u woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft u recht op vergoeding van zorgkosten overeenkomstig deze zorgverzekering tot maximaal het op dat moment op basis van de Wtg vastgestelde (maximum)tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend. Als op basis van de Wtg geen vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

### Tip

OHRA adviseert u zich voor vakantie en/of kort verblijf in het buitenland aanvullend te verzekeren.

OHRA verstrekt u op verzoek een Europese zorgverzekeringskaart. Deze kaart moet u bij het inroepen van zorg tonen aan de zorgverlener.

## Artikel 13

### Begripsomschrijvingen

Hierna vindt u omschrijvingen van begrippen uit deze polisvoorwaarden.

#### arts:

iemand die bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen;

#### audiologische zorg:

onderzoek naar de gehoorfunctie, advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur, met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding en hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot 7 jaar;

#### AWBZ:

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;

#### bedrijfsarts:

een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbeidsdienst, waarbij de werkgever is aangesloten;

#### bekkentherapeut:

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;

#### bijkomende kosten:

de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens een medisch-specialistische behandeling, zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek, die door de instelling op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) in rekening mogen worden gebracht;

#### centrum voor bijzondere tandheelkunde:

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;

#### centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing;

#### Cesar/Mensendieck therapie:

een paramedische behandelmethode, gericht op de behandeling en voorkoming van klachten die het gevolg zijn van een onjuist houdings- en bewegingspatroon;

#### collectieve contractant:

een rechtspersoon, waarmee ten behoeve van de aangesloten deelnemers een contract is aangegaan voor het afsluiten van deze zorgverzekering;

**CVZ:**

College voor Zorgverzekeringen;

**dagbehandeling:**

opname korter dan 24 uur;

**DBC:**

Diagnose Behandeling Combinatie: Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen;

**dieetadvisering:**

dieetadvisering omvat voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten;

**dienstenstructuur:**

een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, dat als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie en dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen;

**diëtist:**

een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut';

**eigen bijdrage:**

de bijdrage in de kosten van vergoedingen die de verzekerde verschuldigd is op grond van de polisvoorwaarden;

**en bloc:**

herziening van de voorwaarden en/of premie voor alle lopende zorgverzekeringen;

**erfelijkheidsonderzoek:**

onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboom-, chromosoom-, ultrageluid- en DNA-onderzoek, biochemische diagnostiek, erfelijkheidsadvisering en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding;

**ergotherapeut:**

een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut';

**ergotherapie:**

ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen;

**EU- en EER-staat:**

hieronder worden, behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland;

**farmaceutische zorg:**

de aflevering van de door OHRA op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, voor zover het rationele farmacotherapie betreft, en polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;

**fysiotherapeut:**

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG;

**GVS:**

geneesmiddelenvergoedingssysteem: het indelen van geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen volgens bepaalde criteria. Per GVS-groep is een vergoedingslimiet berekend. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaalt de verzekerde het verschil bij. Uitgangspunt is dat de verzekerde deze eigen bijdrage kan vermijden door te kiezen voor een geneesmiddel met een prijs lager dan of gelijk aan de limiet;

**hardheidsclausule:**

bepaling dat een maatregel geheel of gedeeltelijk niet toegepast wordt in gevallen dat de individuele toepassing tot ongewenste hardheid zou leiden;

**huidtherapeut:**

een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste en/of tweedelijns gezondheidszorg, die personen met een zieke of beschadigde huid behandelt;

**huisarts:**

een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;

**inschrijvingstarief huisarts:**

het tarief dat u bij eerste inschrijving in een huisartspraktijk en vervolgens jaarlijks verschuldigd bent;

**kaakchirurg:**

tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;

**kinderfysiotherapeut:**

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;

**kraambureau:**

een instelling voor de levering van kraamzorg door gediplomeerde kraamverzorgenden;

**kraamhotel:**

een door een erkend kraamzorgbureau geëxploiteerde instelling met 24-uurs zorg rondom bevalling en kraambed;

**kraamzorg:**

de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamhotel of erkend kraambureau verbonden kraamverzorgende, die moeder en kind en, voor zover van toepassing, de huishouding verzorgt;

**kwaadwillige besmetting:**

het buiten het kader van één van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden, al dan niet in enig organisatorisch verband, is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken;

**laboratorium:**

een laboratorium dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend;

**Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg:**

protocol voor de toekenning van kraamzorguren met een waarborg voor kwalitatief goede zorg voor moeder en kind, op basis van normen en inzichten uit het verloskundige veld, de behoeften van klanten en efficiënte inzet van middelen;

**logopedie:**

logopedie omvat behandeling mits de zorg leidt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht;

**logopedist:**

een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut';

**manueel therapeut:**

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;

**marktconform bedrag:**

tarief dat in de Nederlandse markt gebruikelijk is en in verhouding tot overige zorgverleners passend en/of niet onredelijk hoog is;

**medisch adviseur:**

de arts, die OHRA in medische aangelegenheden adviseert;

**medisch-specialist:**

een arts, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

**mondhygiënist:**

een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist';

**NHT:**

Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.: een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 9.2 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht;

**nominale premie:**

de nominale premie is het vaste bedrag dat u periodiek voor uw zorgverzekering betaalt als u 18 jaar of ouder bent exclusief eventuele premiekortingen;

**oedeemtherapeut:**

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;

**oefentherapeut Cesar/Mensendieck:**

een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut';

**OHRA:**

OHRA Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Den Haag, Johanna Westerdijkplein 1;

**opname:**

opname en het verdere verblijf in een ziekenhuis, zorghotel of revalidatie-instelling indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch-specialist en/of kaakchirurg noodzakelijk is;

**orthodontist:**

een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;

**polisblad:**

de akte waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd;

**premievervaldag:**

de dag waarop de premie volgens de polis moet zijn betaald;

**preventieve maatregelen:**

van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of, indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt, de gevolgen daarvan te beperken;

**Regeling zorgverzekering:**

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet;

**restitutieverzekering:**

een verzekering waarbij op basis van originele nota's de gemaakte zorgkosten geheel of gedeeltelijk worden vergoed;

**revalidatiebehandeling:**

onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragwetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie;

**tandarts:**

een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG;

**tandprotheticus:**

een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus';

**terrorisme:**

gewelddadige handelingen en/of gedragingen, begaan buiten het kader van één van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest, in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks, al dan niet in enig organisatorisch verband, is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken;

**u:**

u en/of de overige verzekerde(n), ten behoeve van wie u een zorgverzekering heeft afgesloten;

**verdragsland:**

Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Servië, Tunesië en Turkije;

**verloskundige :**

een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;

**verminking:**

een ernstige deformiteit, al dan niet met weefseldefecten;

**verzekerde(n):**

de op het polisblad als verzekerde vermelde perso(o)n(en) wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg door een zorgverzekering wordt gedekt;

**verzekeringsnemer:**

een persoon die met een zorgverzekeraar een zorgverzekeringsovereenkomst heeft gesloten;

**verpleegkundige:**

een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;

**Wet BIG:**

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

**Wtg:**

Wet tarieven gezondheidszorg, tevens omvattende de Wtg ExPres;

**ZBC:**

zelfstandig behandel centrum: een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten;

**ziekenhuis:**

een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten;

**zorghotel:**

een door de verzekeraar als zodanig erkende instelling die hulp biedt aan personen, die na een opname of behandeling in een ziekenhuis of ZBC tijdelijke voortzetting van opvang, begeleiding en/of verpleging nodig hebben;

**zorgverlener:**

een hulpverlener of hulpverlenende instantie die zorg biedt zoals omschreven in de dekking;

**zorgverzekeraar:**

een verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt;

**zorgverzekering:**

een tussen OHRA en een verzekeringnemer gesloten schadeverzekering voor geneeskundige hulp ten behoeve van een verzekeringsplichtige die voldoet aan de regels van de zorgverzekeringswet;

**Zorgverzekeringswet:**

de wet die u verplicht zich te verzekeren voor geneeskundige zorg. De Zorgverzekeringswet zorgt ervoor dat iedereen die rechtmatig in Nederland woont of die hier loonbelasting betaalt voor deze zorg verzekerd is.