

Individueel

Amicon zorgverzekeraar

Pakketvoorwaarden

Zorg - Zeker - Polis

Gescreend door

POLISBANK

2002

Leeftijdsgrens

Het aangaan van een verzekering in deze verzekeringsvorm is voor personen ouder dan 64 jaar niet mogelijk. Ingaande de eerste dag van de maand waarin een verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt, wordt de verzekering gewijzigd in een verzekering voor de Standaard-Pakket-Polis. Alle aanvullende verzekeringen komen dan te vervallen, met uitzondering van de aanvullende klasseverzekering. Voor het aangaan van een verzekering voor ziekenhuisverpleging in klasse 2 geldt een maximum leeftijd van 49 jaar.

Leeftijdsgroep

De indeling naar leeftijdsgroep vindt maandelijks plaats op grond van de leeftijd van de verzekerde in de betreffende kalendermaand.

Wijziging van pakket of klasse

Zonder voorwaarden kan verzekerde de verzekering telkens per 1 januari wijzigen in de navolgende gevallen:

- van een hogere naar een lagere verzekerde klasse;
- van een lager naar een hoger eigen risico.

Voor de bepaling van de hoogte van het eigen risico is de gezinssituatie bij de aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Bij tussentijdse wijzigingen vinden geen verrekeringen van het eigen risico plaats. Op andere wijzigingen is artikel 7 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen van toepassing. De meldingen c.q. aanvragen dienen voor de aanvang van het kalenderjaar te worden ingediend.

Jaarbetaling

Op de premie wordt een korting van 2% gegeven, wanneer de premie over een vol kalenderjaar vóór 15 januari van dat jaar door de verzekeraar is ontvangen. Deze korting geldt niet voor de wettelijke bijdragen.

Kinderpremie

De kinderpremie geldt voor kinderen genoemd in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen. Van het aantal verzekerde kinderen beneden 18 jaar is slechts voor 2 kinderen premie verschuldigd. Kinderen waarvoor geen premie verschuldigd is, kunnen bij ziekenhuisopname slechts aanspraak maken op verpleging in de 3e klasse.

Wettelijke bijdragen MOOZ* en Omslagregeling WTZ**

De bijdragen, die aan verzekerden op grond van de MOOZ en de Omslagregeling WTZ samen met de premie in rekening worden gebracht, worden geacht onderdeel te zijn van die premie.

Toestemming

Daar waar in het Overzicht vergoedingen sprake is van vereiste toestemming, verleent de verzekeraar, gehoord zijn medisch adviseur, vooraf toestemming voor vergoeding van de kosten op basis van een medische aanvraag door huisarts, specialist of tandarts, met inachtneming van de medische noodzaak.

* MOOZ = Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden.

** WTZ = Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen.

Overzicht van de verzekering

De aanspraak op vergoeding van de kosten is hierna in het Overzicht vergoedingen omschreven. Indien van toepassing, wordt na vaststelling van de vergoedingen het uit te keren bedrag verminderd met het voor de verzekering geldende eigen risico.

Bijzondere voorwaarden betreffende het eigen risico

Als het eerste verzekeringsjaar niet 1 januari als ingangsdatum heeft, wordt het eigen risico voor het resterende deel van dat jaar verminderd met een twaalfde gedeelte voor iedere voor de ingangsdatum verstreken volle maand van dat kalenderjaar. Het eigen risico bedraagt echter tenminste 25% van het eigen risico, zoals dat over een volledig verzekeringsjaar zou gelden.

Voor de bepaling van de hoogte van het eigen risico is de gezinssituatie bij de aanvang van de verzekering of de gezinssituatie per 1 januari van enig jaar bepalend.

Alle wijzigingen in de loop van een jaar hebben geen invloed op de hoogte van het reeds vastgestelde eigen risico van 1 januari van dat jaar. Bij tussentijdse beëindiging vinden geen verrekeringen van het eigen risico plaats.

Bij een opname in een ziekenhuis zullen voor de berekening van het te dragen eigen risico de kosten worden geacht te behoren tot het kalenderjaar waarin de opname plaatsvond.

Ten behoeve van vaststelling van een eventueel nog te verrekenen eigen risico, dienen alle originele nota's bij de verzekeraar te worden aangeboden. De verrekening van het eigen risico blijkt uit de door de verzekeraar afgegeven uitkeringsspecificatie. De vergoedingen worden in principe uitbetaald aan de verzekerde, door middel van overschrijving van het bedrag op het bank- of girorekeningnummer dat door verzekerde aan verzekeraar is opgegeven. Verzekerde dient ervoor zorg te dragen dat de nota's naar behoren zijn gespecificeerd, zodat de vergoeding zonder navraag kan worden vastgesteld.

Met inachtneming van het bepaalde in de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen en het bepaalde ten aanzien van de omvang van de verzekering in deze pakketvoorwaarden wordt voor de hiernavolgende onderdelen de volgende vergoeding gegeven.

Ziekenhuisopname

Opname in een ziekenhuis

Volledige vergoeding van de kosten van verpleging op basis van de verzekerde klasse. De kosten voor de specialistische zorg gedurende de opname en verdere bijkomende kosten worden eveneens volledig vergoed. Alle kosten dienen verband te houden met de opname in het ziekenhuis.

Indien meeverzekerd geeft de 2e klasseverzekering recht op vergoeding van verpleging in de 2e klasse van een ziekenhuis, dat beschikt over een 2e klasse. Beschikt het ziekenhuis over een gesplitste 2e klasse, dan bestaat op basis van de klasseverzekering tevens recht op verpleging in klasse 2A of 2B.

Indien verzekerde wordt opgenomen op basis van 3e klasse, terwijl hij/zij voor een hogere klasse is verzekerd, vergoedt de verzekeraar een bedrag van € 25,- per verpleegdag, tot een maximum van 30 verpleegdagen per kalenderjaar.

Daggeldvergoeding

Bij opname van een verzekerde in een ziekenhuis wordt per dag een bedrag van € 25,- uitgekeerd ter compensatie van extra kosten die met de opname in een ziekenhuis gepaard gaan. Het recht op vergoeding bestaat voor maximaal 50 dagen per kalenderjaar. Ingeval de opname in een ziekenhuis betrekking heeft op zwangerschap en/of bevalling bestaat het recht op vergoeding alleen indien de verzekering direct voorafgaande aan die opname tenminste een jaar onafgebroken heeft bestaan.

Kinderopvang

Verzekerde ouder die het huishouden verzorgt, heeft over de periode die aanvangt op de elfde dag van zijn/haar ziekenhuisopname recht op een tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang van € 12,50 per werkdag.

De tegemoetkoming wordt uitsluitend verstrekt indien tot het huishouden (een) kind(eren) jonger dan 12 jaar beho(o)r(t)en en is beperkt tot maximaal 6 weken per kalenderjaar.

De opname in het ziekenhuis van de verzorgende ouder wordt door verzekerde doorgegeven aan verzekeraar. Verzekerde kan de tegemoetkoming aanvragen met behulp van een formulier, dat na ontslag uit het ziekenhuis aan verzekeraar kan worden toegezonden. Verzekeraar gaat tot uitkering over na ontvangst van het formulier.

Telefoon

Bij ziekenhuisopname worden de abonnementskosten, inclusief huur en aansluiting, van een telefoon bij het bed volledig vergoed. De gesprekskosten komen voor rekening van de verzekerde zelf.

Televisie

Bij ziekenhuisopname komen de kosten van de huur van een televisietoestel bij het bed voor volledige vergoeding in aanmerking.

Gezinszorg

Vergoed wordt 50% van de wettelijke inkomensafhankelijke bijdrage tot maximaal € 160,- per kalenderjaar. Voorwaarden voor vergoeding:

- het betreft kortdurende gezinszorg in verband met ziekte of overlijden van de verzekerde die de huishouding verzorgt;
- het is vooraf bekend dat deze zorg niet meer dan 3 maanden aaneengesloten noodzakelijk is;
- de zorg moet zijn verricht door een daartoe erkende AWRZ-instelling, bejaardenzorg valt niet onder deze vergoedingsregeling;
- vergoeding wordt verleend nadat de zorg is beëindigd.

Dagbehandeling in een ziekenhuis

Volledige vergoeding.

Revalidatie

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar worden de kosten van revalidatie volledig vergoed.

Niet-klinische specialistische behandeling

Volledige vergoeding. Uitzondering: kosten van behandeling door een psychiater (zie punt 26.1: Zorg door een psychiater).

Preventie en vroegdiagnostiek

Algemene check-up

Voor verzekerden van 40 jaar en ouder worden de kosten van een algemene check-up eenmaal per drie jaar vergoed tot maximaal € 70,-. De kosten van een voor de check-up noodzakelijke hartfilm, longfoto en laboratoriumonderzoek worden tevens vergoed.

Hart- en bloedvaten

Vergoeding van de kosten van preventief onderzoek van hart- en bloedvaten, maximaal eenmaal per twee jaar.

Baarmoederhalskanker

Vergoeding van de kosten van onderzoek naar baarmoederhalskanker.

Borstkanker

Vergoeding van de kosten van onderzoek naar borstkanker.

Prostaat­kanker

Vergoeding van de kosten van onderzoek naar prostaat­kanker.

Vaccinaties

Vergoeding van het honorarium van de behandelaar en het vaccin bij: antigriep-inentingen, inentingen tegen honds­dolheid, rode hond, hepatitis-B en tetanus.

Preventie bij reizen naar het buitenland

Bij tijdelijk verblijf in het buitenland worden de daarvoor noodzakelijke preventieve vaccinaties en malariaprofylaxe vergoed.

Vergoeding vindt plaats als bovengenoemde handelingen worden verricht door een huisarts, een specialist of een erkend diagnostisch centrum.

Second opinion

De kosten voor het eenmalig raadplegen van een andere specialist, wanneer de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld, worden volledig vergoed.

Weefsel­typering

Volledige vergoeding van de kosten van weefsel­typering door de Stichting Eurotransplant.

SNWLK

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

Orgaantransplantaties

De kosten van de volgende transplantaties zijn in de verzekering opgenomen: huid-, hoornvlies-, beenmerg-, bot-, nier-, hart-, hartlong-, nierpancreastransplantaties en transplantaties van de lever, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger (orthotope transplantatie). De kosten van verpleging en behandeling van de donor worden vergoed tot ten hoogste het tarief waarvoor de donor verzekerd is. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor voor de transplantatie werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de betreffende transplantatie.

Dialyse

Volledige vergoeding van de met dialyse verband houdende kosten. De dialyse kan zowel in een ziekenhuis, een erkend dialysecentrum als bij de verzekerde thuis plaatsvinden. Bij thuisdialyse kan ook vergoeding plaatsvinden van bepaalde niet-medische kosten na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

Fertiliteitbevorderende behandelingen

De kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en van kunstmatige inseminatie worden vergoed. Daarnaast kan, na voorafgaande toestemming van de verzekeraar, een tegemoetkoming in de kosten worden gegeven voor een in-vitrofertilisatiebehandeling (IVF) of een ICSI-behandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient daarbij sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie. Bij de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Maximaal komen drie IVF of ICSI-behandelingen per behandelde vrouwelijke verzekerde per bewezen zwangerschap voor vergoeding in aanmerking. Het maximum van drie behandelingen is inclusief de reeds eerder door een andere verzekeraar vergoede behandelingen.

Plastische chirurgie

Na voorafgaande toestemming worden vormverbeterende operaties van het uiterlijk vergoed, indien de aanleiding voortvloeit uit verminking ten gevolge van

een ongeval of ziekte, dan wel uit bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen.

De vergoeding voor cosmetische chirurgie bedraagt 50% tot maximaal € 1.150,- per persoon eens per vijf kalenderjaren.

Erfelijkheidsonderzoek

Volledige vergoeding na verwijzing door de behandelend arts.

Audiologische zorg

Volledige vergoeding na verwijzing door de behandelend arts.

Bevalling en Kraamzorg

Kraampakket

Bij thuisbevalling of (poli)klinische bevalling komt de vrouwelijke verzekerde in aanmerking voor een Amicon Kraampakket. Het kraampakket bevat diverse artikelen die nodig zijn bij de bevalling alsmede een leuke verrassing. Na aanmelding voor kraamzorg via de Amicon Servicelijn Kraamzorg (0900 - 202 50 03) krijgt verzekerde circa 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum het kraampakket thuisgestuurd.

Bevalling

- Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak.
Volledige vergoeding van verpleeg- en bijkomende kosten.
- Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, kraaminrichting, polikliniek of thuis.
Vergeod worden:
verpleeg- en bijkomende kosten van het ziekenhuis of de kraaminrichting tot maximaal € 165,- per dag;
het honorarium van de verloskundige hulpverlener;
de kosten van gebruik van de polikliniek.

Kraamzorg

Voor kraamzorg thuis of in het Zotel (Zorghotel bij het Streekziekenhuis Midden Twente in Hengelo) kan, via de reguliere kraam- en thuiszorgorganisaties, aanspraak gemaakt worden op de Amicon Kraamzorgservice. Bij gebruik van deze regeling moet dit uiterlijk de 20ste week van zwangerschap via de Amicon Servicelijn Kraamzorg kenbaar gemaakt worden via het centrale telefoonnummer 0900 - 202 50 03.

De vergoeding voor dit onderdeel (kraamzorg) geldt voor ten hoogste 80 uur kraamzorg thuis of in het Zotel. Indien moeder en kind in het ziekenhuis verblijven, wordt het aantal uren kraamzorg thuis verminderd met 8 uur voor iedere dag van verblijf in het ziekenhuis.

In plaats van de Amicon Kraamzorgservice kan ook worden gekozen voor een uitkering ineens van € 1.200,-. De verzekerde dient na de bevalling een verzoek tot uitbetaling in bij de verzekeraar. In combinatie met verblijf in het ziekenhuis of kraaminrichting (poliklinisch of klinisch) wordt voor iedere dag van verblijf € 150,- in mindering gebracht op deze uitkering.

Zolang de moeder met medische noodzaak in het ziekenhuis moet verblijven, worden ook de verpleegkosten van de baby vergoed, mits de baby bij de verzekeraar verzekerd is. Indien de baby met medische noodzaak in het ziekenhuis moet verblijven, worden de kosten van de opname van de moeder vergoed, mits de moeder bij de verzekeraar verzekerd is.

Uitkering bij bevalling van een meerling

Uitkering van € 230,- ineens bij bevalling van een meerling. Uitkering geschiedt na inschrijving van de kinderen bij de verzekeraar. Voorwaarde voor uitkering is dat de hoofdverzekerde minstens één jaar bij de verzekeraar dient te zijn ingeschreven voor de Zorg-Zeker-Polis.

Ziekenvervoer

Vergoed wordt medisch noodzakelijk ziekenvervoer bij opname in en ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting en bij consulten/behandelingen door een medisch specialist. Tarief voor gebruik van personenauto: € 0,25 per kilometer.

Huisartsenzorg

Volledige vergoeding.

Paramedische zorg

Volledige vergoeding voor de eerste 40 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar tezamen. Voor verdere behandeling is voorafgaande toestemming van de verzekeraar vereist.

De vergoeding is van toepassing op de volgende soorten paramedische zorg:

- fysiotherapie;
- kinderfysiotherapie;
- manuele therapie door een geregistreerde fysiotherapeut;
- oefentherapie Mensendieck en Cesar;

- logopedie;
- podotherapie door een geregistreerde podotherapeut;
- behandeling door heilgymnast-masseur;
- massage-oefentherapie op haptonomische basis door een fysiotherapeut;
- stottertherapie Del Ferro;
- stottertherapie bij instituut De Pauw;
- consulteren van een diëtist.

Ergotherapie

De verzekeraar vergoedt op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist maximaal 10 uren ergotherapie per kalenderjaar, te verlenen door een ergotherapeut in zijn/haar behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen. Vergoeding vindt plaats op basis van het vastgestelde CTG*-tarief, tot een maximum van € 450,- per kalenderjaar.

Sport Medische Instelling

Verzekeraar vergoedt de kosten van consulten en onderzoeken door een Sport Medische Instelling verricht. Prestatieve begeleiding en keuringen zijn van vergoeding uitgesloten.

Huidtherapieën

Er bestaat recht op volledige vergoeding van de volgende behandelingen:

Epilatie

Verzekeraar vergoedt op verwijzing door huisarts of specialist de kosten van het verwijderen van abnormale haargroei in de hals en het gelaat door middel van elektrische epilatie of door middel van laserbehandeling.

Verzekeraar gaat alleen dan tot vergoeding van de kosten van elektrische epilatie over indien de consulten of behandelingen worden gegeven door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, die aan de in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen genoemde eisen voldoet. De kosten van laserbehandeling komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze wordt verricht door een door de verzekeraar erkende behandelbaar.

Camouflagetechniek inclusief camouflagemiddelen

Op verwijzing van de huisarts of behandelend specialist bestaat recht op vergoeding van de behandelingskosten van camouflagetherapie. De behandeling

* CTG=College Tarieven Gezondheidszorg

dient te worden verricht door een erkend camouflagist(e) of huidtherapeut. De middelen dienen te worden geleverd door een huidtherapeut.

Tevens wordt onder camouflagiebehandeling verstaan het volgen van het programma 'Goed verzorgd, beter gevoel' in ziekenhuizen.

Lymfoedeemtherapie

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar bestaat recht op vergoeding van de behandelingskosten van lymfoedeemtherapie. De behandeling dient te worden verricht door een huidtherapeut.

Acnétherapie

Op verwijzing van de huisarts of behandelend specialist bestaat recht op vergoeding van de behandelingskosten van acnétherapie. De behandeling dient te worden verricht door een huidtherapeut.

Psoriasis, chronisch eczeem en neurodermitis

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar bestaat recht op vergoeding van de kosten van Balneo Photo therapie in Bad Bentheim, Boekelo, Hengelo, Rhooen of Ede.

Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- een huidarts moet de indicatie voor Balneo Photo therapie bij psoriasis hebben vastgesteld, dan wel de indicatie chronisch eczeem en/of neurodermitis;
- de patiënt moet langer dan twee jaar last hebben van psoriasis, chronisch eczeem en/of neurodermitis;
- het dient te gaan om een aandoening van ernstige aard (beoordeling door medisch adviseur);
- andere voorafgaande behandelingen moeten zonder succes zijn geweest;
- de huisarts of de huidarts dient als verwijzer op te treden.

Voor lichtbaktherapie bij de verzekerde thuis bestaat recht op vergoeding van de start- en huurkosten van de lichtbak. Voorwaarde voor vergoeding is dat de kuur is voorgeschreven door de huidarts.

De vergoeding van de reiskosten die met het volgen van de in lid 1 genoemde therapie samenhangt, vindt plaats op basis van de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse. Tarief voor gebruik van personenauto: € 0,25 per kilometer.

Tandheelkundige zorg

Tandheelkundige zorg

De vergoeding bedraagt 100% van de kosten tot een maximum van € 700,- per

verzekerde per kalenderjaar voor die behandelingen waarvoor een CTG*-tarief is vastgesteld (exclusief orthodontie), verricht door een tandarts of een dienst voor jeugd tandverzorging, inclusief eventuele techniekkosten. De kosten van behandelingen door een tandprotheticus, tandtechnicus en een mondhygiënist vallen eveneens onder deze vergoedingsregeling. Met inachtneming van het in de vorige volzinnen bepaalde worden per behandeling ten hoogste de tarieven vergoed, die zijn vastgesteld door het CTG. Abonnementen en soortgelijke voorzieningen zijn van de verzekering uitgesloten.

Voor verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de vergoedingsregeling als onder 24.1 vermeld, niet van toepassing.

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar worden de kosten volledig vergoed. Het aanvraagformulier voor deze toestemming wordt op verzoek verstrekt.

Bijzondere gevallen

Volledige vergoeding van de kosten (zie Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen artikel 28).

Orthodontie

volledige vergoeding van de kosten van de in artikel 29 lid 1 sub a van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen vermelde behandelingen.

voor verzekerden jonger dan 19 jaar: vergoeding van de kosten van de in artikel 29 lid 1 sub b, c en lid 3 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen vermelde behandelingen.

voor verzekerden van 19 jaar en ouder: vergoeding van de kosten tot maximaal € 230,- per verzekerde per kalenderjaar van de in artikel 29 lid 1 sub b, c en lid 3 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen vermelde behandelingen tezamen.

Tandheelkundige zorg na een ongeval

Verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, noodzakelijk geworden ten gevolge van een ongeval, tot een maximum van € 950,- per gebeurtenis, mits verzekerde schriftelijk aan de verzekeraar heeft aangetoond dat een ongeval als bedoeld in artikel 1 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen heeft plaatsgevonden. Het ongeval dient te hebben plaatsgevonden na aanvang van de verzekering.

Implantaten

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar wordt vergoeding verleend voor het honorarium van de kaakchirurg voor het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak en de kosten van de operatiekamer. Er dient sprake te zijn van zeer ernstige resorptie van de tandenloze (edentate) kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een goed passende prothese te maken is, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.

Tandheelkundige second opinion

Vergoed worden de kosten van het eenmalig raadplegen van een andere tandarts of een adviserend tandarts van de verzekeraar wanneer de behandelend tandarts een ingrijpende tandheelkundige behandeling heeft voorgesteld. Uit de nota moet duidelijk blijken dat er sprake is van een second opinion.

Alternatieve geneeswijzen

De vergoeding van de kosten voor consulten en behandelingen bedraagt 100% tot maximaal € 950,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoed worden de consulten/behandelingen van zorgverleners die worden genoemd in artikel 23 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen en de hieronder genoemde behandelwijzen.

- acupunctuur
- acupressuur door een fysiotherapeut
- antroposofie
- behandelingen voor visuele waarneming en evenwichtstoornis
- chiropractie
- flebologie
- haptotherapie
- homeopathie
- manuele geneeskunde
- Moermantherapie
- natuurgeneeswijzen
- orthomanipulatie
- orthomoleculaire geneeskunde
- osteopathie
- proktologie
- podo-orthesiologie en podologie.

Alternatieve geneesmiddelen worden tot een maximum van € 350,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed onder voorwaarde dat de geneesmiddelen zijn opgenomen, als “artikel 4 preparaat” in de lijst van homeopathische farmaceutische producten (ISBN no. 9054586761)(artikel 4 preparaten zijn homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die door de Nederlandse associatie van fabrikanten en importeurs aan het College ter beoordeling van geneesmiddelen zijn aangeboden).

Drinkampullen, alternatieve en reguliere zelfzorgmiddelen, vitamines en voedingssupplementen zijn van vergoeding uitgesloten. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die zonder voorschrift van een arts verkrijgbaar zijn bij een apotheek of drogist.

Antroposofische therapieën

Vergoeding voor:

heileurytmie therapie, kunstzinnige therapie, muziektherapie en spraaktherapie door een erkend therapeut: maximaal 28 behandelingen per kalenderjaar voor alle therapieën samen.

dieettherapie door een erkend therapeut: maximaal 12 consulten per kalenderjaar.

uitwendige therapie door een erkend verpleegkundige of erkend fysiotherapeut tot maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar. De erkenning betreft inschrijving bij de betreffende antroposofische vakorganisaties.

Psychotherapie

Zorg door een psychiater

De eigen bijdrage van verzekerden ingevolge de AWBZ voor psychotherapeutische zorg komt voor rekening van de verzekeraar.

Voor vergoeding is het volgende van toepassing:

indien de psychotherapie wordt verleend door een vrijgevestigd psychiater, dient deze hiertoe een overeenkomst met het Zorgkantoor te hebben;

indien de psychotherapie wordt verleend in een ziekenhuis dient het een erkend ziekenhuis te zijn;

zorg kan tevens geregeld worden via de Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).

Gezondheidszorgpsycholoog

De verzekeraar vergoedt maximaal € 475,- per verzekerde per kalenderjaar van de kosten van psychologische zorg onder de volgende voorwaarden:

de psychologische zorg vindt plaats na verwijzing door de huisarts;

de psychologische zorg heeft betrekking op kortdurende individuele psychologische zorg;

de psychologische zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog zoals bedoeld in artikel 1 van de Algemene Verzekeringvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen.

In het geval van psycho-oncologische zorg, vindt vergoeding plaats indien de zorg wordt verleend door een door verzekeraar erkend therapiecentrum.

Hulpmiddelen

Op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon heeft de verzekerde recht op vergoeding van de aanschaf of verstrekking in bruikleen van de daarin met name genoemde hulpmiddelen, indien daartoe geïndiceerd. Voor bepaalde (groepen) hulpmiddelen is er sprake van een eigen bijdrage voor de verzekerde. Deze eigen bijdragen komen ook voor vergoeding in aanmerking met inachtneming van het onderstaande in lid 1 en 3. De Regeling Hulpmiddelen Amicon maakt deel uit van deze verzekering en is op aanvraag verkrijgbaar.

Hoortoestellen

De verzekerde heeft recht op vergoeding van het verschil tussen de aanschafprijs van het hoortoestel en de vergoeding op grond van de Regeling Hulpmiddelen Amicon.

De vergoeding bedraagt maximaal € 475,- per hoortoestel. De kosten van de afstandsbediening, (extra) batterijen, onderhoudscontract en schoonmaaksetjes vallen niet onder deze vergoedingsregeling.

Gezichtshulpmiddelen

Een maximale vergoeding eens per drie kalenderjaren van € 230,- voor de aanschaf van een gezichtshulpmiddel. Voor de aanschaf van een bril is een maximale vergoeding van € 95,- per glas van toepassing en € 50,- als tegemoetkoming in de kosten van het montuur. Voor contactlenzen is een maximale vergoeding van € 95,- per lens van toepassing. Alleen versterkende brillenglazen of contactlenzen komen voor vergoeding in aanmerking.

Pruiken

De maximale vergoeding bedraagt € 335,- per pruik, exclusief de vergoeding via de Regeling Hulpmiddelen Amicon.

Lymphapress

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar kan bij langdurig gebruik en op voorschrift van de huisarts of specialist een lymphapress in bruikleen worden verstrekt.

Manchet

Indien de verzekerde gebruik maakt van lymfedrainage en/of oedeemtherapie worden de aanschafkosten van een manchet volledig vergoed.

Plaswekker

Na voorafgaande toestemming van de verzekeraar kan dit apparaat tegen bedplassen in bruikleen worden verstrekt.

Softbraces

Indien de aanschaf plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts, worden de aanschafkosten van softbraces voor 100% vergoed tot maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

Slijmzuiger

De verzekerde heeft, op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, aanspraak op terbeschikkingstelling van een slijmzuiger in bruikleen, indien en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat.

Bewakingsmonitor

De verzekerde heeft, op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, aanspraak op terbeschikkingstelling van een bewakingsmonitor in bruikleen, indien en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat.

Steunpessarium

De verzekeraar vergoedt, op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, de kosten van een steunpessarium.

Steun- en podozolen

Op verwijzing van de huisarts of op verwijzing van de behandelend specialist, wordt de aanschaf vergoed van steun- en podozolen tot maximaal € 50,- per paar per twee kalenderjaren. Voor kinderen tot 16 jaar vindt vergoeding plaats tot maximaal € 50,- per paar per kalenderjaar.

Alarmering op sociale indicatie

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming in de abonnementskosten van alarmeringsapparatuur met een spreek- en luisterverbinding, geplaatst door een organisatie waarmee verzekeraar hiertoe een overeenkomst heeft gesloten.

Verzekerde komt voor deze tegemoetkoming in aanmerking, indien hij/zij thuis woont en in een verhoogde risicosituatie verkeert.

De tegemoetkoming bedraagt maximaal € 5,- per maand. Verzekerden die woonachtig zijn in een verzorgingshuis, aanleunwoning of serviceflat komen niet voor deze vergoeding in aanmerking.

Farmaceutische zorg

Wettelijke geneesmiddelen, vermeld in de Regeling Farmaceutische Zorg Zorgverzekeraars Nederland, komen voor vergoeding in aanmerking. Op deze geneesmiddelen is het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) van toepassing.

Verzekeraar vergoedt bovendien de eigen bijdrage die verzekerde op grond van het GVS verschuldigd is tot een maximum van € 475,- per verzekerde per kalenderjaar. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

- het mag geen ovulatie bevorderend middel betreffen;
- de behandeling met het betreffende geneesmiddel dient medisch geïndiceerd te zijn;
- met andere geneesmiddelen, waarvoor geen eigen bijdrage als hier bedoeld is verschuldigd, is geen behandeling bij verzekerde mogelijk die tot een afdoende resultaat leidt.

Verzekeraar behoudt zich het recht voor groepen van geneesmiddelen aan te wijzen die hieraan voldoen en derhalve van vergoeding uit te sluiten.

Verbandmiddelen, vermeld in de Regeling Farmaceutische Zorg Zorgverzekeraars Nederland, komen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening, waarbij een langdurig gebruik van deze verbandmiddelen noodzakelijk is.

Voorwaarde is dat de genees- of verbandmiddelen geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Buitenland

Voor het organiseren van spoedeisende medische zorg in het buitenland, contacten met de behandelend artsen, repatriëring, garantiestellingen en andere met de verzekering verband houdende ondersteunende diensten bestaat recht op hulpverlening door de Alarmcentrale SOS International te Amsterdam, telefoonnummer: 020 - 651 51 51. De verzekerde heeft, op vertoon van de polis, eveneens recht op hulpverlening door Euro-Centers.

Vergoeding van de gemaakte kosten van spoedeisende medische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland als vermeld bij het betreffende verzekerde onderdeel. Er wordt geen vergoeding verleend als de betreffende behandeling kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.

Volledige vergoeding van de kosten van ziekenvervoer met een spoedeisend karakter van de verblijfplaats in het buitenland naar de woonplaats in Nederland. Vergoeding wordt alleen verleend indien de organisatie van dit vervoer plaatsvindt door Alarmcentrale SOS International te Amsterdam.

Vergoeding van kosten van vervoer in het geval van ziekenhuisopname wegens ziekte of een ongeval van een meereizend, meeverzekerd gezinslid. Vergoeding van de kosten vindt plaats op basis van de kosten van vervoer in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel danwel, bij gebruik van eigen auto, op basis

van een kilometerprijs van € 0,25. De maximale vergoeding bedraagt € 250,- per polis per kalenderjaar.

Vergoeding van de kosten van zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie bedraagt ten hoogste 100 % van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de polis zou zijn vergoed. De kosten van ziekenvervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking. Verzekerde wordt aanbevolen in een voorkomend geval vooraf met de verzekeraar contact op te nemen, opdat duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

In geval van overlijden vindt een vergoeding van ten hoogste € 3.700,- plaats voor de kosten die verband houden met het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

Vakantiereizen Rode Kruis en Zonnebloem

Vergoeding van de eigen bijdrage voor de meerdaagse vakantiereizen in Nederland, die het Rode Kruis of de Nationale Vereniging de Zonnebloem voor patiënten organiseren, welke in Nederland beginnen en in Nederland eindigen. Eendaagse reizen komen niet voor vergoeding in aanmerking. De kosten voor een meereizend gezinslid worden niet vergoed.

De kosten van vervoer van het woonadres van verzekerde naar het beginpunt van de vakantiereis en de kosten van vervoer van het eindpunt van de vakantiereis naar het woonadres, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Herstellingsoorden (niet AWBZ erkend)

De verzekeraar verleent op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist, een tegemoetkoming in de kosten van het verblijf van verzekerde in een in Nederland gevestigd en door de verzekeraar erkend herstellingsoord.

De tegemoetkoming bedraagt € 50,- per dag van het verblijf en wordt per verzekerde verleend voor een periode van ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar.

Reizen

Therapeutisch kamp voor jongeren met een chronische aandoening

Na toestemming van de verzekeraar, heeft verzekerde recht op vergoeding van het verblijf in een therapeutisch kamp voor jongeren met een chronische aandoening, gedurende maximaal zes weken per verzekerde per kalenderjaar. Onder het begrip jongeren wordt verstaan personen tot 18 jaar.

• **Reuma, Bechterew en psoriasis**

Verzekerde heeft, indien hij/zij lijdt aan:

chronische reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew of psoriasis

op aanvraag van huisarts of specialist en met voorafgaande toestemming van verzekeraar recht op een vergoeding van 100 % van de kosten van vervoer en verblijf en behandeling in verband met de volgende groepskuurreizen:

Voor verzekerden die lijden aan de onder punt a genoemde aandoeningen vergoedt verzekeraar:

een groepskuurreis van drie weken naar Roemenië;

een groepskuurreis van drie weken naar Arcen;

een groepskuurreis van drie weken naar Bad Driburg.

Voor verzekerden die lijden aan de onder punt b genoemde aandoening, vergoedt verzekeraar:

een groepskuurreis van vier weken naar Israël (Dode Zee).

Bovengenoemde reizen worden door de verzekeraar georganiseerd.

Aanvang, duur, bestemming en overige voorwaarden voor deelname aan de groepskuurreis worden jaarlijks door verzekeraar bepaald.

Verzekerde heeft indien hij/zij aan een van bovengenoemde aandoeningen lijdt, en op aanvraag van huisarts of specialist en met voorafgaande toestemming van verzekeraar, recht op vergoeding van de kosten van vervoer, verblijf en behandeling in verband met de individuele kuurreis tot een maximum van € 475,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde hierbij is dat:

het verblijf in een kuuroord een duur heeft van tenminste drie aaneengesloten weken en

de behandelingen in het kuuroord uit tenminste vier balneokuren per dag bestaan, gedurende vijf kuurdagen per week voor verzekerden die lijden aan de hierboven onder punt b genoemde aandoening.

Hartrevalidatie, stress en overgewicht

Na toestemming van de verzekeraar vindt vergoeding plaats van kuurreizen naar kuuroorden gespecialiseerd in hartrevalidatie, stress en overgewicht welke door een door de verzekeraar aan te wijzen reisorganisatie worden verzorgd. Er wordt een vergoeding van maximaal 50% gegeven van de reissom, afhankelijk van de medische indicatie.

Groepsreizen

Vergoeding van de kosten van de begeleidend arts tijdens de groepsreizen zoals de verzekeraar die organiseert. De hoofdsom van de kosten voor reis en verblijf komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Privékliniek

Na toestemming door de verzekeraar, vindt vergoeding plaats van behandeling in een door een bevoegde overheidsinstantie erkend zelfstandig behandelcentrum. De maximale vergoeding bedraagt het CTG*-tarief.

Buzzer bij ziekte of bevalling

De verzekerde kan een buzzer in bruikleen krijgen als een meeverzekerd gezinslid dusdanig ziek is dat de verzekerde beschikbaar moet zijn. Ook bij bevalling van een gezinslid kan, zeven weken voorafgaand aan de bevalling, een buzzer in bruikleen worden gegeven.

Lidmaatschap van patiëntenverenigingen

Verzekeraar vergoedt de kosten van lidmaatschap van een patiëntenvereniging tot een maximum van € 25,- per verzekerde per kalenderjaar.

Therapieën patiëntenverenigingen

Verzekeraar vergoedt de kosten van een door een patiëntenvereniging georganiseerde therapie tot een maximum van € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. Van vergoeding zijn uitgesloten de kosten van sportactiviteiten.

Bezoek- en verblijfkosten

Voorwaarde voor vergoeding is dat zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid bij de verzekeraar voor ziektekosten verzekerd zijn via de Zorg-Zeker-Polis, Bedrijfscollectiviteit-Plus, ziekenfonds met een aanvullende verzekering, particulier met het Luxe-Pakket of een Standaard-(Pakket-) Polis met een aanvullende verzekering.

Onder gezinslid wordt verstaan:

- de verzekerde en zijn/haar medeverzekerde(n) ingevolge de Ziekenfondswet, particuliere ziektekostenverzekering van de verzekeraar of WTZ**;
- de zelfstandig bij de verzekeraar verzekerde (huwelijks)partner woonachtig op hetzelfde adres;
- de zelfstandig bij de verzekeraar verzekerde ongehuwde eigen, pleeg-, stief- en adoptiekinderen tot 27 jaar, mits voor deze kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet Tegemoetkoming Onderwijsbijdrage en Schoolkosten (WTOS) of voor zover zij in aanmerking komen voor de Wet op de Studiefinanciering of op persoonsgebonden aftrek wegens uitga-

*CTG= *College Tarieven Gezondheidszorg*

**WTZ= *Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen*

ve voor levensbehoud van kinderen ingevolge Artikel 6.1 en afdeling 6.4 van de Wet Inkomstenbelasting 2001, jo. Artikel 35 en 36 van de uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 2001.

De vergoedingsregeling is als volgt:

Logeerhuizen

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming in de kosten van verblijf van een bezoekend gezinslid in een door verzekeraar erkend logeerhuis in binnen- en buitenland van € 12,50 per etmaal per opgenomen gezinslid.

Verzekeraar gaat hier toe over indien zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid bij verzekeraar verzekerd zijn.

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming in de kosten van verblijf in een door verzekeraar erkend logeerhuis in binnen- en buitenland van € 35,- per etmaal. Voorwaarde voor het toekennen van deze tegemoetkoming is, dat het verblijf van verzekerde onmiddellijk volgt op of voorafgaat aan opname in een ziekenhuis.

Bezoek opgenomen kind en/of partner in Nederland

De verzekeraar verleent een bijdrage van € 0,25 per kilometer tot een maximum van € 460,- per kalenderjaar per polis in de kosten van vervoer van de bezoeker naar een gezinslid die in een in Nederland gelegen ziekenhuis of revalidatie-instelling verblijft. De bijdrage wordt verleend indien zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid bij de verzekeraar verzekerd zijn. De bijdrage wordt verleend over het aantal kilometers dat de 500 kilometer per kalenderjaar te boven gaat en op basis van één bezoek per dag. Het aantal kilometers wordt bepaald door middel van een door verzekeraar gehanteerde afstandstabel.

Bezoek opgenomen kind en/of partner in Davos

De verzekeraar verleent een bijdrage van € 0,25 per kilometer tot een maximum van één bezoek per kwartaal voor bezoek aan een gezinslid in het Nederlands Astmacentrum te Davos (Zwitserland).

Bij gebruikmaking van openbaar vervoer worden maximaal de reiskosten van twee bezoekende gezinsleden op basis van vervoer in de laagste klasse eenmaal per kwartaal vergoed. De bijdrage wordt verleend indien zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid bij de verzekeraar verzekerd zijn.

Gezondheidscurssussen

Van de kosten van een door de verzekeraar erkende cursus vindt vergoeding plaats tot een maximum van € 70,- per verzekerde per kalenderjaar. De cursus

moet gericht zijn op het verbeteren van de eigen leefgewoonten of op de verzorging van anderen.

Handicap, vakantie en begeleiding

Gehandicapte verzekerden die hetzij voor de dagelijkse verzorging zijn aangewezen op thuiszorg door een thuiszorginstelling, hetzij via het Zorgkantoor een persoonsgebonden budget ontvangen, kunnen op aanvraag van de huisarts of op aanvraag van de behandelend specialist, en met toestemming van de verzekeraar, gebruik maken van de diensten van IHD-Zorg in het buitenland, telefoon: 0299 - 65 75 57. IHD kan in een aantal regio's in Zuid Europa van dienst zijn bij het regelen van ADL-assistentie, hulpmiddelen, aangepast vervoer en aangepaste accommodatie.

Verpleegartikelen

Voor een periode van maximaal 6 maanden bestaat er recht op vergoeding van de huurkosten van verpleegartikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, indien en vanaf het moment dat deze artikelen niet meer krachtens de AWBZ worden vergoed. Het betreft de volgende verpleegartikelen: infuusstandaard, ledikantverhoger, ondersteek, rolstoel in standaard uitvoering, rugsteun, stoomketel, toiletstoel, toiletverhoger.

Vervangende mantelzorg

Verzekerde, die een thuiswonende gehandicapte (mede)verzekerde verzorgt, heeft, met toestemming vooraf van de verzekeraar en op aanvraag door de Stichting Thuisverzorging voor Gehandicapten te Houten, aanspraak op vervangende mantelzorg gedurende zijn/haar vakantie. Verzekerde dient zich, voor het geldend maken van deze aanspraak, te wenden tot de Stichting Thuisverzorging voor Gehandicapten te Houten, telefoon 035 - 692 41 50. De verzekeraar vergoedt aan voornoemde stichting, vanwege de door haar georganiseerde vervangende mantelzorg een bedrag van maximaal € 82,50 per dag voor een periode van maximaal 15 dagen per kalenderjaar.

Deze verzekering geeft aanspraak op vergoeding van het verschil tussen het tarief in de verzekerde klasse en het ziekenfondstarief van de kosten van ziekenhuisverpleging zoals hiervoor in het Overzicht vergoedingen onder punt 1 omschreven. Voor het aangaan van een verzekering voor ziekenhuisverpleging in klasse 2 geldt een maximumleeftijd van 49 jaar.

Indien de verzekerde wordt opgenomen op basis van 3e klasse, terwijl hij/zij voor een hogere klasse is verzekerd, vergoedt de verzekeraar een bedrag van € 25,- per verpleegdag tot een maximum van 30 verpleegdagen per kalenderjaar.

Pakket DV

Aanspraak op vergoeding

Bij opname van een verzekerde in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 10 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden Individuele Ziektekostenverzekeringen, wordt per dag een bedrag in geld uitgekeerd, ter compensatie van extra kosten die met een opname in een ziekenhuis gepaard gaan.

Deze bedragen per dag zijn hierna vermeld.

Pakket DV-A	€ 5,-
Pakket DV-B	€ 10,-
Pakket DV-C	€ 15,-
Pakket DV-D	€ 20,-
Pakket DV-E	€ 25,-
Pakket DV-F	€ 35,-
Pakket DV-G	€ 45,-

Bijzondere voorwaarden pakket DV

Het recht op vergoeding bestaat voor maximaal 50 dagen per kalenderjaar. Ingeval de opname in een ziekenhuis betrekking heeft op zwangerschap en/of bevalling bestaat het recht op vergoeding alleen indien de verzekering direct voorafgaande aan die opname ten minste een jaar onafgebroken heeft bestaan. Voor het aangaan van deze verzekering geldt een maximumleeftijd van 49 jaar.

	Algemene verzekerings- voorwaarden (artikel)	Overzicht vergoedingen (punt)
Aansprakelijkheid van derden	34	—
Acnétherapie	—	22
Acupunctuur	23	25
Acupressuur	23	25
Alarmcentrale	—	28
Alternatieve geneesmiddelen	1, 23	25
Alternatieve geneeswijzen	1, 23	25
Antroposofische therapieën	23	25
Audiologische zorg	1, 15	15
Balneo Photo therapie	—	23
Beëindiging	37	—
Bevalling	18	16
Bewakingsmonitor	22	27
Bezoekkosten	—	38
Buitenland	30	30
Buzzer	—	35
Camouflagetechniek	24	22
Cesar oefentherapie	1, 19	19
Chiropractie	23	25
Dagbehandeling	1, 11	3
Daggeldvergoeding	—	1
Dialyse	11	11
Dieettherapie	—	25
Epilatie	26	22
Erfelijkheidsonderzoek	1, 16	14
Ergotherapie	1	20
Farmaceutische zorg	1, 21	29
Fertiliteitbevorderende behandelingen	31	12
Flebologie	23	25
Fysiotherapie	1, 19	19

**Algemene
verzekerings-
voorwaarden (artikel)****Overzicht
vergoedingen
(punt)**

Geneesmiddelen	21	29
Geschillen	38	—
Gezichtshulpmiddelen	22	27
Gezinszorg	—	2
Gezondheids cursussen	—	39
Gezondheidszorgpsycholoog	1	26
Groepsreizen	—	33
Handicap, vakantie en begeleiding	—	40
Haptotherapie	23	25
Heilgymnast-masseur	1, 19	19
Herstellingsoorden	—	32
Homeopathie	23	25
Hoortoestellen	22	27
Huidtherapeut	1, 25	22
Huisartsenzorg	1, 20	18
Hulpmiddelen	1, 22	27
Implantaten	27	24
Kaakchirurg	1	—
Kinderfysiotherapie	1, 19	19
Kinderopvang	—	1
Kraampakket	—	16
Kraamzorg	1, 18	16
Lidmaatschap patiëntenverenigingen	—	36
Logopedie	1, 19	19
Logeerhuizen	—	38
Lymfoedeemtherapie	25	22
Lymphapress	22	27
Manchet	22	27
Manuele geneeskunde	23	25
Manuele therapie	1	19
Massage-oefentherapie	19	19
Meerling, uitkering bij bevalling	—	16
Mensendieck oefentherapie	1, 19	19
Moermantherapie	23	25
Mondhygiënist	1	—

	Algemene verzekerings- voorwaarden (artikel)	Overzicht vergoedingen (punt)
Natuurgeneeswijzen	23	25
Niet-klinische specialistische behandeling	12	5
Oefentherapie	1, 19	19
Ongeval, tandheekkundige zorg	—	24
Opname in een ziekenhuis	10	1
Orgaantransplantaties	10	10
Orthodontie	1, 29	24
Orthomanipulatie	23	25
Orthomoleculaire geneeskunde	23	25
Osteopathie	23	25
Paramedische zorg	19	19
Patiëntenvereniging	—	36
Plastische chirurgie	13	13
Plaswemaker	22	27
Podologie	1, 23	25
Podo-orthesiologie	23	25
Podotherapie	19	19
Preventie en vroegdiagnostiek	32	6
Privékliniek	—	34
Proktologie	23	25
Pruiken	22	27
Psoriasis	—	23
Psychotherapie	—	26
Regeling van vergoedingen	35	—
Reizen	—	33
Revalidatie	1, 14	4
Schoonheidsspecialist	1	—
Second opinion	12	7
Second opinion, tandheekkunde	—	24
Slijmzuiger	22	27
SNWLK	—	9
Softbraces	22	27
Specialist	1	—
Sport Medische Instelling	—	21
Steunpessarium	22	27
Steun en podozolen	22	27
Stottertherapie	—	19

**Algemene
verzekerings-
voorwaarden (artikel)**

**Overzicht
vergoedingen
(punt)**

Tandarts	1	—
Tandheelkundige zorg	27, 28	24
Tandtechnicus	1	—
Telefoon	—	1
Televisie	—	1
Uitsluitingen	33	—
Vakantiereizen Rode Kruis en Zonnebloem	—	31
Verbandmiddelen	21	29
Verblijfkosten	—	38
Verloskundige	1	—
Verpleegartikelen	—	41
Vervangende mantelzorg	—	42
Weefseltypering	—	8
Wet BIG	1	—
Ziekenhuis	1	—
Ziekenhuisopname	10	1
Ziekenvervoer	17	17

De Buyterlaan 25
Postbus 75000
7500 KC Enschede