

1999 Op het polisblad is aangegeven welke van de hieronder vermelde rubrieken op de polis zijn verzekerd. In de Algemene voorwaarden Ziektekostenverzekering staat vermeld aan welke criteria uw aanspraak op vergoeding van gemaakte kosten dient te voldoen.

Overzicht van Vergoedingen Eigen Stijl '99 Ziektekostenverzekering Model 54

Met inachtneming van het omschrevene in de artikelen 1 t/m 3 van de Algemene voorwaarden Ziektekostenverzekering.

Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling	Zie verzekeringsvoorwaarden in artikel:
1	Ziekenhuisverpleging		
1.1	Opname in een ziekenhuis	100 %	2.1
1.2	Opname wegens transplantatie van donororganen, uitsluitend voor de navolgende transplantaties: beenmerg, bot, hoornvlies, huid, hart, hart-long, lever (orthotoop), long en nier	100 %	2.2.3
1.3	Opname van een donor	100 %	2.2.3
1.4	Klinische revalidatie	100 %	2.3
1.5	Dagverpleging	100 %	2.5
1.6	Nierdialysebehandeling	100 %	2.8.5
1.7	Second opinion (onder meer bij operatieve ingreep)	100 %	2.7
2	Ziekenhuisvervangende zorg		
2.1	Sanatoriumverpleging	100 %	2.1
2.2	Aanvullende thuiszorg Indien dagelijkse verpleegkundige zorg ten huize van de verzekerde medisch noodzakelijk is	100 % tot 10 uren per etmaal gedurende 100 dagen per jaar	2.4
3	Kosten wegens bevalling en kraamzorg		
3.1	Bij bevalling met medische noodzaak met verblijf in een ziekenhuis Indien de opname korter duurt dan 8 dagen wordt voor elke dag dat de opname korter duurt een contante uitkering verleend van	100 % f 300,- per dag	2.11
3.2	Bij bevalling zonder medische noodzaak met verblijf in een ziekenhuis of kraaminrichting: - honorarium verloskundige hulp - overige kosten	100 % f 2.400,-	
3.3	Bij poliklinische bevalling of bevalling thuis: - kosten polikliniek - honorarium verloskundige hulp	100 % 100 %	
3.4	Bij kraamzorg naar keuze van de verzekerde: - via de maatschappij geregelde kraamzorg - een contante uitkering van	100 %, of f 2.400,- f 500,- éénmalig voor het 2e en volgende kind(eren)	
4	Medisch noodzakelijk ziekenvervoer bij opname en ontslag		
4.1	Ambulancevervoer	100 %	2.10.1 &
4.2	Ziekenvervoer per helikopter	100 %	2.10.3
4.3	Ziekenvervoer per (rolstoel)taxi	100 %	
4.4	Ziekenvervoer per eigen auto	f 0,45 per kilometer	
5	Niet-klinische medisch-specialistische hulp		
5.1	Niet-klinische medisch-specialistische hulp	100 %	2.6
5.2	Revalidatie-deeltijdbehandeling	100 %	2.3
5.3	Medische behandeling van een donor tot 3 maanden na ontslag uit het ziekenhuis	100 %	2.8.1
5.4	Erfelijkheidsonderzoek	100 %	2.8.2
5.5	Fertiliteitsbevorderende behandelingen: - operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie - ten hoogste 3 in-vitro fertilisatiebehandelingen	100 % 100 % 100 %, eigen bijdrage van f 750,- per behandeling	2.8.3
5.6	Hulp door een audiologisch centrum	100 %	2.8.4
5.7	Orthodontische hulp in bijzondere gevallen door een orthodontist	100 %	2.16.3
5.8	Overige orthodontische behandelingen (gebitsregulatie) door een orthodontist of een tandarts	100 % f 5.000,- éénmalig per verzekerde	2.16.3
5.9	Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen	100 %	2.16.4
5.10	Second opinion	100 %	2.7
5.11	Behandeling in een privé-kliniek	100 %	2.9

Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling	
6	Medische hulp door de huisarts	100 %	2.12
7	Fysiotherapie, Oefentherapie Mensendieck/Cesar	100 % , 12 behandelingen	2.13
8	Medisch noodzakelijk ziekenvervoer bij niet-klinische medisch-specialistische hulp		
8.1	Ambulancevervoer	100 %	2.10.2 & 2.10.3
8.2	Ziekenvervoer per (rolstoel)taxi	100 %	
8.3	Ziekenvervoer per eigen auto	f 0,45 per kilometer	
9	Farmaceutische hulp op voorschrift van de huisarts (zie Bijzonderheden ³)	100 %	2.14
10	Farmaceutische hulp op voorschrift van de specialist (zie Bijzonderheden ³)	100 %	2.14
11	Hulpmiddelen		
11.1	Op basis van de Uniforme regeling Hulpmiddelen	100 %	2.15.1
11.2	Vergoeding van de eigen bijdrage op orthopedisch schoeisel: - bij een leeftijd onder de 16 jaar - bij een leeftijd van 16 jaar en ouder	f 112,- f 224,-	2.15.2
11.3	Orthopedische steunzolen	100 %, 1 paar per jaar	2.15.3
11.4	Contactlenzen / brillenglazen Vergoeding éénmaal per 3 jaar bij een sterkte van tenminste - of + 7D: - contactlenzen - brillenglazen	f 250,- per lens f 250,- per glas	2.15.3
12	Bijzondere voorzieningen		
12.1	<i>Contante uitkering</i> bij ziekenhuisopname van de deelnemer c.q. zijn/haar partner van meer dan 5 dagen, indien voor de periode van opname voor de deelnemer dan wel zijn/haar partner een volledige maatschappijpolis van kracht is	f 10,- per dag vanaf de 6e dag van de opname tot 100 dagen per jaar	2.19
12.2	<i>Preventieve geneeskunde</i> Onderzoek of behandeling door de huisarts of de specialist voor: - onderzoek van hart- en bloedvaten - baarmoederhals- en borstkankeronderzoek - andere door de huisarts of specialist te verrichten preventieve onderzoeken of behandelingen	100 %, 1 keer per 2 jaar 100 %, 2 keer per jaar 100 %	2.19
12.3	<i>Logopedie op voorschrift van een arts</i> - spraaklessen of liplezen - stottertherapie (o.a. de Doetinchemse methode) <i>Del Ferro stottertherapie</i> - bij wekelijkse therapie - of bij intensieve behandeling	100 % 100 % 100 %, 30 behandelingen éénmalig per verzekerde f 1.500,- éénmalig per verzekerde	2.19 & 3.2.9 2.19
12.4	<i>Patiëntenbelangenvereniging</i> Vergoeding van de kosten ter verkrijging van het lidmaatschap van een voor verzekerde als patiënt van nut zijnde specifieke patiëntenbelangenvereniging	f 50,- éénmalig per gezin	2.19
12.5	<i>Podotherapie</i> Vergoeding van de kosten van consult, onderzoek en podotherapeutische zolen	f 250,- per verzekerde per jaar	2.19
12.6	<i>Psychologische hulp</i> Voor de kosten van behandeling door een in Nederland gevestigde psycholoog die lid is van de sectie Eerstelijns van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en die tevens lid is van het Regionaal Overleg Eerstelijns Psychologen (ROEP)	ten hoogste 15 behandelingen, f 75,- per behandeling éénmalig per verzekerde van 18 jaar en ouder	2.19
12.7	<i>Vergoeding bij ziekenhuisopname in een lagere klasse</i> Indien een verzekerde met een 2e klasse verzekering in een ziekenhuis in de 3e klasse wordt verpleegd, zal per 3e klasse verpleegd dag een contante uitkering worden verleend van	f 50,- per dag	
13	Buitenlanddekking		
13.1	Bij verblijf in het buitenland zijn alle binnen Nederland verzekerde rubrieken, zoals op het polisblad vermeld, overeenkomstig van kracht	100 % gedurende 6 maanden voor acuut medisch noodzakelijke hulp	2.17
13.2	Hulp die (mede) het doel vormt van het verblijf in een lidstaat van de Europese Unie wordt vergoed conform de volgens het polisblad van kracht zijnde verzekerde rubrieken	tot ten hoogste 100 % van de in Nederland geldende tarieven	3.2.10
13.3	Door verzekerde(n) dient ten behoeve van de in het buitenland gemaakte en op deze verzekering gedekte medische kosten een beroep te worden gedaan op bemiddeling en bijstand door AXA Assistance te Amsterdam, tel. (020) 57 40 555.		2.17.3

13.4	Vergoeding van de kosten van vervoer vanuit het buitenland wordt verleend - mits vooraf contact is opgenomen met AXA Assistance en de hulpverlening in overleg met haar is uitgevoerd: - ingeval van ernstige ziekte of een ongeval voor het door AXA Assistance medisch noodzakelijk geachte ziekenvervoer vanuit het buitenland naar een ziekenhuis in Nederland - ingeval van overlijden voor vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden in het buitenland naar Nederland	100 % 100 %	
14	Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 20 jaar (zie Bijzonderheden 2)		
14.1	Vergoeding van de kosten voor de navolgende behandelingen:	op basis van 85 %	2.16.1
	<i>Consulten</i> Periodieke controle en overige consulten		Tariefcode C10, C20, C21, C25, C30, C40
	<i>Preventieve behandelingen (door een tandarts of mondhygiënist)</i> fluorideapplicaties, instructie mondhygiëne en controle mondhygiëne		M10, M20, M30, M39, M40
	<i>Conserverende behandelingen</i> 1-, 2- of 3-vlaksvullingen/restauraties, etsen, sealen en indirecte pulpa-overkapping wortelkanaalbehandelingen		V10 t/m V15, V20, V21, V30, V35, V60 E10, E15, E20, E25, E80
	<i>Anesthesie</i>		A10, A15
	<i>Röntgendiagnostiek</i> intra-orale foto's		X11, X12
	<i>Extracties</i>		H10, H15
14.2	<i>Regeling voor verzekerden met een geestelijke en/of lichamelijke handicap</i> Vergoeding van de kosten in rekening gebracht door een tandarts met betrekking tot de in rubriek 14.1 vermelde verzekerde verrichtingen	op basis van 85% van de goedgekeurde tarieven (code U10 of Stichting de BijTeR) per behandelingsuur	zoals
14.3	Vergoeding (inclusief de techniekkosten R00) van een kroon of een 3-vlaks inlay 3-vlaks inlay kroon	f 457,- per element* R10, R13 f 457,- per element* R20, R25 t/m R29	
	*De kosten van een 3-vlaks inlay en/of kroon worden vergoed voor zover de verrichting plaatsvindt in het blijvende gebit. Per jaar komt maximaal één 3-vlaks inlay of één kroon voor vergoeding in aanmerking.		
15	Tandheelkundige hulp door een tandarts (uitgebreide regeling), (zie Bijzonderheden 1) Onder deze rubriek vallen de verrichtingen als genoemd onder rubriek 14, alsmede de navolgende tandheelkundige verrichtingen:		2.16.2
15.1	Vergoeding van de kosten voor de navolgende behandelingen:	op basis van 85 %	
	<i>Tandsteen verwijderen (door een tandarts of mondhygiënist)</i>		Tariefcode M50, M55, M59
	<i>Conserverende behandelingen</i> opbouw van plastisch materiaal, mortaalamputatie amputatie, directe pulpa-overkapping vitaal amputatie, apexificatie extra zitting voor verwisselen/insluiten van medicament pulpabehandeling, elektronische lengtebepaling		R31, E30 E35, E40 E60, E65 E70 E75, E85
	<i>Röntgendiagnostiek</i> opbeetfoto's, transcraniale opname, status per kaak orthopantomogram, status x-opname		X20, X30 X40, X45
	<i>Chirurgische behandelingen</i> uitgebreid wondtoilet, gecompliceerde extracties apexresectie, primaire antrumsluiting reponeren en reïmplanteren van frontelementen		H25, H30, H35 H42, H43, H44 H50, H55
15.2	Vergoeding van de kosten voor de navolgende behandelingen:	op basis van 85 % tot f 1.000,- éénmalig per verzekerde	
	<i>Parodontologische behandelingen</i> onderzoek en diagnostiek, initiële behandeling herbeoordeling na initiële behandeling parodontale nazorg evaluatieonderzoek		T11, T12, T21, T22 T31, T32, T33 T51 t/m T56 T60, T61
15.3	Vergoeding van de kosten voor de navolgende behandelingen:	op basis van 85 % tot f 1.000,- éénmalig per verzekerde	
	<i>Parodontale chirurgie</i> (na voorafgaande toestemming door de maatschappij)		T70 t/m T76 T80 t/m T83
15.4	Vergoeding voor de navolgende behandelingen tot ten hoogste de aangegeven maximumbedragen en -aantallen:		

		Tariefcode	
(De maximale vergoedingen van de hierna genoemde verrichtingen zijn inclusief de bij deze verrichtingen behorende techniekkosten P00 of R00.)			
Prothetische voorzieningen			
- volledige plaatprothese (per onder- of bovenprothese)	f 500,-	P14, P21, P25 P30, P36	
- gedeeltelijke plaatprothese:			
1 t/m 4 elementen	f 250,-	P10, P16	
5 t/m 13 elementen	f 400,-	P15, P16	
- frameprothese:			
1 t/m 4 elementen	f 550,-	P34	
5 t/m 13 elementen	f 750,-	P35	
- reparatie bestaande plaat- of frameprothese	f 60,- per reparatie	P07, P08 P57, P58	
- uitbreiding bestaande plaat- of frameprothese	f 60,- per element	P78, P79	
- rebasen	f 100,- per onder- of bovenprothese	P01 t/m P04, P51 t/m P54	
Kronen, brugwerk e.d.			
- gegoten opbouw	f 148,- per element	R32, R33	
- indirecte labiale veneering	f 148,- per element	R78, R79	
- 1-vlaks inlay	f 147,- per element	R08, R11	
- etsbrug	f 268,- per element	R60, R61	
- 2-vlaks inlay	f 294,- per element	R09, R12	
- 3-vlaks inlay	f 457,- per element*	R10, R13	
- kronen	f 457,- per element*	R20, R25 t/m R29	
- bruggdelen	f 457,- per element*	R40, R45	
*De gezamenlijke kosten voor 3-vlaks inlays, kronen en bruggdelen komen tot ten hoogste 6 elementen per periode van 12 maanden voor vergoeding in aanmerking.			
15.5	Orthodontische behandeling door een orthodontist of tandarts Vergoeding van de kosten boven het in rubriek 5.8 genoemde maximum	op basis van 90 %	
15.6	Extra vergoeding bij een ongeval Indien er sprake is van een ongeval, worden de in rubriek 15.4 genoemde gemaximeerde bedragen als volgt verhoogd:		
	- per beschadigd natuurlijk element met	f 300,-	
	- bij beschadiging van één of meer bestaande prothetische voorzieningen met	f 1.000,-	
16	Alternatieve geneeswijzen		
16.1	Vergoeding per consult of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent	f 60,-	2.18.1
16.2	Vergoeding per consult of behandeling uitsluitend door een van de hierbij genoemde therapeuten: acupuncturist, chiropractor, haptotherapeut, klassiek homeopaat, manueel therapeut (niet zijnde een fysiotherapeut), natuurgeneeskundig therapeut	f 50,-	2.18.2
	De in 16.1 en 16.2 vermelde vergoeding wordt verleend tot	20 consulten of behandelingen per verzekerde per jaar	
16.3	Vergoeding van de medicijnen op voorschrift van de in 16.1 bedoelde artsen	100 %	2.18.3
17	Rechtsbijstand bij schade door medische onregelmatigheden (zie Bijzonderheden 1)		
17.1	Aanspraak op rechtsbijstand binnen Europa bij het verhaal van door een verzekerde geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon, indien die schade het gevolg is van een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening binnen Europa waarvan de kosten door de maatschappij worden vergoed.		2.22
17.2	Bij noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt een maximum van f 10.000,- per schadegeval.		
Bijzonderheden			
1) Het overeengekomen eigen risico aan de voet is niet van toepassing op de rubrieken 15 en 17, indien meeverzekerd.			
2) Het overeengekomen eigen risico aan de voet zal niet in mindering worden gebracht op vergoedingen krachtens rubriek 14, indien voor dezelfde verzekerde rubriek 15 eveneens is meeverzekerd.			
3) Van het overeengekomen eigen risico aan de voet zal ten hoogste f 100,- per polis per kalenderjaar worden ingehouden op de vergoedingen krachtens rubriek 9 en/of 10. Indien de apotheek ons op elektronische wijze factureert via Clearing House Apothekers BV (CHA), zal in het geheel géén eigen risico in mindering worden gebracht op deze vergoedingen.			
De berekening van de voor de uitkering vatbare bedragen geschiedt met inachtneming van de eventueel per verzekerde rubriek geldende eigen-risicoregeling c.q. de aldaar genoemde gemaximeerde bedragen. Op de aldus vastgestelde uitkeringen wordt het op het polisblad vermelde eigen risico aan de voet in mindering gebracht.			
Dit Overzicht vormt een onverbrekelijk geheel met de bijhorende stukken, zoals het polisblad, de Algemene voorwaarden Ziektekostenverzekering en het premietarief en dient steeds in samenhang daarmee te worden gezien.			