



2002 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 Ziektekostenverzekering Model 15

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

Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling Basis Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling Eigen Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling First Class 02	Zie verzekeringsvoorwaarden in artikel:
1	Ziekenhuisverpleging				
1.1	Opname in een ziekenhuis	100%	100%	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, nier en nierpancreas	100%	100%	100%	2.2.3
1.3	Opname van een donor	100%	100%	100%	2.2.3
1.4	Klinische revalidatie	100%	100%	100%	2.3
1.5	Dagverpleging	100%	100%	100%	2.5
1.6	Nierdialysebehandeling	100%	100%	100%	2.8.5
1.7	Second opinion (onder meer bij operatieve ingreep)	100%	100%	100%	2.7
1.8	Zorgmanagement (waaronder wachtlijstbemiddeling)	100%	100%	100%	2.19
2	Ziekenhuisvervangende zorg				
2.1	Sanatoriumverpleging	100%	100%	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	100% tot 10 uren per etmaal gedurende 100 dagen per jaar	100%	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 het hiernaast genoemde aantal dagen: - wordt voor elke dag dat de opname korter duurt een contante uitkering verleend van - wordt in aansluiting op de opname de via de maatschappij geregelde kraamzorg vergoed zonder aftrek van uren	100% € 150,- per dag, max. 8 dagen, of 100%	100% € 150,- per dag, max. 8 dagen, of 100%	100% € 175,- per dag, max. 10 dagen, of 100%	2.11
3.2	Bij bevalling zonder medische noodzaak met verblijf in een ziekenhuis of kraaminrichting: - honorarium verloskundige zorg - overige kosten	100% € 1.200,-	100% € 1.200,-	100% € 1.750,-	
3.3	Bij poliklinische bevalling of bevalling thuis: - kosten polikliniek - honorarium verloskundige zorg Bij kraamzorg naar keuze van de verzekerde: - via de maatschappij geregelde kraamzorg - een contante uitkering van	100% 100%	100% 100%	100% 100%	
3.4	Bevalling van een meerling	100%, of € 1.200,- niet van toepassing	100%, of € 1.200,- € 250,- éénmalig voor het 2e en volgende kind(eren)	100%, of € 1.750,- € 400,- éénmalig voor het 2e en volgende kind(eren)	

Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling Basis Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling Eigen Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling First Class 02	Zie verzekerings- voorwaarden in artikel:
4	Ziekenvervoer bij opname en ontslag				
4.1	Ambulancevervoer	100%	100%	100%	2.10.1 & 2.10.3
4.2	Ziekenvervoer per heliopter	niet van toepassing	100%	100%	
4.3	Ziekenvervoer per (rolstoel)taxi	niet van toepassing	100%	100%	
4.4	Ziekenvervoer per eigen auto	niet van toepassing	€ 0,25 per km	€ 0,30 per km	
5	Niet-klinische medisch-specialistische zorg				
5.1	Niet-klinische medisch-specialistische zorg	100%	100%	100%	2.6
5.2	Revalidatie deeltijdbehandeling	100%	100%	100%	2.3
5.3	Medische behandeling van een donor tot 3 maanden na ontslag uit het ziekenhuis	100%	100%	100%	2.8.1
5.4	Erfelijkheidsonderzoek	100%	100%	100%	2.8.2
5.5	Fertiliteitsbevorderende behandelingen: - operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie - in-vitro fertilisatiebehandelingen	100%	100%	100%	2.8.3
		100%, ten hoogste 3 behandelingen met een eigen bijdrage van € 375,- per behandeling	100%, ten hoogste 3 behandelingen met een eigen bijdrage van € 375,- per behandeling	100%	2.8.3
5.6	Zorg door een audiologisch centrum	100%	100%	100%	2.8.4
5.7	Orthodontische zorg in bijzondere gevallen door een orthodontist	100%	100%	100%	2.16.3
5.8	Overige orthodontische behandelingen (gebitsregulatie) door een orthodontist of een tandarts	€ 1.500,- éénmalig per verzekerde	€ 2.500,- éénmalig per verzekerde	100%	2.16.3
5.9	Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	100%	100%	100%	2.16.4
5.10	Second opinion	100%	100%	100%	2.7
5.11	Behandeling in een zelfstandig behandelcentrum	niet van toepassing	100%	100%	2.9
5.12	Zorgmanagement (waaronder wachtlijstbemiddeling)	100%	100%	100%	2.19
6	Medische zorg door de huisarts	niet van toepassing	100%	100%	2.12
7	Fysiotherapie (zie Bijzonderheden⁵)				
7.1	Fysiotherapie	100%, 9 behandelingen per indicatie per jaar	100%, 12 behandelingen; voortzetting na toestemming van de maatschappij	100%	2.13.1
7.2	Oefentherapie Mensendieck/Cesar	100%, 9 behandelingen per indicatie per jaar	100%, 12 behandelingen; voortzetting na toestemming van de maatschappij	100%	2.13.1
7.3	Ergotherapie	10 uren, max. € 400,- per verzekerde per jaar	10 uren, max. € 400,- per verzekerde per jaar	100%	2.13.2
8	Ziekenvervoer bij niet klinische medisch-specialistische zorg				
8.1	Ambulancevervoer	100%	100%	100%	2.10.2 & 2.10.3
8.2	Ziekenvervoer per (rolstoel)taxi	niet van toepassing	100%	100%	
8.3	Ziekenvervoer per eigen auto	niet van toepassing	€ 0,25 per km	€ 0,30 per km	
9	Farmaceutische zorg op voorschrift van de huisarts (zie Bijzonderheden³)				
9.1	Vergoeding van de Uniforme Regeling Farmaceutische zorg en Dieetpreparaten, waarvan tevens het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) deel uitmaakt	op basis van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem	op basis van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem	op basis van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem	2.14
9.2	Vergoeding van de bedragen (de bovenlimietprijs) van de geneesmiddelen die uitgaan boven de krachtens het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem gehanteerde limiet	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	2.14

Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling Basis Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling Eigen Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling First Class 02	Zie verzekerings- voorwaarden in artikel:
10	Farmaceutische zorg op voorschrift van de specialist (zie Bijzonderheden ³)				
10.1	Vergoeding van de Uniforme Regeling Farmaceutische zorg en Dieetpreparaten, waarvan tevens het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) deel uitmaakt	op basis van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem	op basis van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem	op basis van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem	2.14
10.2	Vergoeding van de bedragen (de bovenlimietprijs) van de geneesmiddelen die uitgaan boven de krachtens het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem gehanteerde limiet	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	2.14
11	Hulpmiddelen				
11.1	Op basis van de Uniforme regeling Hulpmiddelen	niet van toepassing	100%	100%	2.15.1
11.2	Vergoeding van de eigen bijdrage op orthopedisch schoeisel:	niet van toepassing	100%	100%	2.15.2
11.3	Vergoeding van de overige eigen bijdragen als genoemd in de Uniforme regeling Hulpmiddelen	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
11.4	Orthopedische steunzolen	niet van toepassing	100%, 1 paar per jaar	100%	2.15.3
11.5	Contactlenzen / brillenglazen Vergoeding éénmaal per 3 jaar voor de kosten van: - contactlenzen - brillenglazen	niet van toepassing niet van toepassing	bij een sterkte van tenminste - of + 7 D € 125,- per lens € 125,- per glas	bij een sterkte van tenminste - of + 4 D € 125,- per lens € 125,- per glas	
11.6	Overige hulpmiddelen Vergoeding na voorafgaande toestemming	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	2.15.3
12	Bijzondere voorzieningen				
12.1	<i>Alarmeringssysteem</i> Vergoeding van de abonnementskosten van een noodzakelijke alarmcentrale voor het gebruik van een alarmeringssysteem als aanvulling op de toekenning in het kader van de Uniforme regeling Hulpmiddelen	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
12.2	<i>Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood</i> Kosten verbonden aan de huur van de apparatuur	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
12.3	<i>Contante uitkering</i> Contante uitkering bij een volledig voor rekening van de maatschappij komende ziekenhuisopname van de deelnemer of de verzekeringnemer c.q. zijn/haar partner, indien voor de periode van opname voor de deelnemer of de verzekeringnemer dan wel zijn/haar partner een volledige maatschappijpolis van kracht is	niet van toepassing	€ 5,- per dag vanaf de 6e dag van de opname tot 100 dagen per jaar	€ 13,- per dag vanaf de 1e dag van de opname	
12.4	<i>Cosmetische behandeling door een huidtherapeut(e)</i> - acnébehandeling - camouflagetherapie; voor de kosten van therapielessen en de kosten van de in gelaat of hals gebruikte camouflagemiddelen - elektrische epilatie bij vrouwelijke verzekerden bij ernstig ontsierende haargroei in gelaat of hals	niet van toepassing niet van toepassing	niet van toepassing niet van toepassing	100% 100%	
12.5	<i>Dieetadvisering</i> Kosten in rekening gebracht door een diëtist(e) op voorschrift van de huisarts	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
12.6	<i>Eerstelijnspsychologische zorg</i> Voor de kosten van behandeling door een in Nederland gevestigde eerstelijnspsycholoog die als gezondheidszorg psycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en die tevens lid is van de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE) en die behandelt volgens het protocol van de beroepsvereniging	niet van toepassing	€ 38,- per behandeling, ten hoogste 15 behandelingen éénmalig per verzekerde van 18 jaar en ouder	100%	

Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling Basis Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling Eigen Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling First Class 02	Zie verzekerings- voorwaarden in artikel:
12.7	Gehoorapparaat Extra vergoeding van eventuele meer- kosten als aanvulling op de vergoeding krachtens de Uniforme regeling Hulpmiddelen	niet van toepassing	niet van toepassing	conform de regeling als genoemd in rubriek 11.3	
12.8	Gezinszorg Vergoeding van de in rekening gebrachte kosten bij ziekenhuisopname van een der op het polisblad vermelde verzekerden	niet van toepassing	niet van toepassing	€ 500,- gedurende 6 weken per jaar	
12.9	Herstellingsoord/Rusthuis Kosten in rekening gebracht voor de opname	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
12.10	Kuurbehandeling bij Multi Care te Hilversum - kosten van behandeling, inclusief geneesmiddelen - kosten in verband met het thuisplaatsen van een lichtcabine via Multi Care te Hilversum	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
12.11	Kuurreizen Voor verzekerden met aandoeningen aan het bewegingsapparaat (bijv. reuma, Bechterew) worden de behandlungs-, reis- en begeleidingskosten voor een kuur- behandeling vergoed, mits deze door de maatschappij is geregeld en de behandeling plaatsvindt op een door de maatschappij te bepalen bestemming	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
12.12	Logopedie op voorschrift van een arts - spraaklessen of liplezen - stottertherapie Del Ferro stottertherapie - bij wekelijkse therapie - of bij intensieve behandeling, inclusief pensionkosten	niet van toepassing niet van toepassing	100% 100%	100% 100%	
12.13	Lymfedrainage- en oedeemtherapie Kosten van deze behandelingen, uitgevoerd door een huidtherapeut(e)	niet van toepassing	100%	100%	
12.14	Patiëntenbelangenvereniging Vergoeding van de kosten ter verkrijging van het lidmaatschap van een patiëntenbelangenvereniging	niet van toepassing	€ 25,- éénmalig per gezin	€ 50,- éénmalig per gezin	
12.15	Plaswekker Kosten van de aanschaf inclusief toebehoren	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
12.16	Podotherapie Kosten van consult, onderzoek en podothérapeutische zolen	niet van toepassing	€ 125,- per verzekerde per jaar	100%	
12.17	Preventieve geneeskunde - baarmoederhals- en borstkankeronderzoek - check up voor verzekerden van 45 jaar of ouder - griepvaccinaties - onderzoek van hart- en bloedvaten - overige door de huisarts of specialist te verrichten preventieve onderzoeken - vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in het buitenland	niet van toepassing niet van toepassing niet van toepassing niet van toepassing niet van toepassing niet van toepassing	100%, 2 keer per jaar niet van toepassing niet van toepassing 100%, éénmaal per 2 jaar 100%	100% 100% 100%, éénmaal per 3 jaar 100% 100%	
12.18	Psoriasis dagbehandeling Kosten van behandeling in een psoriasis dagbehandelingscentrum	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
12.19	Sondevoeding Vergoeding van de meerkosten voor sondevoeding die via een sonde wordt toegediend in de thuissituatie	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
12.20	Sportblessure consult Vergoeding van 1 consult per sportblessure per jaar, indien de adviseur aangesloten is bij een Sport Medisch Adviescentrum	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
12.21	Therapeutisch kamp voor kinderen tot 16 jaar Verblijfskosten in een therapeutisch kamp voor astmatische en/of gehandicapte kinderen	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	

Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling Basis Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling Eigen Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling First Class 02	Zie verzekerings- voorwaarden in artikel:
12.22	<i>Verblijf in een van de Ronald McDonald huizen of in een aan een ziekenhuis gerelateerd familiehuis</i> Vergoeding van de bijdrage in de verblijfskosten van de ouders	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
12.23	<i>Vergoeding bij ziekenhuisopname in een lagere klasse</i> Indien een verzekerde met een hogere klasseverzekering dan de 3e klasse in een ziekenhuis in deze klasse wordt verpleegd, zal per 3e klasse verpleegdag een contante uitkering worden verleend	niet van toepassing	€ 25,- per dag	€ 100,- 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 2 maanden	100% gedurende 6 maanden	100% gedurende een periode korter dan 12 maanden	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	tot ten hoogste 100% van de in Nederland geldende tarieven	tot ten hoogste 100% van de in Nederland geldende tarieven	3.2.9
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, telefoon (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: - <i>ingeval van ernstige ziekte of een ongeval</i> voor het door AXA Assistance medisch noodzakelijk geachte ziekenvervoer vanuit het buitenland naar een ziekenhuis in Nederland - <i>ingeval van overlijden</i> voor vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden in het buitenland naar Nederland of de kosten van de begrafenissen ter plaatse	niet van toepassing	100%	100%	
		niet van toepassing	100%	100%	
		niet van toepassing	niet van toepassing	€ 3.750,-	
13.5	Indien er sprake is van een collectieve verzekering wordt een vergoeding verleend van de reiskosten bij repatriëring van de naar het buitenland uitgezonden deelnemer of het meeverzekerd gezinslid die samen voor een langere periode dan vermeld in rubriek 13.1 in het buitenland verblijven	niet van toepassing	€ 5.000,- per gezin per kalenderjaar	€ 5.000,- per gezin per kalenderjaar	2.17.6
13.6	Vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp in spoedeisende gevallen	niet van toepassing	niet van toepassing	€ 1.250,-	

Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling Basis Stijl 02, Eigen Stijl 02 en First Class 02	Zie verzekerings- voorwaarden in artikel:
14	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 20 jaar (zie Bijzonderheden ²)		
14.1	Vergoeding van de kosten voor de navolgende behandelingen: <i>Consulten</i> Periodieke controle en overige consulten <i>Preventieve behandelingen (door een tandarts of mondhygiënist)</i> fluorideapplicaties, instructie mondhygiëne en controle mondhygiëne <i>Conserverende behandelingen</i> zoals 1-, 2- of 3-vlaksvullingen/ restauraties, etsen, sealen en indirecte pulpa-overkapping wortelkanaalbehandelingen <i>Anesthesie</i> <i>Röntgendiagnostiek</i> intra-orale foto's <i>Extracties</i>	op basis van 85% Tariefcode C10, C20, C21, C25, C30, C40 M10, M20, M30, M39, M40 V10 t/m V15, V20, V21, V30, V35, V60 E10, E15, E20, E25, E80 A10, A15 X10, X24 H10, H15, H21	2.16.1
14.2	<i>Regeling voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke 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	
14.3	Vergoeding (inclusief de techniekkosten R00) van een kroon of een 3-vlaks inlay	€ 229,- per element* R10, R13 € 229,- 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 zorg door een tandarts (uitgebreide regeling), (zie Bijzonderheden ¹) Onder deze rubriek vallen de verrichtingen als genoemd onder rubriek 14, alsmede de navolgende tandheelkundige verrichtingen:		
15.1	Vergoeding van de kosten voor de navolgende behandelingen: <i>Tandsteen verwijderen (door een tandarts of mondhygiënist)</i> <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 <i>Röntgendiagnostiek</i> röntgenschedelprofielfoto, orthopantomogram <i>Chirurgische behandelingen</i> uitgebreid wondtoilet, gecompliceerde extracties apexresectie, primaire antrumsluiting reponeren en reimplanteren van frontelementen	op basis van 85% Tariefcode M50, M55, M59 R31, E30 E35, E40 E60, E65 E70 E75, E85 X21, X22, X23, X25 H25, H30, H35 H42, H43, H44 H50, H55	2.16.2
15.2	Vergoeding van de kosten voor de navolgende behandelingen: <i>Parodontologische behandelingen</i> onderzoek en diagnostiek, initiële behandeling herbeoordeling na initiële behandeling parodontale nazorg evaluatieonderzoek	op basis van 85% tot € 500,- éénmalig per verzekerde	
15.3	Vergoeding van de kosten voor de navolgendebehandelingen: <i>Parodontale chirurgie</i> (na voorafgaande toestemming door de maatschappij)	op basis van 85% tot € 500,- éénmalig per verzekerde T11, T12, T21, T22 T31, T32, T33 T51 t/m T56 T60, T61 T70 t/m T76, T80 t/m T83	

Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling Basis Stijl 02, Eigen Stijl 02 en First Class 02							
15.4	Vergoeding voor de navolgende behandelingen tot ten hoogste de aangegeven maximumbedragen en -aantallen: (De maximale vergoedingen van de hierna genoemde verrichtingen zijn inclusief de bij deze verrichting behorende techniekkosten P00 of R00.) <i>Prothetische voorzieningen</i> - volledige plaatprothese (per onder- of bovenprothese) - gedeeltelijke plaatprothese: 1 t/m 4 elementen 5 t/m 13 elementen - frameprothese: 1 t/m 4 elementen 5 t/m 13 elementen - reparatie bestaande plaat- of frameprothese - uitbreiding bestaande plaat- of frameprothese - rebasen <i>Kronen, brugwerk e.d.</i> - gegoten opbouw - indirecte labiale veneering - 1-vlaks inlay - etsbrug - 2-vlaks inlay - 3-vlaks inlay - kronen - brugdelen		Tariefcode P14, P21, P25 P30, P36 P10, P16 P15, P16 P34 P35 P07, P08 P57, P58 P78, P79 P01 t/m P04, P51 t/m P54 R32, R33 R78, R79 R08, R11 R60, R61 R09, R12 R10, R13 R20, R25 t/m R29 R40, R45						
		€ 250,-	€ 125,- € 200,-	€ 275,- € 375,-	€ 30,- per reparatie	€ 30,- per element	€ 50,- per onder- of bovenprothese	€ 74,- per element € 74,- per element € 74,- per element € 134,- per element € 147,- per element € 229,- per element* € 229,- per element* € 229,- per element*	* De gezamenlijke kosten voor 3-vlaks inlays, kronen en brugdelen komen tot ten hoogste 6 elementen per jaar voor vergoeding in aanmerking.
15.5	<i>Orthodontische behandeling door een orthodontist of tandarts</i> Vergoeding van de kosten boven het in rubriek 5.8 genoemde maximum				op basis van 90%				
15.6	<i>Extra vergoeding bij een ongeval</i> Indien er sprake is van een ongeval, worden de in rubriek 15.4 genoemde gemaximeerde bedragen als volgt verhoogd: - per beschadigd natuurlijk element met - bij beschadiging van één of meer bestaande prothetische voorzieningen met		€ 150,- € 500,-						
Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling Basis Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling Eigen Stijl 02	Maximum vergoedingsregeling First Class 02					

16	Alternatieve Geneeswijzen				
16.1	Vergoeding per consult of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent	niet van toepassing	€ 30,-	100%	2.18.1
16.2.1	Vergoeding per consult of behandeling uitsluitend door een van de hierbij genoemde therapeuten die alternatieve geneeswijzen beoefent: acupuncturist, chiropractor, haptotherapeut, klassiek homeopaat, manueel therapeut (niet zijnde een fysiotherapeut), natuurgeneeskundig therapeut	niet van toepassing	€ 25,- De in 16.1 en 16.2.1 vermelde vergoeding wordt verleend tot 20 consulten of behandelingen per verzekerde per jaar	100%	2.18.2
16.2.2	Vergoeding per consult of behandeling door overige therapeuten die alternatieve geneeswijzen beoefenen	niet van toepassing	niet van toepassing	100%	
16.3	Vergoeding van de medicijnen op voorschrift van de in 16.1 bedoelde artsen	niet van toepassing	100%	100%	2.18.3

17 17.1	<p>Rechtsbijstand bij schade door medische onregelmatigheden (zie Bijzonderheden 1⁴) Aanspraak op rechtsbijstand binnen Europa bij het verhaal van door een verzekerde geleden schade op de daartoe 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.</p>	2.21 c.q. 2.22
17.2	<p>Bij noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt een maximum van € 5.000,- per schadegeval.</p>	
<p>Bijzonderheden</p>		
<p>1) Het overeengekomen eigen risico aan de voet is niet van toepassing op de rubrieken 15 en 17, indien meeverzekerd.</p>		
<p>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.</p>		
<p>3) Van het overeengekomen eigen risico aan de voet zal ten hoogste € 45,- 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.</p>		
<p>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.</p>		
<p>Op de aldus vastgestelde uitkeringen wordt het op het polisblad vermelde eigen risico aan de voet in mindering gebracht.</p>		
<p>4) Indien bij deze verzekering de Algemene voorwaarden Ziektekostenverzekering model 101 van toepassing zijn, wordt verwezen naar het gestelde in artikel 2.22.</p>		
<p>Indien bij deze verzekering de Algemene voorwaarden Ziektekostenverzekering model 102 van toepassing zijn, wordt verwezen naar het gestelde in artikel 2.21.</p>		
<p>5) Indien de verzekering is gesloten op condities van Basis Stijl 02 geldt in afwijking van het gestelde in artikel 2.13 van de Algemene voorwaarden ziektekostenverzekering, model 101 en 102 de navolgende bepaling:</p>		
<p>Fysiotherapie, oefentherapie</p>		
<p>Vergoed worden kosten van fysiotherapie, manuele therapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar, uitgevoerd door een fysiotherapeut, of een manueel therapeut, of een oefentherapeut Mensendieck/Cesar als vermeld in de begripsomschrijvingen in artikel 1 van de verzekeringsvoorwaarden op voorschrift van de huisarts of de specialist.</p>		
<p>Vergoeding zal worden verleend conform de C.T.G.-tarieven voor fysiotherapeuten of oefentherapeuten Mensendieck/Cesar, voor de kosten van maximaal 9 behandelingen per indicatie per jaar.</p>		
<p>Indien daartoe geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of de specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen oefentherapie Mensendieck of oefentherapie Cesar. Hiervoor is vooraf toestemming van de maatschappij noodzakelijk.</p>		
<p>Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, uitgevoerd door een kinderfysiotherapeut als vermeld in de begripsomschrijvingen in artikel 1 van de verzekeringsvoorwaarden op voorschrift van de huisarts of de specialist, verleend aan kinderen tot 18 jaar.</p>		
<p>Indien hiertoe geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of de specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie. Hiervoor is eveneens vooraf toestemming van de maatschappij noodzakelijk.</p>		
<p>Indien de verzekerde een indicatie heeft voor fysiotherapie dan wel oefentherapie Mensendieck/Cesar in verband met een chronische aandoening – volgens de Uniforme lijst van aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar – dan bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per jaar. Hiervoor is vooraf toestemming van de maatschappij noodzakelijk. Deze lijst maakt onderdeel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. (Zie ook artikel 3.2 sub 5 van de verzekeringsvoorwaarden).</p>		
<p><i>Dit Overzicht vormt een onverbreeklijk geheel met de bijhorende stukken, zoals het polisblad, de Algemene voorwaarden Ziektekostenverzekering en het premietarief en dient steeds in samenhang daarmee te worden gezien.</i></p>		