

Lijst van Verstrekkingen Geové Alertpolis en Aanvullende Verzekeringen AV, AV Medium, AV Plus, Klasseverzekering en T1/T2

Ingaande 1 januari 2004

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, hebben de hierna volgende voorwaarden betrekking op de hoofdverzekering en de afzonderlijk af te sluiten aanvullende verzekeringen. De verzekeringen zijn van kracht voorzover vermeld op het polisblad.

ALGEMEEN (pagina 2)

Basisdekking ALERTPOLIS (pagina 2)

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

- Ziekenhuisopname
- Poliklinische zorg
- Revalidatie
- Zelfstandig behandelcentrum
- Ziekenvervoer per ambulance
- Ziekenvervoer

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Huisarts
- Second opinion
- Fysiotherapie/ oefentherapie/ manuele therapie
- Audiologisch centrum
- Logopedie/foniatrie
- Aanvullende thuisverpleging
- Ergotherapie

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Farmaceutische zorg
- Dieetpreparaten
- Verbandmiddelen
- Hulpmiddelen
- Chronisch intermitterende beademing

4. ZWANGERSCHAP

- Bevalling
- Bevalling en kraamzorg
- Fertiliteitsbevorderende behandeling
- Sterilisatie

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Leukemie bij kinderen
- Nierdialyse
- Orgaantransplantaties
- Erfelijkheidsonderzoek
- Sportarts en Sport Medisch Adviescentrum(SMA)
- Trombosedienst

7. BUITENLANDDEKKING

- Spoedeisende medische hulp
- Internationale persoonlijke hulpverlening
- Medische hulp in een andere EU/EER-lidstaat

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar
- Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
- Tandheelkundige implantaten
- Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar
- Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

10. OVERIGEN

- De Zorgmakelaar
 - Juridische hulp bij ongevallen
-

Aanvullende Verzekering AV (pagina 11)

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Fysiotherapie/oefentherapie
- Hydrotherapie
- Reumakuureis
- Vakantiekamp

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Enuresis (plas)wekker

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

- Alternatieve behandelwijzen
- Homeopathische en antroposofische middelen

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Cosmetische behandelingen
- Lymfedrainage
- Psoriasis
- Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- Stottertherapie

7. BUITENLANDDEKKING

- Spoedeisende medische hulp
- Repatriëring van verzekerden
- Repatriëring na overlijden

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp
 - Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar
-

Aanvullende Verzekering AV MEDIUM (pagina 16)

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Fysiotherapie/oefentherapie
- Hydrotherapie
- Reumakuureis
- Vakantiekamp

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Brillenglazen en contactlenzen
- Enuresis (plas)wekker

4. ZWANGERSCHAP

- Kraampakket

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

- Alternatieve behandelwijzen
- Homeopathische en antroposofische middelen

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Cosmetische behandelingen
- Lymfedrainage
- Psoriasis
- Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- Stottertherapie

7. BUITENLANDEDEKKING

- Spoedeisende medische hulp
- Repatriëring van verzekerden
- Repatriëring na overlijden

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp
- Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Aanvullende Verzekering AV PLUS (pagina 20)

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

- Reiskosten ziekenhuisbezoek
- Vervoer Pisa
- Overnachtingskosten logeershuis

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Fysiotherapie/oefentherapie
 - Hydrotherapie
 - Podologie
 - Podothérapie
 - Overgangsconsulent
 - Kinderopvang
 - Herstellingsoord
 - Reumakuurreis
 - Therapeutisch kamp
 - Vakantiekamp
 - Psychologische hulpverlening
- #### 3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN
- Orthopedisch schoeisel
 - Elastische kousen
 - Bijzondere voedingsmiddelen

- Brillenglazen en contactlenzen
- Enuresis (plas)wekker
- Orthopedische steunzolen

4. ZWANGERSCHAP

- Kraamzorg na couveuseopname
- Kraamzorg bij adoptie
- Kraampakket
- Gebruik verloskamer
- Communicatiemiddel

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

- Alternatieve behandelwijzen
- Homeopathische en antroposofische middelen

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Cosmetische behandelingen
- Lymfedrainage
- Psoriasis
- Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- Stottertherapie

7. BUITENLANDEDEKKING

- Spoedeisende medische hulp
- Repatriëring van verzekerden
- Repatriëring na overlijden

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp
- Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

KLASSEVERZEKERING (pagina 28)

- Klasseverzekering

T1 (pagina 29)

- T1

T2 (pagina 32)

- T2
- Parodontologieprotocol

ALGEMEEN

Machtiging: Voor de artikelen gemerkt met een * geldt dat uitsluitend recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door verzekeraar. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist. Verzekeraar kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

BASISDEKKING ALERTPOLIS

Binnen de grenzen van de Algemene Voorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01.a* Ziekenhuisopname

Vergoed worden:

- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;
- de kosten van opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis;
- de bijkomende kosten.

Indien een meeverzekerd kind vanwege de verpleging van de moeder in het ziekenhuis moet verblijven, worden de verpleegkosten van het kind vergoed zolang het kind de leeftijd van drie maanden niet heeft bereikt.

1.02.a Poliklinische zorg

- het honorarium van een specialist voor een (poliklinische) behandeling;
- de bijkomende kosten;
- de kosten van op advies van de huisarts verricht laboratoriumonderzoek in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
- tandheelkundig chirurgische hulp van specialistische aard uitgevoerd door een tandarts komt, na machtiging, voor vergoeding in aanmerking. De kosten van tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, worden niet vergoed.

1.03.a* Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- deze zorg voor verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat

en

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

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan: dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

1.05.a* Zelfstandig behandelcentrum

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, de kosten van behandeling in een vergunninghoudende privé-kliniek op basis van rechtsgeldige CTG-tarieven. De kosten van privé-klinieken komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

1.10.a* Ziekenvervoer per ambulance

De kosten van ziekenvervoer per ambulance mits op medisch advies. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen.

1.13.c Ziekenvervoer

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer binnen Nederland per taxi of auto komen conform de voor ziekenfondsverzekerden van toepassing zijnde regelgeving voor vergoeding in aanmerking, waarbij tevens aan de volgende aanvullende voorwaarden dient te zijn voldaan. Deze vergoeding geldt voor vervoer voor zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede naar en van de plaats waar de behandelend specialist praktijk uitoefent respectievelijk vervoer naar een inrichting waarin verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding van vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische

redenen niet mogelijk is, dit ter beoordeling van verzekeraar. Ter beoordeling van de medische redenen dient verzekerde het 'aanvraagformulier ziekenvervoer' in te vullen. Het aanvraagformulier ziekenvervoer kan worden aangevraagd bij verzekeraar. De kosten van taxivervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden. Kosten van openbaar vervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Er geldt een eigen bijdrage van € 68,- per polis per kalenderjaar. De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,20 per kilometer. Geen uitkering wordt gedaan voor vervoer in verband met fysiotherapie.

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.01.a Huisarts

Het honorarium van de huisarts, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

2.02.a Second opinion

De kosten, waaronder wordt verstaan het honorarium en de bijkomende kosten, van een second opinion door een andere specialist dan de behandelend specialist.

2.10.g* Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

De kosten van behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist - door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck. Na 9 behandelingen dient door verzekeraar vooraf toestemming aan verzekerde te worden verleend. Onder fysiotherapie wordt hier tevens verstaan chiropractie, uitgevoerd door een chiropractor die lid is van de Nederlandse Chiropractoren Associatie. De vergoeding bedraagt maximaal het CTG-tarief voor een zitting fysiotherapie.

Niet vergoed worden de kosten van: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, acupunctuur, haptotherapie, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

Manuele therapie en manuele geneeskunde

Voor manuele therapie uitgevoerd door een fysiotherapeut worden maximaal 6 behandelingen vergoed. Voorwaarde voor vergoeding is een gerichte verwijzing van de huisarts of behandelend specialist.

Voor manuele therapie, door een arts praktiserend als manueel geneeskundige, worden maximaal 6 behandelingen vergoed volgens het CTG-tarief voor manuele therapie uitgevoerd door een fysiotherapeut.

2.20.a Audiologisch centrum

Vergoed worden de kosten van zorg door een - daartoe conform de bij wet gestelde regels toegelaten - audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

2.30.a* Logopedie/foniatrie

De kosten van logopedie/foniatrie door een logopedist. Indien er meer dan 9 behandelingen logopedie, ongeacht de medische indicatie, per kalenderjaar noodzakelijk zijn, is voorafgaande toestemming vereist. Bij het verzoek om machtiging dient een behandelplan van de behandelend logopedist te zijn gevoegd. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan onderzoek naar en behandeling van dyslexie (tenzij sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van dialect en anderstaligheid.

2.62.b* Aanvullende thuisverpleging

Ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis kan een tegemoetkoming in de kosten worden gegeven van aanvullende thuisverpleging door een verpleegkundige of ziekenverzorgende ten huize van verzekerde voor maximaal 60 dagen per kalenderjaar, gedurende maximaal 8 uren per etmaal.

2.90.a* Ergotherapie

De kosten van maximaal 10 behandeluren door een ergotherapeut op basis van het rechtsgeldige tarief per verzekerde per kalenderjaar.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.01.b Farmaceutische zorg

De kosten van farmaceutische zorg - overeenkomstig de Regeling farmaceutische zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en verder is aangevuld door verzekeraar - afgeleverd op voorschrift van een huisarts, specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder zullen worden vergoed volgens de regels die gelden voor verzekerden jonger dan 21 jaar. De Regeling farmaceutische zorg maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

3.02.a* Dieetpreparaten

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de Regeling dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en verzekerde bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.

3.03.a Verbandmiddelen

De kosten voor verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

3.20.a* Hulpmiddelen

De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden krachtens de Bepaling hulpmiddelen, zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden, vergoed. De Bepaling hulpmiddelen maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, één en ander ter beoordeling van verzekeraar.

Voor vergoeding of verstrekking als hierboven beschreven is tijdige en voorafgaande toestemming van verzekeraar vereist, tenzij door verzekeraar anders is bepaald. Het verzoek om toestemming door verzekerde dient vergezeld te gaan van:

- een schriftelijk gemotiveerde toelichting van de behandelend arts, de behandelend medisch specialist, het audiologisch centrum (voor gehoorhulpmiddelen) of een ander door verzekeraar aangewezen deskundige waarin de indicatie wordt vermeld. Uit deze indicatie moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel medisch noodzakelijk is.

- een prijsopgaaf van de leverancier bij de eerste aanschaf, tenzij door verzekeraar anders wordt bepaald.

Aan de toestemming kunnen door verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld.

De op grond van de Bepaling hulpmiddelen verschuldigde eigen bijdrage is verzekerde verschuldigd aan de leverancier van het hulpmiddel, tenzij verzekeraar anders bepaald.

De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Bepaling hulpmiddelen anders is vastgelegd, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

3.31.a Chronisch intermitterende beademing

De kosten verband houdende met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van verzekerde.

4. ZWANGERSCHAP

4.01.a Bevalling

Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk):

Indien en voor zolang verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en het bij haar op de polis medeverzekerde kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- a. de kosten van opname in de verzekerde klasse;
- b. de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- c. het honorarium van verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
- d. het honorarium van de specialist.

4.02.b Bevalling en kraamzorg

Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis of kraaminrichting (niet medisch noodzakelijk), poliklinische bevalling of thuis:

- een uitkering ineens (achteraf) ter hoogte van € 1.815,- (voor de kosten van ziekenhuis, kraaminrichting, verloskundige hulp, kraamzorg en andere aan de bevalling verbonden kosten gezamenlijk)

of

- kraamzorg in natura, geregeld door verzekeraar. Deze zorg moet ten minste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aangevraagd worden. Een aanvraagkaart hiervoor is verkrijgbaar bij verzekeraar. Kraamzorg wordt in overleg met het kraamcentrum geregeld, waarbij minimaal 24 uur en maximaal 64 uur hulp wordt verleend. Het te verlenen aantal uren kraamzorg is mede afhankelijk van de beschikbaarheid van kraamverzorgsters en de aard van de bevalling. Indien minder dan 64 uur hulp wordt verleend kan geen aanspraak worden gemaakt op een aanvullende vergoeding en/of enig ander vorderingsrecht. Tevens worden de kosten van verloskundige hulp vergoed.

Combinatie van aanspraak op zorg genoemd onder 4.01.a en 4.02.b:

- indien moeder en kind, in combinatie met aanspraak op zorg genoemd in artikel 4.01.a, het ziekenhuis verlaten voordat een periode van acht dagen (met ingang van de dag van de bevalling) is verstreken, dan wordt voor elke minder in rekening gebrachte dag een vergoeding toegekend van € 147,- per dag of voor het resterend aantal dagen zorg in natura verleend tot minimaal 3 uur en maximaal 8 uur kraamzorg per dag;

- indien in combinatie met aanspraak op zorg genoemd in artikel 4.02.b, binnen acht dagen na de bevalling alsnog een ziekenhuisopname met medische noodzaak voor moeder en kind volgt, dan wordt voor elke in rekening gebrachte dag een korting toegepast van € 147,- per dag op de uitkering ineens of het resterend aantal dagen zorg in natura verminderd met het gemiddeld aantal toegekende uren kraamzorg per dag.

4.04.c* Fertiliteitsbevorderende behandeling

De kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie worden vergoed. Daarnaast wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven voor een invitrofertilisatie (IVF) behandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Gedurende de gehele verzekeringsduur worden maximaal drie IVF-behandelingen vergoed. Per IVF-behandeling geldt een eigen bijdrage van € 363,-.

4.10.a Sterilisatie

De kosten van sterilisatie door een specialist of huisarts. De kosten van het ongedaan maken van een kunstmatig tot stand gebrachte onvruchtbaarheid (steriliteit) worden niet vergoed.

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.01.a Leukemie bij kinderen

De kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

6.10.a* Nierdialyse

De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de richtlijnen die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld.

6.20.a* Orgaantransplantaties

De kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long, nier-pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Geen uitkering wordt gedaan indien verzekerde een orgaan laat verwijderen in verband met transplantatie bij iemand, die niet bij verzekeraar is verzekerd.

6.31.a* Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultra-geluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Indien noodzakelijk voor het advies aan verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onder-

zoeken bij andere personen dan verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s) van de) onderzochte andere persoon of personen.

6.34.d Sportarts en Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Het honorarium van de sportarts en SMA tot maximaal het vigerende CTG-tarief voor huisartsen voor het enkelvoudig spreekuurconsult en op basis van maximaal vijf consulten/behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

6.36.a Trombosedienst

De kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

7. BUITENLANDEKKING

Spoedeisende medische hulp tijdens verblijf in het buitenland

7.10.d Spoedeisende medische hulp

Voor de gemaakte kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen:

- Vergoeding van de kosten van spoedeisende hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens een verblijf in het buitenland, van maximaal 183 achtereenvolgende dagen, omvat de kosten van verstrekkingen waarop bij verblijf in Nederland op grond van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak gemaakt zou kunnen worden. Dit tot een maximum van 200% van de kosten die zouden zijn vergoed, indien de verzekerde in Nederland een soortgelijke behandeling zou hebben ondergaan.
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- De hulpverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp en apothekershulp.
- Verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale telefoon: + 31 (0)50 523 47 90 ingeschakeld.
- Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.
- Indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan, of indien de kosten redelijkerwijs te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking in geval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

7.20.b Internationale persoonlijke hulpverlening

De kosten van hulpverlening uitgevoerd door de Alarmcentrale in verband met het regelen van vervoer, medische begeleiding, toezending van medicijnen en/of kunst- en hulpmiddelen, worden volledig vergoed op basis van kostprijs.

Woonachtig in Nederland, medische hulp in een andere lidstaat van de EU/EER

7.40.a* Medische hulp in een andere EU/EER-lidstaat

- a. Recht op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met medische hulp in een andere EU/EER-lidstaat, niet zijnde spoedeisende medische hulp, tot ten hoogste 100% van de kosten indien de medische hulp in Nederland zou zijn verstrekt en krachtens de verzekeringsvoorwaarden zou zijn vergoed. De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximale vergoedingen en/of eigen risico's zijn ook op deze kosten van toepassing.
- b. Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar en van het buitenland.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

Voor behandelingen, uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

8.01.h Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Vergoeding van 75% van de kosten van behandeling door een tandarts of een dienst voor jeugd-tandverzorging, waaronder begrepen de door deze in rekening gebrachte techniekkosten, tot een maximum van € 227,- per verzekerde per kalenderjaar. Deze dekking eindigt op de dag dat de 18-jarige leeftijd wordt bereikt.

Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de bovengenoemde vergoedingsregeling niet van toepassing. Na vooraf verleende toestemming door verzekeraar wordt vergoeding van kosten, in rekening gebracht door een tandarts, verleend op basis van 75% van het goedgekeurde tarief per behandelingsuur.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerde met een lichamelijke en/of geestelijke handicap die geen aanspraak kan maken op de tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

8.21.a* Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het betreft de volgende afwijkingen:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn, de verstandskiezen hieronder niet begrepen;
- b. een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten of de vervaardiging van uitneembare of vastzittende prothetische voorzieningen bij tevoren reeds bestaande onvolkomenheden in dorsale afsteuning of bij diastemen elders in het gebit, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. De kosten van de in de vorige volzin genoemde eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts en/of een gespecialiseerd centrum komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);

- d. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnatho- of palatoschisis);
- e. een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist
- en**
- verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, van tevoren toestemming heeft verleend.

Geen machtiging wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Vergoed wordt 100% van de gedeclareerde bedragen.

8.21.c* Tandheelkundige implantaten

Een vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een uitneembare (overkappings)prothese.

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zo nodig van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten.

In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Mesostructuur en prothese op implantaten

Een vergoeding van 75% van de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende Uniforme Particuliere Tarieven (UPT-codes) het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking.

Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

8.40.p Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Vergoeding van kosten van orthodontische behandeling, waaronder gebitsregulatie, verricht door een orthodontist of tandarts. De vergoeding, die in gedeelten kan worden uitbetaald, is eenmalig voor de gehele verzekeringsduur en bedraagt maximaal € 1.361,- per verzekerde.

8.42.a* Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

De kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis).

10. OVERIGEN

10.01.a De Zorgmakelaar

Zorgmanagement is een exclusieve dienstverlening van de Zorgmakelaar waarbij op verzoek van verzekerde de benodigde (medische) zorg wordt georganiseerd, verbeterd, bespoedigd en/of toegelicht.

10.52.a Juridische hulp bij ongevallen

Voor het verhalen van niet-medische kosten, voortvloeiend uit een ongeval veroorzaakt door een (eventueel aansprakelijke) derde, heeft verzekerde recht op juridische hulp in natura, verstrekt door verzekeraar. De advocaat van verzekeraar bepaalt of een verhaalsprocedure zinvol is. Verzekeraar bepaalt of de hulp in natura verstrekt zal worden.

De juridische hulp in natura telt niet mee voor het volmaken van een eventueel eigen risico.

AV

De AV is aanvullend op de hoofdverzekeringen van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten. Zorg die vanuit deze verzekering wordt vergoed, moet in Nederland worden verstrekt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 7 (Buitenlanddekking).

Binnen de grenzen van de Algemene Voorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.10.j Fysiotherapie/oefentherapie

De kosten van:

- fysiotherapie/oefentherapie door een fysiotherapeut respectievelijk oefentherapeut Mensendieck en Cesar op voorschrift van de huisarts of specialist
- de volgende alternatieve zorgaanbieders overeenkomstig het door het CTG vastgestelde tarief voor een zitting fysiotherapie:
 - Osteopaat
 - Chiropractor
 - Neuraaltherapeut
 - Arts manuele therapie

Per kalenderjaar worden maximaal 6 behandelingen per verzekerde vergoed.

2.11.b Hydrotherapie

Een tegemoetkoming in de kosten van hydrotherapie, zoals georganiseerd door de Reumapatiëntenvereniging of de Nationale Vereniging voor Fibromyalgie-patiënten tot een bedrag van € 136,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.71.b* Reumakuurreis

Vergoeding van deelname aan een reumakuurreis, georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator. Verzekeraar stelt jaarlijks het aantal deelnemers vast.

Voor deelname komen in aanmerking verzekerden met reumatoïde artritis, artritis psoriatica of M. Bechterew. Bij deelname is verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd.

2.73.a Vakantiekamp

Een vergoeding van maximaal € 5,- per dag gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een thuisverblijvende zieke of gehandicapte verzekerde aan een vakantiekamp, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.35.b* Enuresis (plas)wekker

Een bijdrage van 75% in de kosten van de huur van het apparaat, gedurende ten hoogste twee maanden.

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

5.01.j Alternatieve behandelwijzen

Voor de kosten van de volgende alternatieve zorgaanbieders en antroposofische therapieën tezamen wordt een vergoeding verleend tot maximaal € 90,- per verzekerde per kalenderjaar:

- Acupuncturist;
- Antroposofisch arts;
- Homeopaat;
- Arts-Moermantherapeut;
- Natuurgeneeskundig arts;
- Orthomoleculaire geneeskundige.

Voor de kosten van antroposofische therapieën na schriftelijke verwijzing door een antroposofisch arts en verleend door een daartoe bevoegde zorgaanbieder die door verzekeraar als zodanig is erkend.

- a. Kunstzinnige therapie muziek;
- b. Kunstzinnige therapie spraak;
- c. Kunstzinnige therapie beeldend;
- d. Eurythmie therapie;
- e. Uitwendige therapie;
- f. Dieet therapie;
- g. Zuigelingen- en kleuterzorg, vergoeding van consultatiebureau consulten.

Onder de vergoedingsregeling vallen eveneens geregistreerde geneesmiddelen en voedings-supplementen indien deze zijn voorgeschreven door één van bovengenoemde behandelaars, mits dit een bevoegd arts is en de middelen worden betrokken van een apotheker of apotheekhoudende huisarts.

Voor reiskosten wordt geen vergoeding verleend.

5.20.b Homeopathische en antroposofische middelen

In afwijking van de voorgaande bepalingen worden de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voor 100% vergoed, met een maximum van € 113,- per verzekerde per kalenderjaar, wanneer deze middelen:

- door een bevoegd arts zijn voorgeschreven en van een apotheker of apotheekhoudende huisarts worden betrokken

en

- 100% homeopathisch dan wel antroposofisch zijn samengesteld **en**
- worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.30.e Cosmetische behandelingen

De kosten van cosmetische behandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut(e).

a. Camouflagetherapie*

Een bijdrage van 75% in de kosten van de lessen en de te gebruiken materialen. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

b. Elektrisch epilieren van het gelaat

Bij hirsutisme en indien er een medische achtergrond voor elektrisch epilieren is, ter beoordeling van verzekeraar, een vergoeding van 50% van de kosten. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

c. Epilieren door middel van licht-/lasertherapie van het gelaat*

Een vergoeding van 50% van de kosten bij hirsutisme en indien er een medische noodzaak voor epilatie van het gelaat is. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

6.32.a Lymfedrainage

Vergoeding van 100% per behandeling. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut.

6.33.c* Psoriasis

Vergoeding van psoriasisbehandelingen op verwijzing van de huisarts of dermatoloog. Verzekeraar bepaalt of verzekerde voor behandeling in aanmerking komt.

- Het maximum aantal te vergoeden behandelingen is 60 per kalenderjaar. Verzekerde is per behandeling een eigen bijdrage verschuldigd van € 2,30. Voor vergoeding van een eerste consult zonder dat verdere behandeling volgt is verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief voor het openbaar vervoer

of

- Bij thuisbehandeling met ultraviolet licht (UVB) op verwijzing van een dermatoloog worden de kosten verbonden aan UVB-thuisbehandeling in verband met psoriasis, eczeem en PMLE vergoed tot maximaal € 564,- per kalenderjaar.

6.34.a Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Vergoeding van SMA-consult/behandeling inzake sportblessure met een maximum van twee consulten/behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding voor het eerste consult/behandeling bedraagt maximaal € 32,- en voor het tweede consult/behandeling maximaal € 20,-.

6.35.b* Stottertherapie

Een vergoeding wordt verleend voor stottertherapie volgens de methode Del Ferro, Instituut Natuurlijk Spreken of de BOMA-methode zoals die wordt gegeven in instituut 'De Pauw' tot maximaal € 340,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief van het openbaar vervoer. Het recht op vergoeding bestaat alleen nadat reguliere logopedische hulp aantoonbaar onvoldoende effect heeft gehad.

7. BUITENLANDEKKING

Spoeisende medische hulp tijdens verblijf in het buitenland

7.10.e Spoeisende medische hulp

Voor de gemaakte kosten van spoedisende medisch noodzakelijke hulp tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen:

- Volledige vergoeding van kosten voor spoedisende hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens een verblijf in het buitenland voor maximaal 365 achtereenvolgende dagen gerekend vanaf de dag van vertrek uit Nederland op basis van kostprijs (verzekerde klasse).
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- De hulpverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp en apothekershulp.
- Verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale telefoon: + 31 (0)50 523 47 90 ingeschakeld.
- Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedisend werd geacht.
- Indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan, of indien de kosten redelijkerwijs te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking in geval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

7.21.b Repatriëring van verzekerden

Volledige dekking van repatriëringskosten op basis van kostprijs. Onder repatriëringskosten worden verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Het bijzonder vervoer dient medisch noodzakelijk te zijn. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval. Tevens worden de kosten van terugkeer naar Nederland van medeverzekerde reisgenoten vergoed, op voorwaarde dat er sprake is van repatriëring van verzekerde krachtens de buitenlanddekking.

7.22.b Repatriëring na overlijden

De kosten van vervoer op basis van kostprijs van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden, zowel binnen als buiten Europa, naar Nederland.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

Voor behandelingen, uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

8.13.a Tandheelkundige hulp

Verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen, inclusief techniekkosten, indien en voor zover hiertoe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts:

R20	Gegoten metalen kroon	€	113,-
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharsvenster	€	113,-
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie	€	113,-
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie	€	113,-
Ro8	1-vlaks inlay composiet	€	113,-
R11	1-vlaks inlay	€	113,-
Ro9	2-vlaks inlay composiet	€	123,-
R12	2-vlaks inlay	€	123,-
R10	3-vlaks inlay composiet	€	157,-
R13	3-vlaks inlay	€	157,-
R40	Eerste dummy	€	113,-
R45	Volgende dummy	€	113,-
R60	Etsbrug zonder preparatie	€	113,-
R61	Etsbrug met preparatie	€	113,-
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	€	20,-
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	€	12,-
R78	Labiale veneering zonder preparatie	€	34,-
R79	Labiale veneering met preparatie	€	34,-

Per kalenderjaar wordt per verzekerde voor de hiervoor genoemde behandelingen maximaal € 227,- vergoed.

P10	Partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten	€	25,-
P15	Partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten	€	36,-
P34	Frame-prothese 1-4 elementen	€	116,-
P35	Frame-prothese 5-13 elementen	€	127,-
P51	Rebasen, indirect zonder randopbouw	€	14,-
P52	Rebasen, indirect met randopbouw	€	14,-
P53	Rebasen, direct zonder randopbouw	€	14,-
P54	Rebasen, direct met randopbouw	€	14,-

Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.

8.40.q Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Indien twee of meer kinderen jonger dan 18 jaar, uit één gezin in enige kalendermaand kaak-orthopedische hulp ontvangen wordt € 14,- voor het tweede en volgende onder behandeling zijnde kind vergoed. Indien sprake is van een hoofdverzekering die een vergoeding biedt voor orthodontie, zal de hiergenoemde vergoeding uitsluitend dienen als aanvulling tot aan de werkelijk gemaakte kosten.

AV MEDIUM

De AV Medium is aanvullend op de hoofdverzekeringen van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten. Zorg die vanuit deze verzekering wordt vergoed, moet in Nederland worden verstrekt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 7 (Buitenlanddekking).

Binnen de grenzen van de Algemene Voorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.10.k Fysiotherapie/oefentherapie

De kosten van:

- fysiotherapie/oefentherapie door een fysiotherapeut respectievelijk oefentherapeut Mensendieck en Cesar op voorschrift van de huisarts of specialist
- de volgende alternatieve zorgaanbieders overeenkomstig het door het CTG vastgestelde tarief voor een zitting fysiotherapie:
 - Osteopaat
 - Chiropractor
 - Neuraaltherapeut
 - Arts manuele therapie

Per kalenderjaar worden maximaal 9 behandelingen per verzekerde vergoed.

2.11.b Hydrotherapie

Een tegemoetkoming in de kosten van hydrotherapie, zoals georganiseerd door de Reumapatiëntenvereniging of de Nationale Vereniging voor Fibromyalgie-patiënten tot een bedrag van € 136,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.71.b* Reumakuurreis

Vergoeding van deelname aan een reumakuurreis, georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator. Verzekeraar stelt jaarlijks het aantal deelnemers vast. Voor deelname komen in aanmerking verzekerden met reumatoïde artritis, artritis psoriatica of M. Bechterew. Bij deelname is verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd.

2.73.a Vakantiekamp

Een vergoeding van maximaal € 5,- per dag gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een thuisverblijvende zieke of gehandicapte verzekerde aan een vakantiekamp, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.33.j Brillenglazen en contactlenzen

De kosten van brillenglazen of contactlenzen worden eenmaal per verzekerde per 3 kalenderjaren vergoed. Voor brillenglazen geldt een vergoeding van maximaal € 25,- per brillenglas. Voor contactlenzen geldt een vergoeding van maximaal € 50,-. Indien zowel brillenglazen als contactlenzen zijn geïndiceerd bestaat slechts recht op vergoeding van, naar keuze, één van beide hulpmiddelen.

Zonnebrillen (monturen en glazen), gekleurde lenzen, gekleurde glazen en dag- en weeklenzen zijn van vergoeding uitgesloten.

3.35.c* Enuresis (plas)wekker

Een vergoeding van 100% van de kosten van de huur van het apparaat, alsmede de bandages.

4. ZWANGERSCHAP

4.07.a Kraampakket

Een door verzekeraar erkende instelling verstrekt een medisch kraampakket dat op voorschrift van verzekeraar is samengesteld. Een aanvraagkaart voor een kraampakket is verkrijgbaar bij verzekeraar.

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

5.01.o Alternatieve behandelwijzen

Voor de kosten van de volgende alternatieve zorgaanbieders en antroposofische therapieën tezamen wordt een vergoeding verleend tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar:

- Acupuncturist;
- Antroposofisch arts;
- Homeopaat;
- Arts-Moermantherapeut;
- Natuurgeneeskundig arts;
- Orthomoleculaire geneeskundige.

Voor de kosten van antroposofische therapieën na schriftelijke verwijzing door een antroposofisch arts en verleend door een daartoe bevoegde zorgaanbieder die door verzekeraar als zodanig is erkend.

- a. Kunstzinnige therapie muziek;
- b. Kunstzinnige therapie spraak;
- c. Kunstzinnige therapie beeldend;
- d. Eurythmie therapie;
- e. Uitwendige therapie;
- f. Dieet therapie;
- g. Zuigelingen- en kleuterzorg, vergoeding van consultatiebureau consulten.

Onder de vergoedingsregeling vallen eveneens geregistreerde geneesmiddelen en voedingssupplementen indien deze zijn voorgeschreven door één van bovengenoemde behandelaars, mits dit een bevoegd arts is en de middelen worden betrokken van een apotheker of apotheekhoudende huisarts.

Voor reiskosten wordt geen vergoeding verleend.

5.20.c Homeopathische en antroposofische middelen

In afwijking van de voorgaande bepalingen worden de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voor 100% vergoed, met een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar, wanneer deze middelen:

- door een bevoegd arts zijn voorgeschreven en van een apotheker of apotheekhoudende huisarts worden betrokken
en
- 100% homeopathisch dan wel antroposofisch zijn samengesteld
en
- worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

6. SPECIEFIEKE AANDOENINGEN

6.30.d Cosmetische behandelingen

De kosten van cosmetische behandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut(e).

a. Camouflagetherapie*

Een eenmalige vergoeding van € 193,- en daarna een bijdrage van 75% in de kosten van de lessen en de te gebruiken materialen. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

b. Acnebehandeling*

Volledige vergoeding per verzekerde van de in rekening gebrachte kosten in verband met een acnebehandeling, eenmalig voor de gehele verzekeringsduur tot een bedrag van maximaal € 182,-. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts. Bij tijdelijke onderbreking (maximaal 12 maanden) wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

c. Elektrisch epileren van het gelaat

Bij hirsutisme en indien er een medische achtergrond voor elektrisch epileren is, ter beoordeling van verzekeraar, een vergoeding van 50% van de kosten. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

d. Epileren door middel van licht-/lasertherapie van het gelaat*

Een vergoeding van 50% van de kosten bij hirsutisme en indien er een medische noodzaak voor epilatie van het gelaat is. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

6.32.a Lymfedrainage

Vergoeding van 100% per behandeling. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut.

6.33.c* Psoriasis

Vergoeding van psoriasisbehandelingen op verwijzing van de huisarts of dermatoloog. Verzekeraar bepaalt of verzekerde voor behandeling in aanmerking komt.

- Het maximum aantal te vergoeden behandelingen is 60 per kalenderjaar. Verzekerde is per behandeling een eigen bijdrage verschuldigd van € 2,30. Voor vergoeding van een eerste consult zonder dat verdere behandeling volgt is verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief voor het openbaar vervoer

of

- Bij thuisbehandeling met ultraviolet licht (UVB) op verwijzing van een dermatoloog worden de kosten verbonden aan UVB-thuisbehandeling in verband met psoriasis, eczeem en PMLE vergoed tot maximaal € 564,- per kalenderjaar.

6.34.a Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Vergoeding van SMA-consult/behandeling inzake sportblessure met een maximum van twee consulten/behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding voor het eerste consult/behandeling bedraagt maximaal € 32,- en voor het tweede consult/behandeling maximaal € 20,-.

6.35.b* Stottertherapie

Een vergoeding wordt verleend voor stottertherapie volgens de methode Del Ferro, Instituut Natuurlijk Spreken of de BOMA-methode zoals die wordt gegeven in instituut 'De Pauw' tot maximaal € 340,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief van het openbaar vervoer. Het recht op vergoeding bestaat alleen nadat reguliere logopedische hulp aantoonbaar onvoldoende effect heeft gehad.

7. BUITENLANDEKKING

Spoedeisende medische hulp tijdens verblijf in het buitenland

7.10.e Spoedeisende medische hulp

Voor de gemaakte kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen:

- Volledige vergoeding van kosten voor spoedeisende hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens een verblijf in het buitenland voor maximaal 365 achtereenvolgende dagen gerekend vanaf de dag van vertrek uit Nederland op basis van kostprijs (verzekerde klasse).
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- De hulpverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp en apothekershulp.
- Verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale telefoon: + 31 (0)50 523 47 90 ingeschakeld.
- Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.
- Indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan, of indien de kosten redelijkerwijs te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking in geval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

7.21.b Repatriëring van verzekerden

Volledige dekking van repatriëringskosten op basis van kostprijs. Onder repatriëringskosten worden verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Het bijzonder vervoer dient medisch noodzakelijk te zijn. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval. Tevens worden de kosten van terugkeer naar Nederland van medeverzekerde reisgenoten vergoed, op voorwaarde dat er sprake is van repatriëring van verzekerde krachtens de buitenlanddekking.

7.22.b Repatriëring na overlijden

De kosten van vervoer op basis van kostprijs van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden, zowel binnen als buiten Europa, naar Nederland.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

Voor behandelingen, uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

8.13.i Tandheelkundige hulp

Verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen, inclusief techniekkosten, indien en voor zover hiertoe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts:

R20	Gegoten metalen kroon	€ 150,-
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharsvenster	€ 150,-
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie	€ 150,-
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie	€ 150,-
Ro8	1-vlaks inlay composiet	€ 150,-
R11	1-vlaks inlay	€ 150,-
R09	2-vlaks inlay composiet	€ 140,-
R12	2-vlaks inlay	€ 140,-
R10	3-vlaks inlay composiet	€ 140,-
R13	3-vlaks inlay	€ 140,-
R40	Eerste dummy	€ 150,-
R45	Volgende dummy	€ 150,-
R60	Etsbrug zonder preparatie	€ 150,-
R61	Etsbrug met preparatie	€ 150,-
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	€ 20,-
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	€ 12,-
R78	Labiale veneering zonder preparatie	€ 34,-
R79	Labiale veneering met preparatie	€ 34,-

Per kalenderjaar wordt per verzekerde voor de hiervoor genoemde behandelingen maximaal € 300,- vergoed.

P10	Partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten	€ 25,-
P15	Partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten	€ 36,-
P34	Frame-prothese 1-4 elementen	€ 116,-
P35	Frame-prothese 5-13 elementen	€ 127,-
P51	Rebasen, indirect zonder randopbouw	€ 14,-
P52	Rebasen, indirect met randopbouw	€ 14,-
P53	Rebasen, direct zonder randopbouw	€ 14,-
P54	Rebasen, direct met randopbouw	€ 14,-

Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.

Alleen verzekerden vanaf 18 jaar met een regelmatig onderhouden en door de tandarts gecontroleerd gebit, kunnen voor deze vergoedingen in aanmerking komen.

8.40.t Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Indien twee of meer kinderen jonger dan 18 jaar, uit één gezin in enige kalendermaand kaak-orthopedische hulp ontvangen wordt € 14,- voor het tweede en volgende onder behandeling zijnde kind vergoed.

AV PLUS

De AV Plus is aanvullend op de hoofdverzekeringen van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten. Zorg die vanuit deze verzekering wordt vergoed, moet in Nederland worden verstrekt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 7 (Buitenlanddekking).

Binnen de grenzen van de Algemene Voorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.14.b Reiskosten ziekenhuisbezoek

Indien verzekerde langer dan 2 maanden is opgenomen in een onder de dekking van de hoofdverzekering vallende instelling, niet zijnde een opname ten laste van de AWBZ, die op tenminste 40 kilometer afstand van het woonadres is gelegen, bestaat na deze twee maanden een mogelijkheid van vergoeding van maximaal 3 bezoeken van gezinsleden per opnameweek.

De hoogte van de vergoeding bedraagt € 0,20 per kilometer. De afstand tussen de instelling en het woonadres wordt berekend volgens de kortste weg. Reiskosten in verband met een bezoek aan een in het buitenland gelegen instelling worden niet vergoed.

1.15.a* Vervoer Pisa

De reiskosten voor een begeleider van verzekerde, die voor rekening van verzekeraar een behandeling in Pisa ondergaat, worden vergoed op basis van de kosten van een retourvlucht laagste klasse.

1.20.a Overnachtingskosten logeerhuis

Indien verzekerde wordt opgenomen in een kliniek waardoor (één van) de ouders, of andere verzorgende gezinsleden, verblijven in een Ronald Mc Donald huis, het familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis of het Kiwanishuis, verleent verzekeraar een vergoeding van € 12,- per dag, gedurende het bedoelde verblijf.

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.10.1* Fysiotherapie/oefentherapie

De kosten van:

- behandeling bij een door verzekeraar voorgestelde therapeut

of

- a. fysiotherapie/oefentherapie door een fysiotherapeut respectievelijk oefentherapeut Mensendieck en Cesar op voorschrift van de huisarts of specialist
- b. de volgende alternatieve zorgaanbieders overeenkomstig het door het CTG vastgestelde tarief voor een zitting fysiotherapie:
 - Osteopaat
 - Chiropractor
 - Neuraaltherapeut
 - Arts manuele therapie

Voor punt a en b geldt dat per kalenderjaar maximaal 12 behandelingen per verzekerde worden vergoed.

In uitzonderlijke gevallen, dit ter beoordeling van verzekeraar, is verlenging mogelijk of kunnen extra behandelingen worden toegewezen.

2.11.b Hydrotherapie

Een tegemoetkoming in de kosten van hydrotherapie, zoals georganiseerd door de Reumapatiëntenvereniging of de Nationale Vereniging voor Fibromyalgie-patiënten tot een bedrag van € 136,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.40.d* Podologie

Een vergoeding van 80% van de kosten van podologische behandelingen, exclusief de verstrekking van zolen, verleend door een door verzekeraar gecontracteerde podoloog of podoposturaaltherapeut. Niet vergoed worden de behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.

2.40.g Podotherapie

Een vergoeding van 80% van de kosten van podotherapeutische behandelingen, exclusief de verstrekking van zolen, verleend door een podotherapeut. Niet vergoed worden de behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.

2.59.a Overgangsconsulent

Vergoed worden de kosten tot maximaal € 100,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur. Vergoeding is uitsluitend van toepassing indien een als zodanig gekwalificeerde overgangsconsulent wordt geraadpleegd.

2.63.a* Kinderopvang

Bij een verblijf langer dan drie aaneengesloten dagen van de bij verzekeraar verzekerde verzorgende ouder in een algemeen ziekenhuis in Nederland, kan aanspraak worden gemaakt op opvang van bij verzekeraar verzekerde kinderen jonger dan 14 jaar. De kinderopvang geldt maximaal drie maanden per ziekenhuisopname per kalenderjaar gedurende maximaal negen aaneengesloten uren per etmaal. Het recht op kinderopvang bestaat tot en met één dag na thuiskomst van de verzorgende ouder uit het ziekenhuis.

Vergoeding vindt uitsluitend plaats in natura. Dat wil zeggen dat de kinderopvang wordt geregeld door de Zorgmakelaar. Er bestaat geen recht op kinderopvang in geval van opname in een ziekenhuis wegens bevalling, revalidatie of opname ten laste van de AWBZ. Het verzoek voor kinderopvang dient zo spoedig mogelijk bij de Zorgmakelaar te worden ingediend.

2.70.a* Herstellingsoord

Vergoed worden de werkelijke kosten van verpleging in één van de in de Begripsomschrijvingen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden genoemde herstellingsoorden tot ten hoogste € 45,- per verpleegdag tot maximaal € 1.350,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.71.b* Reumakuurreis

Vergoeding van deelname aan een reumakuurreis, georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator. Verzekeraar stelt jaarlijks het aantal deelnemers vast. Voor deelname komen in aanmerking verzekerden met reumatoïde artritis, artritis psoriatica of M. Bechterew. Bij deelname is verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd.

2.72.b* Therapeutisch kamp

Een vergoeding van maximaal € 7,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een astmatisch kind aan een therapeutisch kamp, op advies van de huisarts of specialist, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

2.73.a Vakantiekamp

Een vergoeding van maximaal € 5,- per dag gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een thuisverblijvende zieke of gehandicapte verzekerde aan een vakantiekamp, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

2.80.b* Psychologische hulpverlening

De kosten van consulten of kortdurende behandelingen door een Eerstelijnspsycholoog, GZ-psycholoog of Alternatieve psychologische hulpverlener tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor alle consulten en kortdurende behandelingen tezamen. Er wordt geen vergoeding verleend als er gelijktijdig een AWBZ-gefinancierde therapie plaatsvindt. Onder alternatieve

psychologische hulpverlening wordt verstaan: Gestalttherapie, Haptotherapie, Biodynamische therapie, Creatieve therapie, Biografische gesprekken, Psychosynthese therapie, Postural Integration, Neo-Reichiaanse therapie en Rouw- en Verliesverwerking.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.21.f Orthopedisch schoeisel

Een aanvullende vergoeding wordt verleend van maximaal € 45,- op de productgebonden eigen bijdrage die krachtens de Bepaling hulpmiddelen wordt gevraagd voor orthopedisch schoeisel en allergeenvrije schoenen.

3.25.a Elastische kousen

Vergoeding van één paar elastische kousen per 18 maanden gerekend vanaf datum levering. Aanspraak op vergoeding bestaat slechts indien hiervoor een indicatie bestaat van waaruit de hoofdverzekering zou overgaan tot vergoeding. De hoogte van de vergoeding is gelijk aan de vergoeding vanuit de hoofdverzekering.

3.30.a* Bijzondere voedingsmiddelen

In bijzondere gevallen, ter beoordeling van de medisch adviseur, kan een vergoeding worden verleend voor vloeibaar voedsel tot ten hoogste € 272,- per verzekerde per kalenderjaar.

3.33.e Brillenglazen en contactlenzen

De kosten van brillenglazen of contactlenzen worden eenmaal per verzekerde per 3 kalenderjaren vergoed. Voor brillenglazen geldt een vergoeding van maximaal € 68,- per brillenglas. Voor contactlenzen geldt een vergoeding van maximaal € 136,-. Indien zowel brillenglazen als contactlenzen zijn geïndiceerd bestaat slechts recht op vergoeding van, naar keuze, één van beide hulpmiddelen.

Zonnebrillen (monturen en glazen), gekleurde lenzen, gekleurde glazen en dag- en weeklenzen zijn van vergoeding uitgesloten.

3.35.c* Enuresis (plas)wekker

Een vergoeding van 100% van de kosten van de huur van het apparaat, alsmede de bandages.

3.36.c Orthopedische steunzolen

Eenmaal per 2 kalenderjaren wordt een vergoeding verleend van maximaal € 45,- in de aanschafkosten van orthopedische steunzolen.

4. ZWANGERSCHAP

4.05.a Kraamzorg na couveuseopname

Indien door een ziekenhuisopname ten gevolge van couveuseopname van de zuigeling geen recht meer bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat na overleg met het kraamcentrum recht op vergoeding van de kosten verbonden aan maximaal 12 uren kraamzorg binnen 3 maanden na de bevalling.

4.06.a Kraamzorg bij adoptie

Indien een baby wordt geadopteerd die jonger is dan 3 maanden en geen recht bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat na overleg met het kraamcentrum recht op vergoeding van de kosten verbonden aan maximaal 12 uren kraamzorg.

4.07.a Kraampakket

Een door verzekeraar erkende instelling verstrekt een medisch kraampakket dat op voorschrift van verzekeraar is samengesteld. Een aanvraagkaart voor een kraampakket is verkrijgbaar bij verzekeraar.

4.12.a Gebruik verloskamer

Bij een niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling in een ziekenhuis worden de kosten voor het gebruik van de verloskamer vergoed, indien en voor zover deze niet ten laste van een van de hoofdverzekeringen van verzekeraar kan worden gebracht.

4.13.a Communicatiemiddel

Ingeval van zwangerschap van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van een oproepontvanger (semafoon). De vergoeding bedraagt € 0,40 per dag gedurende maximaal 60 dagen. Een aanvraagkaart voor een semafoon is verkrijgbaar bij verzekeraar.

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

5.01.k Alternatieve behandelwijzen

Voor de kosten van de volgende alternatieve zorgaanbieders en antroposofische therapieën tezamen wordt een vergoeding verleend tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar:

- Acupuncturist;
- Antroposofisch arts;
- Homeopaat;
- Arts-Moermantherapeut;
- Natuurgeneeskundig arts;
- Orthomoleculaire geneeskundige.

Voor de kosten van antroposofische therapieën na schriftelijke verwijzing door een antroposofisch arts en verleend door een daartoe bevoegde zorgaanbieder die door verzekeraar als zodanig is erkend.

- a. Kunstzinnige therapie muziek;
- b. Kunstzinnige therapie spraak;
- c. Kunstzinnige therapie beeldend;
- d. Euritmie therapie;
- e. Uitwendige therapie;
- f. Dieet therapie;
- g. Zuigelingen- en kleuterzorg, vergoeding van consultatiebureau consulten.

Onder de vergoedingsregeling vallen eveneens geregistreerde geneesmiddelen en voedings-supplementen indien deze zijn voorgeschreven door één van bovengenoemde behandelaars, mits dit een bevoegd arts is en de middelen worden betrokken van een apotheker of apotheekhoudende huisarts.

Voor reiskosten wordt geen vergoeding verleend.

5.20.a Homeopathische en antroposofische middelen

De kosten van geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden voor 100% vergoed wanneer deze middelen:

- door een bevoegd arts zijn voorgeschreven en van een apotheker of apotheekhoudende huisarts worden betrokken
- en**

- 100% homeopathisch dan wel antroposofisch zijn samengesteld **en**
- worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.30.d Cosmetische behandelingen

De kosten van cosmetische behandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut(e).

a. Camouflagetherapie*

Een eenmalige vergoeding van € 193,- en daarna een bijdrage van 75% in de kosten van de lessen en de te gebruiken materialen. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

b. Acnebehandeling*

Volledige vergoeding per verzekerde van de in rekening gebrachte kosten in verband met een acnebehandeling, eenmalig voor de gehele verzekeringsduur tot een bedrag van maximaal € 182,-. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts. Bij tijdelijke onderbreking (maximaal 12 maanden) wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

c. Elektrisch epileren van het gelaat

Bij hirsutisme en indien er een medische achtergrond voor elektrisch epileren is, ter beoordeling van verzekeraar, een vergoeding van 50% van de kosten. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

d. Epileren door middel van licht-/lasertherapie van het gelaat*

Een vergoeding van 50% van de kosten bij hirsutisme en indien er een medische noodzaak voor epilatie van het gelaat is. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

6.32.a Lymfedrainage

Vergoeding van 100% per behandeling. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut.

6.33.c* Psoriasis

Vergoeding van psoriasisbehandelingen op verwijzing van de huisarts of dermatoloog. Verzekeraar bepaalt of verzekerde voor behandeling in aanmerking komt.

- Het maximum aantal te vergoeden behandelingen is 60 per kalenderjaar. Verzekerde is per behandeling een eigen bijdrage verschuldigd van € 2,30. Voor vergoeding van een eerste consult zonder dat verdere behandeling volgt is verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief voor het openbaar vervoer

of

- Bij thuisbehandeling met ultraviolet licht (UVB) op verwijzing van een dermatoloog worden de kosten verbonden aan UVB-thuisbehandeling in verband met psoriasis, eczeem en PMLE vergoed tot maximaal € 564,- per kalenderjaar.

6.34.a Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Vergoeding van SMA-consult/behandeling inzake sportblessure met een maximum van twee consulten/behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding voor het eerste consult/behandeling bedraagt maximaal € 32,- en voor het tweede consult/behandeling maximaal € 20,-.

6.35.b* Stottertherapie

Een vergoeding wordt verleend voor stottertherapie volgens de methode Del Ferro, Instituut Natuurlijk Spreken of de BOMA-methode zoals die wordt gegeven in instituut 'De Pauw' tot maximaal € 340,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief van het openbaar vervoer. Het recht op vergoeding bestaat alleen nadat reguliere logopedische hulp aantoonbaar onvoldoende effect heeft gehad.

7. BUITENLANDEKKING

Spoedeisende medische hulp tijdens verblijf in het buitenland

7.10.e Spoedeisende medische hulp

Voor de gemaakte kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen:

- Volledige vergoeding van kosten voor spoedeisende hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens een verblijf in het buitenland voor maximaal 365 achtereenvolgende dagen gerekend vanaf de dag van vertrek uit Nederland op basis van kostprijs (verzekerde klasse).
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- De hulpverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp en apothekershulp.
- Verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale telefoon: + 31 (0)50 523 47 90 ingeschakeld.
- Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.
- Indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan, of indien de kosten redelijkerwijs te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking in geval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

7.21.b Repatriëring van verzekerden

Volledige dekking van repatriëringskosten op basis van kostprijs. Onder repatriëringskosten worden verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Het bijzonder vervoer dient medisch noodzakelijk te zijn. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval. Tevens worden de kosten van terugkeer naar Nederland van medeverzekerde reisgenoten vergoed, op voorwaarde dat er sprake is van repatriëring van verzekerde krachtens de buitenlanddekking.

7.22.b Repatriëring na overlijden

De kosten van vervoer op basis van kostprijs van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden, zowel binnen als buiten Europa, naar Nederland.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

Voor behandelingen, uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

8.13.b Tandheelkundige hulp

Verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen, inclusief techniekkosten, indien en voor zover hiertoe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts.

R20	Gegoten metalen kroon	€ 188,-
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharsvenster	€ 188,-
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie	€ 188,-
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie	€ 188,-
R28	Endokroon, indirect vervaardigd	100%
R29	Roestvrijstalen kroon	100%
Ro8	1-vlaks inlay composiet	€ 113,-
R11	1-vlaks inlay	€ 113,-
Ro9	2-vlaks inlay composiet	€ 123,-
R12	2-vlaks inlay	€ 123,-
R10	3-vlaks inlay composiet	€ 157,-
R13	3-vlaks inlay	€ 157,-
R40	Eerste dummy	€ 188,-
R45	Volgende dummy	€ 188,-
R31	Opbouw plastisch materiaal	€ 22,-
R32	Gegoten opbouw indirecte methode	€ 68,-
R33	Gegoten opbouw directe methode	€ 68,-
R60	Etsbrug zonder preparatie	€ 113,-
R61	Etsbrug met preparatie	€ 113,-
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	€ 20,-
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	€ 12,-
R78	Labiale veneering zonder preparatie	€ 84,-
R79	Labiale veneering met preparatie	€ 84,-
P10	Partiële kunstharsprothese 1-4 elementen	€ 25,-
P15	Partiële kunstharsprothese 5-13 elementen	€ 36,-
P34	Frame-prothese 1-4 elementen	€ 250,-
P35	Frame-prothese 5-13 elementen	€ 340,-
P51	Rebasen, indirect zonder randopbouw	€ 14,-
P52	Rebasen, indirect met randopbouw	€ 14,-
P53	Rebasen, direct zonder randopbouw	€ 14,-
P54	Rebasen, direct met randopbouw	€ 14,-

Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.

Per kalenderjaar komen voor de gezamenlijke kosten van inlays, etsbruggen, kronen en brug(tussen)delen, tot ten hoogste 3 elementen voor vergoeding in aanmerking.

Alleen verzekerden vanaf 18 jaar met een regelmatig onderhouden en door de tandarts gecontroleerd gebit, kunnen voor deze vergoedingen in aanmerking komen.

8.40.m Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Voor kinderen jonger dan 18 jaar wordt per behandelmaand € 7,- vergoed. Indien twee of meer kinderen jonger dan 18 jaar, uit één gezin in enige kalendermaand kaakorthopedische hulp ontvangen wordt € 14,- voor het tweede en volgende onder behandeling zijnde kind vergoed. Voor verzekerden vanaf 18 jaar bedraagt de vergoeding € 16,- per maand. Indien sprake is van een hoofdverzekering die een vergoeding biedt voor orthodontie, zal de hiergenoemde vergoeding uitsluitend dienen als aanvulling tot aan de werkelijk gemaakte kosten.

KLASSEVERZEKERING

11.10.d KLASSEVERZEKERING

De klasseverzekering is aanvullend op de hoofdverzekeringen van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten. Zorg die vanuit deze verzekering wordt vergoed, moet in Nederland worden verstrekt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 7.

Binnen de grenzen van de Algemene Voorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

1. Opname voor langer dan 24 uur in de verzekerde klasse van een ziekenhuis

Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de kosten wegens verpleging met uitzondering van een sanatorium met kliniek voor longziekten, volgens de verpleegprijs voor de verzekerde klasse mits ook daadwerkelijk opgenomen voor deze klasse, verminderd met de verpleegprijs voor de laagste klasse van dit ziekenhuis.

Indien opname in een ziekenhuis plaatsvindt in een lagere dan de verzekerde klasse, dan wordt op verzoek van verzekerde € 23,- per verpleegdag vergoed.

2. Bijkomende kosten

Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de bijkomende kosten voortvloeiend uit een ziekenhuisopname volgens de geldende prijs, gebaseerd op opname in de verzekerde klasse, verminderd met de geldende prijs gebaseerd op opname in de laagste klasse. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien tegelijkertijd recht op vergoeding volgens de eerste alinea (punt 1) bestaat.

3. Klinische specialistenhulp

Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de kosten van klinische specialistenhulp, verminderd met het bedrag waarop krachtens de elders lopende verzekering aanspraak gemaakt kan worden, of indien zodanige aanspraken niet bestaan, verminderd met het geldende honorarium volgens het specialistentarief van de ziekenfondsen.

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien tegelijkertijd recht op vergoeding volgens de eerste alinea (punt 1) bestaat.

T1

11.85.a T1

De Aanvullende Verzekering Tandheelkundige Hulp is aanvullend op de hoofdverzekering van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding, zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten.

De omschrijvingen sluiten aan bij de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) voor tandartsen.

De techniekkosten worden niet vergoed.

De kosten van het onderzoek verbonden aan het bezoek aan de tandarts ter verkrijging van het tandheelkundig keuringsrapport zullen worden vergoed na ontvangst van dit keuringsrapport, mits de verzekering wordt geaccepteerd door verzekeraar.

Voor behandelingen, uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

Consulten

C11	Periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar	75%
C12	Periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar eenmaal per kalenderjaar	75%
C13	Incidenteel consult	75%
C29	Studiemodel t.b.v. opstellen behandelplan	75%

Röntgendiagnostiek

X10	Intra-orale foto	75%
-----	------------------	-----

Preventieve behandelingen

M50	Tandsteenverwijdering gering, eenmaal per 6 maanden	75%
of		
M55	Tandsteenverwijdering normaal, eenmaal per 6 maanden	75%
of		
M59	Tandsteenverwijdering uitgebreid, eenmaal per 6 maanden	75%

Anesthesie

A10	Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie	75%
A15	Oppervlakte anesthesie	75%

Restauraties van plastisch materiaal (vullingen: amalgaam, composiet)

V10	Pitvulling	75%
V11	1-vlaks restauratie	75%
V12	2-vlaks restauratie	75%
V13	3-vlaks restauratie/klasse IV hoekopbouw	75%
V14	Amalgaamkroon/composietkroon	75%
V15	Directe labiale veneering	75%
V20	Etstechniek ten behoeve van composiet	75%
V21	Etsen in combinatie etsbare onderlaag	75%
V50	Droogleggen elementen door middel van cofferdam	75%
V80/85	Stiften in wortelkanaal	75%

In de gezamenlijke kosten van bovengenoemde restauraties van plastisch materiaal worden per kalenderjaar maximaal 6 restauraties vergoed.

Wortelkanaalbehandelingen

E10	Wortelkanaalbehandeling éénkanaalig element of eerste kanaal van meerkanaalig element: zilverstift, point of pointsectie	75%
E20	Wortelkanaalbehandeling éénkanaalig element of eerste kanaal van meerkanaalig element: pasta	75%
E15	Wortelkanaalbehandeling elk volgende kanaal: zilverstift, point of pointsectie	75%
E25	Wortelkanaalbehandeling elk volgende kanaal: pasta	75%
E30	Mortaalamputatie	75%
E65	Apexificatie	75%
E76	Initiële wortelkanaalbehandeling per kanaal	75%

Chirurgische behandelingen (inclusief anesthesie)

H10	Extractie inclusief eenvoudig wondtoilet	75%
H15	Volgende extractie in dezelfde zitting en zelfde kwadrant	75%
H30	Gecomplieerde extractie: zonder mucoperiostale opklap	75%
H35	Gecomplieerde extractie: met mucoperiostale opklap	75%
H42	Apexresectie per radix: zonder afsluiting	75%
H43	Apexresectie per radix met ante of retrograde-afsluiting	75%

Parodontologie

Het doorlopen van het 'parodontologieprotocol' wordt gedurende de gehele verzekeringsduur eenmalig vergoed, waarbij de vergoeding voor het aantal consulten nazorg (T51-T56) is beperkt tot twee. Kosten voor eerder doorlopen fases van het protocol komen niet voor vergoeding in aanmerking (zie artikel 11.91.a voor inhoudelijke uitleg over het parodontologieprotocol).

Uitgevoerd door tandarts of mondhygiënist in loondienst:

T11	Onderzoek met pocketstatus	75%
of		
T12	Onderzoek met parodontiumstatus	75%
T21	Scaling en rootplanning door tandarts per element	75%
T22	Scaling en rootplanning door mondhygiënist per element	75%
T31	Herbeoordeling met pocketstatus	75%
T32	Herbeoordeling met parodontiumstatus	75%
T33	Uitgebreid bespreken vervolgtraject	75%
T70	Flapoperatie in een interdentale ruimte	75%
T71	Flapoperatie per sextant	75%
T72	Flapoperatie uitgebreid per sextant	75%
T73	Directe post-operatieve zorg, kort	75%
T74	Directe post-operatieve zorg, uitgebreid	75%
T75	Post-operatief evaluatieonderzoek met parodontiumstatus	75%
T76	Tuber- of retromolaar plastic	75%
T51	Kort consult parodontale nazorg tandarts	75%
T52	Kort consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T53	Consult parodontale nazorg tandarts	75%
T54	Consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T55	Uitgebreid consult parodontale nazorg tandarts	75%
T56	Uitgebreid consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T60	Evaluatieonderzoek met pocketstatus	75%
T61	Evaluatieonderzoek met parodontiumstatus	75%

De initiële behandeling, herbeoordeling en nazorg kunnen, onder de bovenomschreven voorwaarden, worden uitgevoerd door een door verzekeraar gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist, na schriftelijke verwijzing door een tandarts. Vergoed wordt 75% van de in de individuele overeenkomst vastgestelde tarieven.

De volgende verrichtingen, niet vallend onder het parodontologieprotocol, komen voor vergoeding in aanmerking:

T81	Tuber- of retromolaar plastic	75%
T82	Gingivectomie per element	75%
T83	Gingivectomie per sextant	75%

Vergoeding prothetische voorzieningen in de vorm van:

P01	Rebasen/relinen volledige prothese	€ 26,-
P02	Indirect met randopbouw	€ 55,-
P03	Direct zonder randopbouw	€ 37,-
P04	Direct met randopbouw	€ 55,-
P10	Partiële plaatprothese 1 - 4 elementen	€ 52,-
P14	Individuele afdruk met randopbouw	€ 38,-
P15	Partiële plaatprothese 5 - 13 elementen	€ 103,-
P18	Extra voor gegoten anker per stuk	€ 10,-
P21	Bovenprothese	€ 103,-
P25	Onderprothese	€ 138,-
P30	Volledige prothese	€ 224,-
P34	Frame prothese 1 - 4 elementen	€ 141,-
P35	Frame prothese 5 - 13 elementen	€ 193,-
P36	Individuele afdruk zonder randopbouw	€ 17,-

Voor de kosten van één van de bovengenoemde prothetische voorzieningen wordt per verzekerde per 7 kalenderjaren ten hoogste éénmaal per kaak vergoeding verleend.

P51	Rebasen (per werkstuk) indirect zonder randopbouw	€ 24,-
P52	Rebasen (per werkstuk) indirect met randopbouw	€ 52,-
P53	Rebasen (per werkstuk) direct zonder randopbouw	€ 34,-
P54	Rebasen (per werkstuk) direct met randopbouw	€ 52,-
P57	Reparatie van de prothese zonder afdruk	€ 10,-
P79	Bijplaatsen van elementen en/of ankers, uitbreiden partiële prothese met afdruk	€ 27,-

Overkappingsprothesen op implantaten

I85	Boven- en onderprothese	€ 180,-
I87	Onderprothese	€ 90,-

Gnathologie

Wanneer uit het Uitgebreid Functieonderzoek blijkt dat er vanuit de betreffende hoofdverzekering aanspraak bestaat op tandheelkundige hulp wegens zeer ernstige craniomandibulaire dysfunctie, dan worden de volgende behandelingen alsnog vergoed:

G01	Uitgebreid Functieonderzoek (UFO)	100%
G61	Instructie spieroefeningen	100%
G62	Occlusale spalk (exclusief techniekkosten)	100%
G63	Repositiespalk (exclusief techniekkosten)	100%
G64	Controlebezoek spalk	100%

T2

11.85.b T2

De Aanvullende Verzekering Tandheelkundige Hulp is aanvullend op de hoofdverzekering van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding, zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten.

De omschrijvingen sluiten aan bij de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) voor tandartsen.

De techniekkosten worden niet vergoed.

De kosten van het onderzoek verbonden aan het bezoek aan de tandarts ter verkrijging van het tandheelkundig keuringsrapport zullen worden vergoed na ontvangst van dit keuringsrapport, mits de verzekering wordt geaccepteerd door verzekeraar.

Voor behandelingen, uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

Als aanvulling op artikel 11.85.a gelden de volgende vergoedingen:

Opbouw

R31	Opbouw plastisch materiaal	75%
R32	Gegoten opbouw; indirecte methode	75%
R33	Gegoten opbouw; directe methode	75%

Inlays

R12	2-vlaks inlay (inclusief noodvoorziening)	75%
R13	3-vlaks inlay (inclusief noodvoorziening)	75%

Kronen

R20	Gegoten metalen kroon (inclusief noodkroon)	75%
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein, partiële omslijping of schouderbevel preparatie, gegoten metalen kroon met kunstharvenster	75%
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie (inclusief noodkroon)	75%
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie (inclusief noodkroon)	75%

Bruggen

R40	Brugtussendeel	75%
R45	Tweede en volgende dummy in betreffende brugtussendeel	75%
R60	Etsbrug zonder preparatie	75%
R61	Etsbrug met preparatie	75%
R65	Etsbrug, elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	75%
R66	Etsbrug, elke volgende bevestiging boven aantal van twee	75%

In de gezamenlijke kosten van inlays, kronen en brugdelen wordt per verzekerde per kalenderjaren maximaal 3 elementen vergoed.

11.91.a PARODONTOLOGIEPROTOCOL

Sinds 1 januari 1998 is de behandeling van tandvleesproblemen geprotocolleerd. Dat wil zeggen dat de behandeling volgens een bepaald stappenplan en in een vaste volgorde plaats moet vinden.

Het doel van het 'parodontologieprotocol' is uw tandvlees zodanig te behandelen en u zo goed mogelijk voor te lichten dat u na het doorlopen van het protocol weer een goede mondgezondheid heeft bereikt en zelf in staat bent dat zo te houden.

Geové vindt het heel belangrijk dat u goede zorg krijgt en vergoedt het volledige protocol dan ook voor 75%. Het betreft een kostbare behandeling en daarom wordt het doorlopen van het protocol éénmaal vergoed voor de totale verzekeringsduur. Dat kan ook voldoende zijn want na het doorlopen van het protocol is uw tandvlees immers weer in een zo goed mogelijke conditie.

U doorloopt de volgende stadia van de protocolbehandeling:

1. Eerste onderzoek: (= initieel onderzoek) met heel veel metingen brengt de tandarts of mondhygiënist de omvang van uw tandvleesprobleem in kaart. Dit onderzoek wordt uitgebreid met u besproken (de behandelcodes: T11, T12 en T12M)*.
2. Beginbehandeling: (= initiële behandeling) de probleemplaatsen worden door de tandarts, parodontoloog of mondhygiënist zeer grondig schoongemaakt. Tevens krijgt u uitgebreide voorlichting over het onderhoud van uw gebit en uw tandvlees. Dit is van groot belang, want zonder uw inzet kan en zal de behandeling niet het gewenste resultaat opleveren (T21, T22 en T22M)*.
3. Herbeoordeling: enige tijd na die eerste behandeling worden de metingen van stap 1 herhaald om vast te stellen wat het resultaat is geweest van de beginbehandeling (T31, T32, T33, T32M en T33M)*.
4. Chirurgie: wanneer blijkt dat de beginbehandeling niet voldoende resultaat heeft opgeleverd om een stabiele mondgezondheid te bereiken kunnen plaatselijk kleine operaties nodig zijn (T70 t/m T76)*.
5. Nazorg: wanneer u de voor u nodige behandelingen hebt gehad wordt u nog enige tijd begeleid bij het handhaven van een stabiele mondgezondheid. Van de consulten nazorg worden er door Geové maximaal twee vergoed (T51 t/m T56 en T54M)*.
6. Eindevaluatie: alle metingen van stap 1 en stap 3 worden nog eens herhaald om vast te stellen wat het resultaat is van de totale behandeling. Dit wordt weer met u besproken (T60, T61 en T61M)*.

Dus stap 1 is het gedeelte van onderzoek, de stappen 2 tot en met 4 vormen het gedeelte van de behandeling en de stappen 5 en 6 het gedeelte van nazorg en begeleiding. Wanneer de situatie bij u in het begin niet zeer ernstig was is stap 4 mogelijk niet nodig.

In de verzekeringsvoorwaarden van onze Tandheelkundige Verzekeringen is vastgelegd dat eerder doorlopen stappen van het protocol niet worden vergoed. Tevens is vastgelegd dat er maximaal 2 consulten nazorg worden vergoed.

*T-codes zijn codes voor tandvleesbehandelingen, die door tandartsen en mondhygiënist op hun nota's gebruikt worden.