



zorg en inkomen

Lijst van Verstrekkingen 2005

Geové Free Livingpolis

Lijst van Verstrekkingen Geové Free Livingpolis

Ingaande 1 januari 2005

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

ALGEMEEN (pagina 1)

- Machtiging
- De Zorgmakelaar
- Juridische hulp bij ongevallen

Basisdekking FREE LIVINGPOLIS (pagina 1)

- Buitenlanddekking

RUBRIEK I

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

- Ziekenhuisopname

RUBRIEK II

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

- Poliklinische zorg
- Revalidatie
- Zelfstandig behandelcentrum

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Chronisch intermitterende beademing

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Leukemie bij kinderen
- Nierdialyse
- Orgaantransplantaties
- Trombosedienst

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
- Tandheelkundige implantaten

RUBRIEK III

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Farmaceutische zorg
- Dieetpreparaten
- Verbandmiddelen

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.

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.

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 een eventueel eigen risico.

FREE LIVINGPOLIS

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

Buitenlanddekking*: Woonachtig in Nederland, medische hulp in een andere lidstaat van de EU/EER 7.40.a* Medische hulp in een andere EU/EER-lidstaat

- 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 maximaal 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.

RUBRIEK I

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01.a* Ziekenhuisopname

Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

Indien een ziekenhuis niet declareert via de DBC-systematiek worden vergoed:

- 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.

RUBRIEK II

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.02.a Poliklinische zorg

Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

Indien een ziekenhuis niet declareert via de DBC-systematiek worden vergoed:

- 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 (H40, H41, H42, H43, H44, H59, H60, H65, H70, H75, H80, H85 en H90) 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

Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het zelfstandig behandelcentrum door middel van het DBC-tarief. Indien verzekeraar met het zelfstandig behandelcentrum een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het zelfstandig behandelcentrum in rekening wordt gebracht.

De kosten van een zelfstandig behandelcentrum komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

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.

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* Organtransplantaties

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 weefseltypering 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 maximaal 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 organtransplantatie.

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

6.36.a Trombosedienst

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

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.

8.21.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.

RUBRIEK III

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 zoals 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.

Geové zorgverzekeraar • Locatie Groningen
Schweitzerlaan 6 • 9728 NP Groningen • Postbus 64 • 9700 MD Groningen
Telefoon (050) 523 33 33 • Fax (050) 523 34 70 • info@geove.nl • www.geove.nl

Q229 012005

