

**VOORWAARDEN BIJ DE
ZIEKENFONDSVERZEKERING**

(per 1 januari 2000)

**AANVULLENDE
ZIEKENFONDSVERZEKERING**

**AANVULLENDE
TANDARTSKOSTENVERZEKERING**

Model 27003-0100

BIJZONDERE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZIEKENFONDSVERZEKERING

Op vergoeding van de hierna genoemde rubrieken en met inachtneming van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen, bestaat aanspraak mits de verzekerde op de behandeldatum een Aanvullende Ziekenfondsverzekering heeft.

Op de hierna genoemde rubrieken bestaat geen aanspraak op vergoeding van vervoerskosten, tenzij anders is bepaald.

Artikel 1

Ingang en acceptatie van de verzekering

- 1 Wanneer de Aanvullende Ziekenfondsverzekering tegelijkertijd met de hoofdverzekering wordt aangevraagd, geschiedt de acceptatie op basis van non-selectie. De ingangsdatum van de Aanvullende Verzekering is dan gelijk aan de hoofdverzekering.
- 2 Indien de Aanvullende Ziekenfondsverzekering niet gelijktijdig met de hoofdverzekering wordt aangevraagd, vindt acceptatie plaats op basis van selectie. De inschrijving vindt dan plaats per de eerste van de maand volgend op de datum binnenkomst van de aanvraag bij de maatschappij.
- 3 De verzekering moet worden aangegaan voor alle leden van het gezin.

Artikel 2

Duur van de verzekering

De inschrijving geldt voor een termijn van 1 jaar. Indien echter de inschrijving niet per 1 januari geschiedt, loopt de eerste inschrijvingstermijn tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijving plaatsvond.

Artikel 3

Machtiging

Op bepaalde vergoedingen en verstrekkingen bestaat slechts aanspraak indien vooraf een machtiging is verleend door de maatschappij.

Artikel 4

Vergoedingen

Vergoeding vindt plaats voor de kosten van:

1 Alternatieve geneesmiddelen

Homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen die wettelijk geregistreerd staan in de Homeopathie vergoedingenlijst (Z.index) worden vergoed als deze zijn verstrekt op voorschrift van een (huis)arts of alternatieve arts.

Vergoeding vindt alleen plaats als de geneesmiddelen worden verkregen van een in Nederland gevestigde farmaceutische voorziening waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De maximale vergoeding bedraagt f 400,- per verzekerde per kalenderjaar.

2 Alternatieve geneeswijzen

Vergoed worden de kosten van consulten en behandelingen van de hieronder vermelde alternatieve geneeswijzen. De maximale vergoeding bedraagt f 62,50 per consult en/of behandeling. De maximale vergoeding bedraagt f 400,- per verzekerde per kalenderjaar. Voorwaarde voor vergoeding is dat de consulten en/of behandelingen worden uitgevoerd door een in Nederland bevoegde arts (a t/m e) of zorgverlener (f en g) die door de maatschappij is erkend.

- a acupunctuur;
- b antroposofische geneeskunde;
- c homeopathie;

- d manuele geneeskunde;
 - e natuurgeneeskunde;
 - f behandeling door een chiropractor;
 - g klassieke homeopathie.
- Indien de alternatieve arts tevens de huisarts is, worden de consulten en behandelingen niet vergoed.
- 3 **Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood**
Op verwijzing van huisarts of kinderarts wordt na goedkeuring door de maatschappij bewakingsapparatuur in bruikleen verstrekt voor de duur van maximaal 18 maanden.
- Brillenglazen/contactlenzen**
Vergoed worden de kosten van brillenglazen en contactlenzen van 4,25 dioptrieën of meer. De vergoeding bedraagt maximaal f 150,- per 3 kalenderjaren.
- 5 **Brilmonturen**
Vergoed worden de kosten van brilmonturen voor kinderen tot 16 jaar. De vergoeding bedraagt maximaal f 50,- per 2 kalenderjaren.
Voor verzekerden van 65 jaar en ouder is de vergoeding maximaal f 50,- per 3 kalenderjaren.
Voor de aanschaf van zonnebrillen wordt geen vergoeding verleend.
- 6 **Buitenlanddekking**
Bij tijdelijk verblijf in het buitenland (maximaal 6 maanden) worden vergoed:
- a de kosten van spoedeisende geneeskundige hulp, op basis van de kostprijs (laagste verpleegklasse), indien deze behandeling(en) bij verblijf in Nederland zouden vallen onder de dekking van de Ziekenfondsverzekering of AWBZ;
 - b de kosten van tandheelkundige hulp tot een bedrag van f 750,-, indien sprake is van acute pijn en/of acute problemen waarbij noodvoorzieningen moeten worden getroffen en de verzekerde tevens een Aanvullende Tandartskostenverzekering bij de maatschappij heeft afgesloten;
 - c de kosten van ziekenvervoer vanuit het buitenland terug naar Nederland (repatriëring), na toestemming van de maatschappij;
- d de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot terug naar Nederland.
Niet vergoed worden kosten die redelijkerwijs te voorzien waren bij vertrek naar het buitenland.
Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient direct contact te worden opgenomen met de Alarmcentrale EuroCross.
De kosten worden alleen vergoed tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de verrekenkoers op de dag waarop de medische behandeling heeft plaatsgevonden.
Voor landen waarmee Nederland een verdrag heeft gesloten over het verstrekken van geneeskundige hulp wordt de koers vastgesteld door de Ziekenfondsraad.
- 7 **Camouflagetherapie**
Vergoed worden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, als deze therapie door een arts is voorgeschreven.
Voorwaarde is dat de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De vergoeding bedraagt maximaal f 200,- per kalenderjaar voor behandelingen en camouflagemiddelen tezamen.
- 8 **Epilatiebehandeling**
Vergoed worden de kosten van elektrische epilatie van ernstig storende haargroei in het gelaat bij vrouwen op verwijzing van huisarts of specialist.
Voorwaarde is dat de behandeling wordt uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.
De vergoeding bedraagt 75% van de kosten tot een maximum van f 1.500,- voor de totale duur van de verzekering.
- 9 **Farmaceutische hulp**
Op aanvraag van huisarts of specialist en na goedkeuring door de maatschappij kan vergoeding worden verleend voor een aantal geneesmiddelen welke niet

vergoed worden krachtens de regeling Farmaceutische hulp zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet.

De vergoeding wordt verleend voor een beperkt aantal middelen bij een aantal op diagnose gebaseerde indicaties.

De middelen waarom het gaat zijn bekend bij de huisarts, apotheek en specialist. Op aanvraag is een lijst verkrijgbaar.

10 **Fysiotherapie/oefentherapie**

Cesar/Mensendieck

Vergoed worden de kosten van behandelingen op voorschrift van de huisarts of specialist door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of Mensendieck als bedoeld in het Fysiotherapeutenbesluit, de Besluiten oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, voorzover niet gedekt door de Ziekenfondsverzekering.

De vergoeding dient vooraf, ter goedkeuring, te worden aangevraagd bij de maatschappij.

De hulp moet worden verleend door een zorgverlener waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

De reiskosten worden vergoed op basis van openbaar vervoer (laagste klasse) of indien gebruik wordt gemaakt van eigen vervoer f 0,22 per kilometer.

11 **Herstellingsoorden**

Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage voor opname in een door de maatschappij erkend herstellingsoord, niet zijnde een AWBZ-herstellingsoord.

De maximale vergoeding bedraagt f 90,- per dag gedurende maximaal 4 weken per kalenderjaar.

De reiskosten bij opname en ontslag kunnen worden vergoed op basis van openbaar vervoer (laagste klasse) of indien gebruik wordt gemaakt van eigen vervoer f 0,22 per kilometer.

Zowel de kosten van het verblijf in het herstellingsoord als de reiskosten moeten vooraf, ter goedkeuring, door een arts worden aangevraagd.

12 **Hoortoestellen**

Vergoed wordt, op medische indicatie en na voorafgaande toestemming door de maatschappij, de door de verzekerde

verschuldigde eigen bijdrage bij aanschaf van een geavanceerd hoortoestel. De vergoeding bedraagt maximaal f 400,- voor een enkelvoudig hoortoestel en maximaal f 800,- voor een dubbel hoortoestel.

Er vindt uitsluitend vergoeding plaats voor hoortoestellen welke vergoed worden volgens de regeling Hulpmiddelen, zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet.

13 **Kortdurende Psychologische Zorg**

Vergoed worden de kosten van een behandeling door een psycholoog.

Maximaal worden 9 zittingen per maanden vergoed. De maximale vergoeding bedraagt f 105,- per zitting.

De volgende nadere voorwaarden zijn van toepassing:

- het moet gaan om acute, kortdurende individuele hulp die plaatsvindt in het kader van de behandeling door de huisarts;
- de behandeling kan alleen plaatsvinden na verwijzing door de huisarts;
- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een psycholoog afgestudeerd in de psychologie en die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat;
- de vergoeding wordt rechtstreeks overgemaakt aan de psycholoog.

14 **Leefstijltrainingen**

Vergoed worden, op aanvraag van huisarts of specialist en na voorafgaande toestemming door de maatschappij, de kosten van maximaal 1 leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum (LTC) te Zwolle. De eigen bijdrage is f 225,-.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie bij mensen met stotterproblemen.

15 **Mamma-prothesen**

Indien de mamma-prothese vergoed wordt volgens de regeling Hulpmiddelen zoals deze is vastgesteld in de Zieken-

fondswet, wordt deze vergoeding aangevuld tot maximaal f 420,-.

16 **Manuele Lymfdrainage**

Vergoed worden de kosten van manuele lymfdrainage in verband met ernstig lymfoedeem. De behandelingen moeten worden uitgevoerd door een huidtherapeut of manueel lymftherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De manuele lymfdrainage moet vooraf, ter goedkeuring, worden aangevraagd door een arts. De vergoeding bedraagt maximaal f 1.000,- per kalenderjaar.

17 **Oefentherapie voor verzekerden met reuma**

Vergoed worden de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water.

Voorwaarde voor vergoeding is dat men in groepsverband deelneemt onder leiding van een gediplomeerd fysiotherapeut of gediplomeerd Cesar/Mensendieck - therapeut.

De vergoeding bedraagt maximaal f 7,- per keer, met een maximum van f 350,- per kalenderjaar. De vergoeding wordt rechtstreeks overgemaakt aan de door de maatschappij erkende organiserende instantie.

18 **Orthodontie voor kinderen tot 18 jaar**

Voor de duur van de verzekering wordt vergoed 75% van de kosten van orthodontische behandelingen door een tandarts of orthodontist. De vergoeding geldt voor maximaal 24 behandelingsmaanden, ongeacht het aantal zorgverleners dat de behandeling uitvoert.

De maand waarin de apparatuur wordt geplaatst, wordt gerekend als eerste behandelingsmaand.

Er moet sprake zijn van een actieve beugelbehandeling.

Alleen de kosten van noodzakelijke extra behandeling die worden veroorzaakt door de overname van de behandeling door een andere behandelaar als gevolg van een verhuizing worden vergoed.

Er wordt geen vergoeding gegeven voor de kosten van orthodontische behande-

lingen als gevolg van onzorgvuldig gebruik en/of slechte gewoonten.

19 **Orthodontie voor volwassenen**

Voor de duur van de verzekering wordt vergoed 75% van de kosten van orthodontische behandelingen door een tandarts of orthodontist. De vergoeding geldt voor maximaal 24 behandelingsmaanden, ongeacht het aantal zorgverleners dat de behandeling uitvoert. Vergoed worden de kosten van behandeling van ernstige orthodontische afwijkingen bij volwassenen.

De volgende voorwaarden zijn van toepassing:

- er moet sprake zijn van een gecombineerde kaakchirurgische (osteotomie) en orthodontische behandeling;
- vergoeding vindt plaats nadat de kaakchirurgische behandeling heeft plaatsgevonden;
- de afwijking en de aanvraag voor vergoeding moeten voor het 18e levensjaar bij de maatschappij bekend zijn;
- de verzekerde is bij aanvang van de behandeling niet ouder dan 24 jaar;
- de behandeling dient vooraf, ter goedkeuring, te worden aangevraagd bij de maatschappij.

20 **Orthopedisch schoeisel**

De door de verzekerde van 16 jaar en ouder verschuldigde eigen bijdrage voor orthopedische- of allergeenvrije schoenen wordt vergoed tot maximaal f 25,- per schoen.

Er vindt uitsluitend vergoeding plaats voor orthopedische- of allergeenvrije schoenen welke vergoed worden volgens de regeling Hulpmiddelen zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet.

21 **Pedicurehulp**

Vergoed worden, op verwijzing van huisarts of specialist, de kosten van voetverzorging bij dreigende diabetische of reumatische voetproblemen.

De behandeling moet worden gegeven door een pedicure waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De maximale vergoeding bedraagt f 35,-

- per behandeling met een maximum van f 210,- per kalenderjaar.
- 22 **Plaswekker**
Op verwijzing van huisarts of specialist wordt na goedkeuring door de maatschappij een plaswekker in bruikleen verstrekt gedurende een periode van 3 maanden.
- 23 **Podotherapie**
Vergoed worden, op verwijzing van huisarts of specialist, de kosten van voetbehandeling bij ernstige diabetische of reumatische voetproblemen.
De behandeling moet worden gegeven door een podotherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.
De maximale vergoeding bedraagt f 275,- per kalenderjaar.
- 24 **Poliklinische bevalling zonder medische indicatie**
Voor verzekerden geldt bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie een vergoeding van 50% van de op basis van de hoofdverzekering wettelijk in rekening gebrachte eigen bijdrage.
Voorwaarde is dat de eigen huisarts of verloskundige zelf de bevalling leidt.
De eigen bijdrage kraamzorg wordt niet vergoed.
- 25 **Psoriasis kuurbehandelingen**
Vergoed worden, op verwijzing van huisarts of specialist, de kosten van behandelingen tot maximaal f 2.750,- per kalenderjaar bij ernstige psoriasis aandoeningen in
- a de volgende psoriasisdagbehandelingscentra in Nederland:
- Kuurcentrum Nieuweschans;
 - Kuurdagbehandelingscentrum in Boekelo;
 - Kuurpolikliniek Groningen;
 - Skin Therapy Vema B.V. in Schagen en Vlaardingen.
- Reiskosten worden niet vergoed.
- b het buitenland in de volgende behandelcentra:
- Kliniek Beau Reveil te Leysin, Zwitserland of
 - in een kliniek in Ein Bokek (Dode Zee), Israël.
- De vergoeding is inclusief reiskosten.
- 26 **Reuma kuurbehandelingen**
Vergoed worden, op aanvraag en na voorafgaande toestemming door de maatschappij, de kosten van behandelingen tot maximaal f 2.750,- per kalenderjaar bij reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. Reiskosten worden niet vergoed.
Alleen kuurreizen die worden georganiseerd door de Stichting Interkuur te Noordwijk komen voor vergoeding in aanmerking.
- 27 **Ronald McDonald Huis, logeershuis / bezoekenregeling**
Bij verpleging of poliklinische behandeling van de verzekerde of een (mee)verzekerde gezinslid in een ziekenhuis dat op minimaal 50 kilometer ligt van de woonplaats van de verzekerde worden vergoed:
- de kosten van het verblijf in een Ronald McDonald Huis of een logeershuis, verbonden aan een ziekenhuis. De maximale vergoeding bedraagt f 25,- per dag;
 - de reiskosten voor maximaal 1 bezoek aan een (mee)verzekerde gezinslid per dag.
- Het verzoek om vergoeding van de reiskosten dient schriftelijk te worden ingediend. De vergoeding voor de reiskosten is gebaseerd op de tarieven van het openbaar vervoer (tweede klas).
Voor vervoer per eigen auto geldt e vergoeding van f 0,22 per kilometer.
Voor verblijf- en reiskosten geldt een eigen bijdrage van f 200,-.
De vergoeding voor verblijf- en reiskosten bedraagt maximaal f 1.000,- per aandoening.
- 28 **Second Opinion**
Op verwijzing van de huisarts worden vergoed de kosten verbonden aan het verkrijgen van een second opinion door een andere specialist dan de behandelend specialist.

29 Steunzolen

Vergoed wordt voor volwassenen éénmaal per 2 kalenderjaren en voor kinderen tot 16 jaar éénmaal per kalenderjaar, maximaal f 75,- voor steunzolen naar blauwdruk, gipsmodel of schuimdoos-techniek.

De steunzolen dienen geleverd te worden door een leverancier waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft, op voorschrift van de behandelend arts.

30 Stottertherapie

Vergoed worden, op verwijzing van huisarts, behandel-, reis- en verblijfkosten van stottertherapie volgens de hierna genoemde methodes, tot maximaal f 1.000,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.

- BOMA-methode;
- Del Ferro-methode;
- Doetinchemse-methode;
- Hausdörfer-methode.

31 Tandheelkundige hulp voor kinderen tot 18 jaar

Vergoed wordt 100% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de officieel goedgekeurde tarieven (tenzij anders is aangegeven):

*Inlays**

- R11 eenvlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek
- R12 tweevlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek
- R13 drievlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek

Kronen (inclusief noodvoorziening)*

- R20 gegoten metalen kroon
- R25 gegoten metalen kroon met opgebakken porselein
- R26 jacketkroon met schouderpreparatie
- R27 jacketkroon zonder schouderpreparatie
- R28 endokroon, indirect vervaardigd
- R29 roestvrijstalen kroon, kunstharconfectie kroon

Bruggen en etsbruggen**

- R40 eerste dummy
- R45 tweede en volgende in hetzelfde tussendeel
- R60 dummy zonder preparatie
- R61 dummy met preparatie
- R65 toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel

*Indirecte labiale veneering**

- R78 indirecte labiale veneering (schildje) zonder preparatie
- R79 indirecte labiale veneering (schildje) met preparatie

Techniekkosten kronen, inlays*, bruggen* en labiale veneeringen**

- R00 vergoeding techniekkosten van kronen, inlays, bruggen en labiale veneeringen, maximaal f 150,- per element.

Overige codes (geen vergoeding techniekkosten)

- R32 gegoten opbouw indirecte methode
- R33 gegoten opbouw directe methode
- R46 intra-coronaire brugverankering, per anker
- R74 opnieuw vastzetten gegoten restauraties
- R75 opnieuw vastzetten etsbrug
- A10 geleidings- en/of infiltratie anesthesie

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerden die 1 keer per jaar het eigen gebit door de tandarts laten onderzoeken.

* De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 kalenderjaren. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar vooraf ging.

32 Therapeutische oorden voor gehandicapten

Vergoed wordt f 15,- per dag per verzekerde gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar. Verzekerden die gehandicapt zijn en niet in een AWBZ-instelling verblijven, kunnen hiervoor in aanmerking komen.

De kosten van verblijf in oorden, die georganiseerd of verzorgd worden door instellingen waar men een dag of dagdeel verblijft (bijvoorbeeld onderwijsinstellingen) worden niet vergoed.

33 Therapeutische oorden voor kinderen

Vergoed wordt f 15,- per dag per verzekerde gedurende maximaal 6 weken per kalenderjaar en is van toepassing op:

- het verblijf in een therapeutisch oord voor astmatische kinderen;
- het verblijf in een ontspanningsoord voor kinderen die bijvoorbeeld lijden aan suikerziekte.

34 Thuisverzorging voor gehandicapten en chronisch zieken

Vergoed worden, op aanvraag door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten te Bussum en na voorafgaande toestemming door de maatschappij, de kosten van maximaal 15 zorgdagen per kalenderjaar voor vervangende hulp aan de verzekerde die gehandicapt of chronisch ziek is en die normaal gesproken thuis mantelzorg ontvangt. De maximale vergoeding bedraagt f 185,- per zorgdag.

35 Uitgestelde kraamzorg/adoptie-kraamzorg

Vergoed wordt aan vrouwelijke verzekerden maximaal 15 uur kraamzorg (conform de reguliere kraamzorg) als:

- de kraamzorg 10 dagen (of later) na de bevalling aanvangt (uitgestelde kraamzorg);
- bij feitelijke opname in het gezin het adoptiekind jonger is dan 1 jaar (adoptie-kraamzorg).

De eigen bijdrage kraamzorg wordt niet vergoed. De kraamzorg moet worden verleend door een kraamcentrum waar-

mee de maatschappij een overeenkomst heeft.

36 Vaccinaties

Vergoed worden de kosten van vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte bij een (vakantie)reis naar het buitenland.

Dit geldt voor vaccinaties en geneesmiddelen tegen de volgende ziektes:

- Malaria;
- Difterie, Tetanus, Polio (DTP);
- Gele koorts;
- Tyfus;
- Cholera;
- Hepatitis A.

De middelen dienen geleverd te worden door een in Nederland gevestigde farmaceutische voorziening waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft of de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). De maximale vergoeding bedraagt f 100,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van consulten worden niet vergoed.