



Voorwaarden 2014
Aanvullende
Verzekeringen

kiemer

AANVULLENDE VERZEKERING LIEKE AANVULLENDE VERZEKERING SANNE AANVULLENDE VERZEKERING FEMKE AANVULLENDE TANDARTSVERZEKERING LARS AANVULLENDE TANDARTSVERZEKERING SVEN AANVULLENDE TANDARTSVERZEKERING THOMAS

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2014.

Als risicodrager treedt op De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV, ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 50884077.

Inhoud

1.	Algemene informatie	5
1.1	Voordelen voor alle verzekerden	5
1.2	Zorgaanbieders en vergoedingen	5
1.3	Klachtafhandeling	5
1.4	Indienen van uw nota	6
1.5	Voorafgaande toestemming	6
1.6	Mijn Kiemer	7
2.	Algemene voorwaarden	8
2.1	Algemene bepalingen	8
2.2	Grondslag en dekkinggebied	8
2.3	Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven	9
2.4	Begin en einde van de verzekering	9
2.5	Herziening van premie of voorwaarden	11
2.6	Dekking	11
2.6.1	Omvang van de dekking	11
2.6.2	Buitenland	11
2.6.3	Samenloop met andere verzekeringen	12
2.6.4	Dekkingsperiode	12
2.6.5	Terrorismerisico	12
2.6.6	Uitsluitingen	13
2.7	Premiebetaling	13
2.8	Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde	15
2.9	Fraude	15
2.10	Klachten	16
2.11	Verhaal op derden	16
2.12	Aansprakelijkheidsbeperking	16
2.13	Registratie persoonsgegevens	17
2.14	Klachten over formulieren	17
2.15	Slotbepaling	18

3.	Inhoud van de aanvullende verzekeringen	19
	Lieke, Sanne, en Femke	
3.1	Alarmering ter voorkoming van wiegendood	19
3.2	Alternatieve geneeswijzen/therapieën/middelen	19
3.3	Anticonceptiva	20
3.4	Beeldhorloge	21
3.5	Bevalling en kraamzorg	22
	3.5.1 Tegemoetkoming eigen bijdrage	22
	3.5.2 Uitgestelde kraamzorg thuis	22
	3.5.3 Kraampakket	23
3.6	Beweegzorg	23
	3.6.1 Beweegprogramma's	23
	3.6.2 Medische fitness	24
3.7	Brillen en contactlenzen	25
3.8	Buitenland	26
	3.8.1 Preventieve consulten en middelen	26
	3.8.2 Spoedeisende zorg	26
	3.8.3 Overlijden in het buitenland	27
	3.8.4 Repatriëring bij ziekte en/of ongeval	27
3.9	Cursussen	27
3.10	Dieetadvisering	29
3.11	Ergotherapie	29
3.12	Fysiotherapie en oefentherapie	30
	3.12.1 Fysiotherapie en oefentherapie	30
	3.12.2 Probe	31
3.13	GeboorteTENS	31
3.14	(Genees)middelen	32
3.15	GVS-bijdrage	33
3.16	Herstel en Balans	34
3.17	Huidtherapie	34
	3.17.1 Epilatie	34
	3.17.2 Acnébehandeling	35
3.18	Kinderopvang	35
3.19	Kinderwensconsult	36
3.20	Kostenvergoeding bij ziekenhuisopname	36
3.21	Lactatiekundig advies	36
3.22	Operatieve ingrepen	37
	3.22.1 Flapoorcorrectie	37
	3.22.2 Ooglaserbehandeling	37
	3.22.3 Sterilisatie	38
3.23	Pensionkosten (onder andere Ronald McDonald Huizen)	38
3.24	Plaswekker	39
3.25	Podotherapie, podologie en podoposturaaltherapie	39
3.26	Psychologische zorg	40
	3.26.1 Eerstelijns psychologische zorg	40
	3.26.2 Runningtherapie	41

3.27	Redressiehelm	41
3.28	Sportarts/Sport Medisch Adviescentrum (SMA)	42
3.29	Steunpessarium	42
3.30	Steunzolen en therapiezolen	43
3.31	Stottertherapie	43
3.32	Tandheekundige zorg	44
	3.32.1 Kroon- en brugwerk	44
	3.32.2 Beugels (orthodontie)	45
	3.32.3 Ongevallenregeling	46
3.33	Therapeutische vakantiecampen voor kinderen	46
4.	Inhoud van de aanvullende tandartsverzekeringen	48
4.1	Aanvullende Tandartsverzekering Lars en Sven	48
4.2	Aanvullende Tandartsverzekering Thomas	49
5.	Begripsomschrijvingen	51

Voorwoord

Beste klant,

Het leven van een kind zit vol mooie en spannende momenten. Daar wilt u onbezorgd van genieten. Kiemer begrijpt dat. Wij helpen u daarbij. Want mocht er toch onverwachts iets gebeuren, dan kunt u altijd rekenen op de beste zorg voor u en uw opgroeiende kind.

Bij Kiemer staan goede dienstverlening en persoonlijke service voorop. Heeft u vragen over uw zorgverzekering bij Kiemer? Of heeft u een andere vraag? Wij helpen u graag verder. Daar zijn we voor.

Op www.kiemer.nl informeren wij u uitgebreid over de inhoud van onze diensten en hoe u hiervan gebruik kunt maken.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Monissen', with a long horizontal stroke extending to the right.

Diana Monissen
Voorzitter Raad van Bestuur

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

1. ALGEMENE INFORMATIE

Niet alle vergoedingen van medische voorzieningen en verstrekkingen zijn opgenomen in het wettelijk geregeld pakket volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daarom bieden wij een aantal aanvullende verzekeringen. Deze bieden dus uitsluitend dekking in aanvulling op de wettelijke verzekeringen.

1.1 Voordelen voor al onze verzekerden

Op onze website kunt u voordelig en met korting artikelen kopen in onze webwinkel. De webwinkel biedt een breed assortiment artikelen die u als ouder goed kan gebruiken. Daarnaast kunt u ook 24 uur, 7 dagen in de week gebruik maken van onze Kiemer hulplijn. Heeft u vragen, bel gerust met een van onze medisch deskundigen. Meer informatie kunt vinden op ww.kiemer.nl.

1.2 Zorgaanbieders en vergoedingen

1.2.1 Vergoeding voor een bepaalde behandeling?

Het is belangrijk vooraf te weten of er sprake is van een eigen bijdrage voor uw behandeling en of de geneesmiddelen of hulpmiddelen die u nodig heeft door uw verzekering worden vergoed. De vergoeding van specifieke behandelingen en middelen kunt u vinden in deze voorwaarden. Ook vindt u hier of er bepaalde voorwaarden aan de behandelaar worden gesteld.

1.2.2 Vergoeding van een bepaalde zorgaanbieder?

Zoekt u informatie over zorgaanbieders waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten? Deze vindt u op www.kiemer.nl. Bij 'Zoek een zorgverlener' kunt u een keuze maken voor het soort zorgaanbieder en woonplaats.

<p>Let op: Het kan gebeuren dat een zorgovereenkomst met een zorgaanbieder wordt beëindigd. Wij adviseren u daarom voordat u zorg nodig heeft altijd contact met ons op te nemen of op de website na te kijken of uw zorgaanbieder nog steeds een overeenkomst met ons heeft.</p>
--

1.3 Klachtafhandeling

Wij besteden veel tijd en aandacht aan het afhandelen van klachten. Een klacht wordt door ons gezien als een mogelijkheid om onze informatievoorziening en dienstverlening verder te verbeteren. U kunt zowel per e-mail als schriftelijk uw klacht indienen. Na ontvangst van uw klacht ontvangt u van ons een ontvangstbevestiging. Wilt u meer weten? Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden wordt nader op de klachtenafhandeling ingegaan. Meer informatie kunt u vinden op onze website.

1.4 **Indienen van uw nota**

Nota's van zorgaanbieders waarmee wij (nog) geen contract hebben afgesloten worden meestal eerst door uzelf betaald. Daarna kunt u de nota bij ons declareren. Dit kan op de volgende manieren:

- a. online indienen via Mijn Kiemer. Meer informatie hierover vindt u op onze website;
- b. online indienen via onze website. Hier vindt u een formulier voor het online declareren van uw nota's. U kunt de (gescande) nota toevoegen als bijlage;
- c. opsturen naar Postbus 19, 8900 AA Leeuwarden.

Let op:

- a. Als u nota's digitaal heeft ingediend, moet u de papieren originele nota's nog minimaal twee jaar bewaren. Wij kunnen deze binnen deze periode nog opvragen voor controles.
- b. Omdat wij ingezonden nota's niet meer terug kunnen sturen, adviseren we u een kopie van de originele nota te maken voor uw eigen administratie.

Uw declaratie snel behandeld

Wij proberen uw declaratie altijd zo spoedig mogelijk in behandeling te nemen. Gewoonlijk is uw declaratie binnen zeven werkdagen door ons verwerkt en staat het betaalde bedrag binnen tien werkdagen op uw rekening. Zorgt u er dan wel voor dat de gegevens op de nota goed leesbaar zijn en dat uw verzekerdnummer of burgerservicenummer hierop duidelijk is vermeld.

Oude nota gevonden?

Heeft u nog een oude nota liggen? Nota's kunt u indienen tot drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Twijfelt u wat voor uw nota van toepassing is? Neem dan gerust contact met ons op.

1.5 **Voorafgaande toestemming**

Niet iedere behandeling wordt automatisch vergoed. Soms heeft u eerst onze voorafgaande toestemming nodig. Dit geldt voor sommige behandelingen, geneesmiddelen of aanschaf van bepaalde hulpmiddelen. Als dit het geval is, is dit in hoofdstuk 3 bij het betreffende artikel vermeld. Wij proberen uw aanvraag altijd binnen vijf werkdagen af te handelen. Bij onvoldoende informatie kan deze termijn oplopen tot tien werkdagen. Voor een snelle afhandeling hebben wij bij uw aanvraag daarom in ieder geval de volgende informatie nodig:

- a. uw naam, geboortedatum, adres, woonplaats en verzekerdnummer;
- b. de aandoening die behandeld wordt;
- c. de aard van de behandeling of voorziening;
- d. de duur van de behandeling;
- e. de naam en functie van de behandelaar en/of aanvrager.

Uw behandelend arts kan uw aanvraag voor u invullen.

1.6 Mijn Kiemer

U kunt als verzekeringnemer uw polisgegevens raadplegen en wijzigen in Mijn Kiemer via een per DigiD beveiligde online verbinding. Meer informatie over Mijn Kiemer vindt u op onze website.

2. ALGEMENE VOORWAARDEN

2.1 Algemene bepalingen

- a. In deze voorwaarden wordt met u bedoeld: u als verzekerde. Als met u wordt bedoeld u als verzekeringnemer, is dit expliciet vermeld.
- b. In deze voorwaarden wordt met Kiemer bedoeld: De Friesland Particuliere Ziektelastenverzekeringen NV.
- c. In deze voorwaarden wordt met aanvullende verzekering bedoeld:
 - Aanvullende Verzekering Lieke (AV Lieke)
 - Aanvullende Verzekering Sanne (AV Sanne)
 - Aanvullende Verzekering Femke (AV Femke)
 - Aanvullende Tandartsverzekering Lars (AV Tand Lars)
 - Aanvullende Tandartsverzekering Sven (AV Tand Sven)
 - Aanvullende Tandartsverzekering Thomas (AV Tand Thomas)

2.2 Grondslag en dekkinggebied

2.2.1 Grondslag

- a. De verzekering is aangegaan op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk of per e-mail heeft doorgegeven.
- b. Mochten wij het met betrekking tot de aanmelding noodzakelijk vinden om aanvullende informatie op te vragen, dan bent u als verzekeringnemer verplicht hieraan mee te werken en ons de benodigde informatie te verschaffen.
- c. Het verstrekken van onvolledige en/of onjuiste informatie ten behoeve van de aanmelding geeft ons het recht de verzekeringsovereenkomst ongeldig te verklaren.
- d. Als aan een ingevuld aanmeldingsformulier vormfouten kleven, kunnen wij de eerste premiebetaling als formele bevestiging van de aanvraag beschouwen.

2.2.2 Dekkinggebied

De aanspraken die aan deze verzekering kunnen worden ontleend kunnen geldend worden gemaakt in Nederland, de andere lidstaten van de Europese Unie (EU), de staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland. De lidstaten van de EU zijn: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (Groot-Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden. De lidstaten van de EER zijn: de lidstaten van de EU plus Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?

Als verzekerde kunnen worden toegelaten natuurlijke personen die in Nederland wonen. Ook natuurlijke personen die niet in Nederland wonen kunnen onder voorwaarden worden toegelaten.

2.4 Begin en einde van de verzekering

2.4.1 Aanmelden

Ingangsdatum verzekering

De datum van ingang van de verzekering is de dag waarop onze basisverzekering ingaat, of bij latere aanmelding, de eerste dag van de maand volgend op de datum van ontvangst van de aanmelding.

Medische selectie

Als een aanvullende verzekering tegelijk wordt afgesloten met onze basisverzekering, geldt geen medische en/of tandheelkundige selectie. Als de aanvullende verzekering niet tegelijk met onze basisverzekering wordt afgesloten of de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar is afgesloten, vindt inschrijving plaats op basis van medische en/of tandheelkundige selectie.

In dat geval beslissen wij of de verzekering:

- a. wordt aangegaan zonder bijzondere voorwaarden of;
- b. wordt aangegaan onder bijzondere voorwaarden (bijvoorbeeld een uitsluiting of een wachttijd) of;
- c. wordt geweigerd.

De kandidaat-verzekerde ontvangt hiervan bericht, eventueel onder vermelding van de geldende bijzondere voorwaarden.

In afwijking hiervan geldt het volgende:

- a. voor de Aanvullende Tandartsverzekering Thomas geldt geen tandheelkundige selectie;
- b. als u zich binnen twee maanden na het bereiken van de 18-jarige leeftijd aanmeldt voor de Aanvullende Verzekering Tand Lars of Tand Sven, wordt u zonder tandheelkundige selectie of wachttijd ingeschreven, als u staat ingeschreven in onze basisverzekering.

Wat u verder moet weten

- a. De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst zonder opgave van reden binnen vijftien dagen na dagtekening van het polisblad ongedaan maken. De verzekering wordt dan met terugwerkende kracht ontbonden.
- b. Wij kunnen inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren als de verzekering eerder is beëindigd wegens wanbetaling of fraude zoals bedoeld in deze voorwaarden.
- c. Een aanvullende verzekering kan niet worden afgesloten op het moment dat er sprake is van premieschuld bij De Friesland Zorgverzekeraar NV en/of De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV.

- d. U ontvangt een polisblad in een door ons vast te stellen vorm dat geldt als bewijs van de tussen u als verzekeringnemer en ons gesloten verzekeringsovereenkomst.
- e. De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat deze ten minste voor de duur van één kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de resterende duur van dat jaar aangegaan.
- f. Voor het verwerken van uw persoonsgegevens is de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) bepalend.

2.4.2 Wijzigen verzekeringsvorm

a. Wijziging van verzekeringsvorm is uitsluitend mogelijk per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin het verzoek daartoe is ingediend en nadat wij deze wijziging hebben goedgekeurd. Als de basisverzekering eveneens bij ons is afgesloten, geldt geen medische selectie bij wijziging van verzekeringsvorm.

Let op: In afwijking hiervan geldt het volgende: verzekerden die in de loop van een kalenderjaar zwanger raken en waarvan volgens berekening de bevalling in datzelfde kalenderjaar zal plaatsvinden, kunnen met terugwerkende kracht vanaf 1 januari van het lopende kalenderjaar de aanvullende verzekering wijzigen:

- van AV Lieke naar AV Sanne of AV Femke;
- van AV Sanne naar AV Femke.

Een verklaring van de verloskundige met daarin de vermoedelijke datum van bevalling is noodzakelijk.

- b. Als wij de premies en/of voorwaarden wijzigen kan van verzekeringsvorm worden veranderd in de periode als bedoeld onder het artikel Herziening van premie of voorwaarden.
- c. Bij wijziging van verzekeringsvorm wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

2.4.3 Beëindigen

U mag als verzekeringnemer uw aanvullende verzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt eindigt uw aanvullende verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de aanvullende verzekering niet op, dan verlengen wij deze stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

a. door gebruik te maken van de gezamenlijke overstapservice van de verzekeraars. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u niet wilt dat de nieuwe verzekeraar namens u de aanvullende verzekering beëindigt, dient u dat aan te geven op het aanvraagformulier van uw nieuwe verzekering;

b. door u als verzekeringnemer. U moet dan uiterlijk 31 december opzeggen. Opzeggen kan per e-mail of schriftelijk.

Wat u verder moet weten

a. Wij beëindigen de aanvullende verzekering bij overlijden van de verzekerde met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

b. Wij beëindigen de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist meteen als de verzekerde of de verzekeringnemer naar ons oordeel schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van alle inlichtingen die voor een goede uitvoering van de verzekering nodig zijn.

2.5 Herziening van premie of voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies te herzien. Wij delen deze voorgenomen herziening mee aan de verzekeringnemer. Tussen de ingangsdatum van de herziening en de aankondiging hiervan zitten ten minste zes weken. Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde, of bij een verhoging van de premie, kan de verzekeringnemer gedurende zes weken nadat de wijziging hem is meege-deeld de verzekering opzeggen.

Let op: U kunt als verzekeringnemer niet opzeggen als de wijziging een direct gevolg is van door de overheid dwingend opgelegde regelgeving, ook als de wijzigingen in het nadeel van de verzekerde of de verzekeringnemer zijn.

De opzegging in verband met de herziening van de verzekeringsvoorwaarden en premie gaat in op de ingangsdatum van deze herziening. Hebben wij binnen zes weken na bekendmaking geen mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet onder de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

2.6 Dekking

2.6.1 Omvang van de dekking

Voor zover en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat, vergoeden wij de kosten van de in Hoofdstuk 3 en 4 genoemde aanspraken volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. De omvang van de dekking is beperkt tot de met name in Hoofdstuk 3 en 4 genoemde onderdelen.

2.6.2 Buitenland

Niet spoedeisende behandeling

Als u een niet spoedeisende behandeling in een andere EU-, EER-lidstaat of Zwitserland wilt ondergaan zijn de volgende bepalingen van toepassing:

- a. voor zover volgens onze verzekeringsvoorwaarden voorafgaande toestemming voor behandeling in Nederland vereist is, geldt dit ook voor behandelingen binnen andere EU-, EER-lidstaten en Zwitserland.
- b. voor zover in de voorwaarden beperkingen gelden zoals maximeringen, eigen bijdragen en vaste vergoedingsbijdragen voor vergoeding van behandeling in Nederland, zijn deze ook van toepassing op behandelingen in andere EU-, EER-lidstaten en Zwitserland.
- c. de zorgaanbieder moet voldoen aan kwalificaties die vergelijkbaar zijn met kwalificaties die voor een zelfde of vergelijkbare zorgaanbieder in Nederland gebruikelijk zijn. U dient desgevraagd aan te tonen dat aan deze eis is voldaan.

Alarmservice bij spoedeisende behandeling

Als u medisch noodzakelijke zorg nodig heeft die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de Kiemer Alarmservice. Deze coördineert de zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De Kiemer Alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (213 88 29). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 213 88 29. Faxnummer: 0031 58 213 88 29.

Omrekenkoers

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de omrekenkoers zoals die geldt op de dag van de behandeling.

2.6.3 Samenloop met andere verzekeringen

In het geval dat u, als deze verzekering niet zou bestaan, aanspraak kunt maken op een uitkering op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op basis van enige wet, verordening/verdrag of andere voorziening, dan is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In dat geval vergoeden wij alleen de schade die meer bedraagt dan het bedrag waarop u elders aanspraak kunt maken.

2.6.4 Dekkingsperiode

U heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als een behandeling in de vorm van een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) in rekening wordt gebracht geldt dat de datum waarop het DBC-traject is begonnen bepalend is voor het recht op vergoeding.

2.6.5 Terrorismerisico

Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar, ten gevolge van dergelijke

handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade NV (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg of vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

2.6.6 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. sancties opgelegd door zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;
- b. eigen risico's en/of eigen bijdragen in welke vorm dan ook, die op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of andere (wettelijke) regelingen zijn verschuldigd, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- c. schade veroorzaakt door opzet, of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- d. schade veroorzaakt bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, voor zover er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225). Deze uitsluiting geldt ook niet voor zover op grond van de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
- e. behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling ook bij ons wilt declareren.

2.7 Premiebetaling

- a. U bent als verzekeringnemer verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

<p>Let op: Als verzekeringnemer bent en blijft u zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling.</p>

- b. U betaalt als verzekeringnemer de premie en overige verschuldigde bedragen door middel van een automatische incasso, via een acceptgiro of met een elektronische betaling.
- c. Bij vooruitbetaling per kwartaal geldt een korting van 0,5%, bij vooruitbetaling per halfjaar is dit 1% en bij vooruitbetaling per jaar geldt een korting van 2%. De korting wordt berekend over de verschuldigde premie.
- d. Kinderen tot 18 jaar, voor zover ingeschreven in dezelfde aanvullende verzekering als een van hun ouders, betalen geen premie. Onder kinderen worden verstaan de eigen, stief-, adoptie- of pleegkinderen jonger dan 18 jaar. Voor kinderen zoals hier bedoeld gaat na het bereiken van de 18-jarige leeftijd de premiebetaling in op de eerste van de maand volgend op die waarin de 18-jarige leeftijd wordt bereikt.
- e. De premie wordt berekend over volle maanden. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand vindt naar rato verrekening plaats.
- f. Wij streven ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan u als verzekeringnemer te sturen. Dit is niet van toepassing voor terugkerende betalingen, zoals premie. De vooraankondiging van deze bedragen vindt eenmaal per jaar plaats.
- g. Als een automatische incasso niet plaats kan vinden in verband met onvoldoende saldo, bieden wij deze incasso maximaal tweemaal opnieuw aan de bank aan.
- h. Het niet door ons incasseren van de premie ontslaat u als verzekeringnemer niet van uw verplichting tot betaling.
- i. Als u als verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten, kunnen wij u schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de verzekeringsdekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. U blijft dan als verzekeringnemer verplicht de premie te voldoen.
- j. Als wij maatregelen treffen tot incasso van de vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van u als verzekeringnemer. De dekking wordt pas weer van kracht op de dag volgend op die waarop wij de verschuldigde premie en de kosten hebben ontvangen. Mochten wij overgaan tot ontbinding van de verzekeringsovereenkomst wegens premieschuld, dan gebeurt dit veertien dagen na de finale aanmaning.
- k. Wij kunnen met zorgaanbieders en hulpverlenende instanties afspraken maken over rechtstreekse betaling ten behoeve van onze verzekerden. In dat geval betalen wij de volledige nota aan de zorgaanbieder. Een eventueel verschuldigd eigen risico, een verschuldigde eigen bijdrage of andere bedragen die mogelijk voor uw rekening blijven, worden in dat geval door ons met de eerstvolgende premie-incasso of door een daartoe door ons gemachtigde derde bij u in rekening gebracht.
- l. Het is u als verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met een van ons te vorderen uitkering.

2.8 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

U bent als verzekerde verplicht:

- a. u bij het inroepen van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- c. nota's in te dienen die op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag het recht op vergoeding door ons kan worden vastgesteld. Buitenlandse nota's dienen minimaal de volgende informatie te bevatten:
 - uw naam en geboortedatum;
 - de behandeldatum;
 - een omschrijving van de behandeling;
 - kosten- en honorariumbedrag.Als een nota in een andere taal is gesteld dan Engels, Duits, Frans, Spaans of Italiaans, dan kunnen wij u vragen om een vertaling van een beëdigd vertaler. De kosten hiervan komen voor uw eigen rekening. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn;
- d. een verwijzing van een arts, tandarts of medisch specialist over te leggen als wij hier om vragen.

Wat u verder moet weten

- a. U bent zowel als verzekerde als verzekeringnemer verplicht binnen twee maanden aan ons alle inlichtingen te verstrekken die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van betekenis kunnen zijn.
- b. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende (e-mail)adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- c. Wanneer onze belangen worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, dan kan dit gevolgen voor u hebben, bijvoorbeeld doordat kosten niet meer of nog slechts gedeeltelijk door ons vergoed worden.

2.9 Fraude

Wij beëindigen de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist meteen bij geconstateerde fraude. Onder fraude wordt verstaan het op oneigenlijke gronden en wijze (proberen te) verkrijgen van een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat, of het (proberen te) verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen. Onderzoek naar fraude zal worden verricht volgens hetgeen daarover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Fraude heeft tot gevolg dat er in het geheel geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden.

Bij fraude:

- a. doen wij aangifte bij de politie;
- b. wordt uw verzekering beëindigd. Dit geldt ook voor eventueel bij De Friesland Reisverzekeringen NV lopende verzekeringen;
- c. vindt registratie plaats in het door ons bijgehouden incidentenregister;

- d. vindt registratie plaats in het tussen verzekeraars geldende signalerings-systeem;
- e. worden eventueel onterecht uitgekeerde schadebedragen en onderzoekskosten teruggevorderd.

2.10 Klachten

- a. Als u als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door ons in het kader van de uitvoering van deze voorwaarden genomen beslissing, kunt u binnen een jaar nadat u die beslissing is meegedeeld ons vragen deze beslissing te heroverwegen. U kunt dit verzoek richten aan onze Klachtencommissie.
- b. Als wij niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging hebben gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan kunt u de klacht voorleggen aan de Geschillencommissie van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, waaraan wij uitvoering zullen geven.
- c. U heeft, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen u en ons aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. U kunt echter niet eerst de klacht aan de burgerlijke rechter voorleggen en daarna aan de SKGZ.

2.11 Verhaal op derden

Als een derde naar onze mening voor de kosten, voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan bent u, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die wij nodig hebben voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een u overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens u aangifte te worden gedaan bij onsen de bevoegde politieinstantie. In geen geval mag u zonder onze toestemming met die derde of de gene die voor of namens die derde optreedt een regeling in enige vorm treffen, waaronder het verlenen van kwijting, waardoor wij in onze rechten kunnen worden benadeeld. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, bent u verplicht ons de daarvoor geleden schade te vergoeden.

Tip: Wij werken samen met een gespecialiseerd bureau op het gebied van persoonlijke begeleiding van slachtoffers van verkeers- en bedrijfsongevallen, medische fouten, geweldplegingen, etc. De begeleiding heeft betrekking op juridisch, medisch, arbeidsdeskundig en financieel terrein. Voor nadere informatie kunt u contact met ons opnemen.

2.12 Aansprakelijkheidsbeperking

Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wie u zorg in het kader van de aanvul-

lende verzekering heeft ontvangen. Onze eventuele aansprakelijkheid voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen bij de uitvoering van de aanvullende verzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de overeenkomst ten laste van ons zouden zijn gekomen.

2.13 Registratie persoonsgegevens

a. De persoonsgegevens die in het kader van deze verzekering zijn of kunnen worden verstrekt, kunnen worden opgenomen in de door ons gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing.

b. Wij houden ons aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars zoals opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Dit document kunt u op onze website raadplegen. Op uw verzoek kan dit u ook worden toegestuurd.

c. Op verzoek kunt u bij ons inzage krijgen in de gegevens die van u worden bijgehouden. U kunt dit verzoek bij voorkeur per e-mail of schriftelijk indienen. Op uw verzoek kan tot correctie of verwijdering van gegevens worden overgegaan. Verzoeken tot inzage, correctie of verwijdering kunt u richten aan onze Compliance Officer, Postbus 19, 8900 AA Leeuwarden.

d. Wij mogen aan derden (ook aan zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen of geven als dit nodig is om aan onze verplichtingen, die voortvloeien uit deze verzekering, te kunnen voldoen.

Voorbeeld: Als wij uw rekeningen rechtstreeks van de zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat laten weten. Wij zorgen er dan voor dat uw adresgegevens worden afgeschermd.

e. Wij mogen uw burgerservicenummer in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht het burgerservicenummer te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met alle partijen die u zorg leveren het burgerservicenummer gebruiken.

2.14 Klachten over formulieren

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) klagen over door ons gehanteerde formulieren. De klacht kan betrekking hebben op formulieren die volgens de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Als u een dergelijke klacht heeft, kunt u zich in eerste instantie tot ons wenden. Als u het niet eens bent met de afhandeling van uw klacht door ons, kunt u uw klacht bij de NZa neerleggen. Op de website van de NZa (www.nza.nl) kunt u zien hoe u dit kunt doen. Na ontvangst van uw klacht maakt de NZa een eerste beoordeling. Over de uitkomst hiervan ont-

vangt u binnen vier weken bericht. Daarbij wordt u ook geïnformeerd over de eventuele vervolprocedure. De NZa doet vervolgens uitspraak in de vorm van een bindend advies, waaraan wij verplicht zijn ons te houden. U kunt uw klacht sturen naar:

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
E-mail: informatielijn@nza.nl

2.15 Slotbepaling

- a. Statuten van De Friesland liggen ter inzage bij de hoofdvestiging Harlingertrekweg 53, 8913 HR te Leeuwarden en worden op verzoek aan u beschikbaar gesteld.
- b. De verzekeringsvoorwaarden kunnen door ons te allen tijde worden gewijzigd, op de wijze die door ons, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de wet en in haar statuten, is geregeld.
- c. In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen, voor zover daarin niet wordt voorzien bij of krachtens wetgeving, beslist ons bestuur.
- d. Op de uitvoering van de aanvullende verzekering is het Nederlandse recht van toepassing.

3. INHOUD VAN DE AANVULLENDE VERZEKERINGEN LIEKE, SANNE EN FEMKE

3.1 Alarmering ter voorkoming van wiegendood

Inhoud zorg

U heeft recht op de vergoeding van een sensormatje als preventie tegen wiegendood.

Vooraf aanvragen

U dient vooraf toestemming bij ons aan te vragen. De aanvraag wordt onderbouwd door een verklaring van de huisarts waaruit de medische noodzaak blijkt.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Volledige vergoeding
AV Femke	Volledige vergoeding

3.2 Alternatieve geneeswijzen/therapieën/middelen

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van:

- consulten en behandelingen van alternatieve (complementaire) geneeswijzen/therapieën;
- antroposofische middelen die als homeopathische middelen zijn geregistreerd;
- homeopathische middelen die door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen zijn geregistreerd. Informatie over de geregistreerde homeopathische middelen vindt u op www.cbg-meb.nl.

Tip: Wij adviseren u altijd uw huisarts of medisch specialist in te lichten als u gebruikmaakt van alternatieve geneeswijzen/therapieën.

Wie mag de zorg verlenen

De zorg onder a. mag worden verleend door:

- een arts voor alternatieve geneeswijzen;
- een behandelaar die als gediplomeerd lid is ingeschreven bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze kwaliteitseisen;
- een behandelaar ingeschreven in het register van een organisatie van beroepsverenigingen die voldoet aan onze kwaliteitseisen.

U kunt de lijst met door ons erkende (koepels van) beroepsverenigingen raadplegen via onze website. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegezonden. De lijst maakt onderdeel uit van de verzekeringsvoorwaarden en kan in de loop van het jaar worden aangevuld.

Let op: Voor beroepsverenigingen aangesloten bij de door ons erkende koepels van beroepsverenigingen SRBAG, RBCZ en NAP geldt dat de behandelaar niet alleen bij de beroepsvereniging, maar daarnaast ook bij een van deze koepelorganisaties moet zijn geregistreerd.

De zorg onder b. en c. mag worden verleend door een apotheker of apothekhoudende huisarts.

Voorschrift

De middelen moeten zijn voorgeschreven door de huisarts of een arts voor alternatieve geneeswijzen.

Uitsluitingen

- a. U heeft geen recht op vergoeding van chelatie-, ozon- en Frischzellen-therapie.
- b. U heeft geen recht op vergoeding van fytotherapeutische voedingssupplementen.
- c. Zorg die onder een ander artikel van deze voorwaarden kan worden vergoed, wordt niet onder het artikel Alternatieve geneeswijzen/therapieën vergoed.
- d. Behandelingen op de werkplek (bijv. stoelmassage) worden niet vergoed.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 45,-* per dag tot maximaal € 150,- per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal € 45,-* per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

*In afwijking hiervan bedraagt de vergoeding voor shiatsu-therapie maximaal € 25,- per dag.

3.3 Anticonceptiva

Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft vanaf de leeftijd van 21 jaar recht op vergoeding van de volgende anticonceptiva:

- a. orale anticonceptiva (de pil);
- b. prikpil;
- c. spiraaltje;
- d. pessarium occlusivum;
- e. implanteerbaar hormoonstaafje;
- f. hormonale pleisters;
- g. vaginale ring;
- h. morning-after pil.

Let op:

- a. De kosten van het aanmeten, plaatsen of toedienen van anticonceptiva door een arts vallen niet onder dit artikel, maar onder uw basisverzekering. Als hierbij een gynaecoloog betrokken is, vallen de kosten mogelijk onder uw eigen risico.
- b. U heeft onder dit artikel geen recht op vergoeding van een spiraaltje of een implanteerbaar hormoonstaafje als dit wordt geplaatst door een gynaecoloog in het ziekenhuis. De kosten van deze anticonceptiva maken deel uit van het tarief voor plaatsing en vallen daarmee onder uw basisverzekering.

Vergoeding

AV Lieke	Volledige vergoeding*
AV Sanne	Volledige vergoeding*
AV Femke	Volledige vergoeding*

* In uitzondering hierop geldt voor de vaginale ring en hormonale pleisters een maximumvergoeding van € 75,- per kalenderjaar.

Voor het spiraaltje, het pessarium oclusivum en het implanteerbare hormoonstaafje is de vergoeding beperkt tot een volledige vergoeding eenmaal per drie kalenderjaren.

Let op: Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking mee voor het bepalen van de termijn van drie kalenderjaren.

3.4 Beeldhorloge**Inhoud zorg**

De verzekerde vanaf de leeftijd van 8 jaar heeft recht op een vergoeding voor een Beeldhorloge. Het Beeldhorloge is ontwikkeld voor mensen die moeite hebben met klokkijken en hulp nodig hebben bij het zich oriënteren in de tijd. Daarnaast biedt het Beeldhorloge hulp bij het structureren van de dag en het herinnert gebruikers aan afspraken en activiteiten. Voor meer informatie kunt u de website www.beeldhorloge.nl bezoeken.

Wie mag deze zorg verlenen

U kunt het Beeldhorloge bestellen via www.beeldhorloge.nl. Als verzekerde van Kiemer krijgt u het horloge dan de eerste twee maanden gratis op proef, zodat u kunt proberen of het aan uw verwachtingen en/of behoefte voldoet. U betaalt in deze periode alleen de abonnementskosten.

Uitsluitingen

- a. Er bestaat geen recht op vergoeding als de verzekerde verblijft in een AWBZ-instelling.

- b. De abonnementskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- c. Er vindt geen vergoeding plaats als het Beeldhorloge wordt aangeschaft zonder dat gebruik is gemaakt van de proefperiode van twee maanden.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	€ 50,-
AV Femke	€ 100,-

3.5 Bevalling en kraamzorg

3.5.1 Tegemoetkoming eigen bijdrage

Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft tegen inlevering van de originele nota recht op compensatie van de eigen bijdrage bevalling en kraamzorg die op grond van de Zorgverzekeringswet is verschuldigd.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 150,-
AV Femke	Volledige vergoeding

3.5.2 Uitgestelde kraamzorg thuis

Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft in de volgende situaties recht op vergoeding van uitgestelde kraamzorg:

- a. bij een vacuümverlossing, keizersnede of meerlingbevalling: bij thuiskomst van de baby('s) binnen zes weken na de bevalling. Verder dient de kraamzorg in dat geval volledig plaats te vinden binnen tien dagen na ontslag van de baby('s) uit het ziekenhuis;
- b. bij couveusekinderen: de kraamzorg dient volledig plaats te vinden binnen tien dagen na ontslag van de baby('s) uit het ziekenhuis;
- c. bij adoptie van een baby jonger dan zes maanden: de kraamzorg dient volledig plaats te vinden binnen zes weken na de adoptie.

De omvang van de kraamzorg is afgestemd op de behoefte van moeder en kind.

Wie mag deze zorg verlenen

Een gecontracteerde kraam- of thuiszorgorganisatie.

Tip: Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij 'Zoek een zorgverlener'.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal 12 uren
AV Femke	Maximaal 16 uren

3.5.3 Kraampakket

Alle aanstaande moeders die bij ons staan ingeschreven hebben vanaf de zesde maand van de zwangerschap recht op een kraampakket. Dit bevat onder andere kraammatrasjes, kraamverband, steriele gaasjes, watten enz. U kunt het kraampakket bestellen door te bellen met (0900) 291 31 31 of kijk op onze website. Wij bezorgen het kraampakket bij u thuis.

3.6 Beweegzorg

3.6.1 Beweegprogramma's

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering per indicatie eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur recht op vergoeding van een beweegprogramma. Deze programma's zijn een combinatie van zorg op maat en verantwoord bewegen/sporten. Het doel van deze programma's is, naast klachtenvermindering, het aanleren van goed beweeggedrag en een gezonde leefstijl. Na afloop van het beweegprogramma heeft u de mogelijkheid om door te stromen naar medische fitness.

Let op: Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

Indicaties

a. Algemene beweegprogramma's:

- astma/COPD (milde vorm, stadium I van de GOLD classificatie voor COPD);
- diabetes type 2;
- fibromyalgie;
- overgewicht (BMI > 30).

b. Fitkids:

Voor kinderen van 6 tot 18 jaar met een chronische ziekte, beperking of langdurige aandoening. Bijvoorbeeld voor kinderen met astma, diabetes, een aangeboren hartafwijking, Cystic Fibrosis of reuma, maar ook voor kinderen met een motorische achterstand, autisme of het downsyndroom.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Algemene beweegprogramma's: voor deze programma's gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten.

b. Fitkids: een door ons gecontracteerd Fitkidscentrum.

Tip: Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij 'Zoek een zorgverlener'.

Verwijzing

- a. Deelname aan algemene beweegprogramma's is alleen mogelijk op verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of de behandelend medisch specialist. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.
- b. Deelname aan Fitkids is alleen mogelijk op verwijzing van de huisarts, kinderarts of de behandelend medisch specialist.

Uitsluitingen

- a. Het programma kan niet tegelijkertijd met individuele of groepsfysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck voor dezelfde medische indicatie gevolgd worden.
- b. In het kalenderjaar waarin het programma is beëindigd heeft u geen recht meer op vergoeding van individuele of groepsbehandelingen fysiotherapie of oefentherapie voor dezelfde medische indicatie.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 250,-
AV Femke	Volledige vergoeding

Let op: U heeft alleen recht op vergoeding als het programma voor ten minste 80% is gevolgd.

3.6.2 Medische fitness

Inhoud zorg

U heeft eenmaal per kalenderjaar recht op medische fitness met als doel, naast het voorkomen van klachten, het aanleren van goed beweggedrag en een gezonde leefstijl, verhoging van de belasting en belastbaarheid. Het programma dient minimaal eenmaal per week te worden gevolgd, te beginnen binnen twee weken na een reguliere individuele of groepsbehandeling fysiotherapie, een beweegprogramma of oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Wie mag deze zorg verlenen

Voor dit programma gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten.

Tip: Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij 'Zoek een zorgverlener'.

Uitsluiting

Medische fitness kan niet tegelijkertijd met individuele en/of groepsbehandelingen fysiotherapie, een beweegprogramma of oefentherapie Cesar/Mensendieck voor dezelfde medische indicatie gevolgd worden.

Vergoeding

Het programma duurt zes maanden en dient in zijn geheel gevolgd te worden. De vergoeding vindt pas plaats als na zes maanden het volledige programma is afgerond. Er bestaat geen recht op vergoeding als het programma zonder medische redenen wordt afgebroken.

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	€ 60,-

3.7 Brillen en contactlenzen

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van brillen en/of contactlenzen als de sterkte van één van de glazen of lenzen minimaal 0,25 dioptrieën bedraagt of er een prismatische correctie in is aangebracht.

Wie mag deze zorg verlenen

Een (internet)opticien.

Uitsluiting

Leesbrillen waarvan de kosten van montuur en glazen samen minder dan € 50,- bedragen, worden niet vergoed.

Bijzonderheid

Brillen en/of contactlenzen worden uitsluitend vergoed bij inlevering van de originele betaalde nota, waar het voorschrift van arts of opticien is bijgevoegd. Voor de vergoeding van wegwerplenzen is slechts eenmalig het voorschrift van arts of opticien vereist.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 50,- per twee kalenderjaren
AV Femke	Maximaal € 100,- per twee kalenderjaren

Let op:

a. Brillen en/of contactlenzen worden uitsluitend vergoed bij inlevering van de originele betaalde nota, waar het voorschrift van arts of opticien is bijgevoegd. Voor de vergoeding van wegwerplenzen is slechts eenmalig het voorschrift van arts of opticien vereist.

b. Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking mee voor het bepalen van de termijn van twee kalenderjaren.

Tip: Met verschillende opticienketens hebben wij kortingsafspraken voor (kinder)brillen en contactlenzen gemaakt. Bij Specsavers heeft u voor het verzekerde bedrag altijd recht op twee brillen, zonder bijbetaling. Kijk voor meer informatie op onze website of in de winkels van de betreffende opticiens.

3.8 Buitenland

3.8.1 Preventieve consulten en middelen bij verblijf in het buitenland

Inhoud zorg

U heeft ten behoeve van verblijf in het buitenland (bijvoorbeeld wegens vakantie, stage of werk) recht op vergoeding van consulten en preventieve vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van de volgende ziektes: cholera, difterie-tetanus-polio (DTP), gele koorts, hepatitis A, combinatie hepatitis A en B, malaria, meningokokkenziekte (ACWY), rabies, tekenencefalitis (FSME) en tyfus.

Wie mag deze zorg verlenen

Een instelling of (huis)arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR). Welke instellingen en (huis)artsen dit zijn kunt u vinden op www.lcr.nl/adressen.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Volledige vergoeding bij GGD, 80% bij andere zorgaanbieders

3.8.2 Spoedeisende zorg in het buitenland

Inhoud zorg

Bij tijdelijk verblijf van korter dan een jaar in een ander land dan uw woonland, heeft u recht op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg. Er is sprake van spoedeisende zorg als deze bij vertrek onvoorzien was en redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in uw woonland. Het betreft uitsluitend een aanvulling op de vergoeding van zorg of diensten waarop aanspraak bestaat op grond van een bij ons of elders afgesloten basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten. Als u spoedeisende zorg nodig heeft, dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de Kiemer Alarmservice (zie artikel 2.6.2).

Vergoeding

AV Lieke	Volledige vergoeding, in een EU-, EER- of verdragsland
AV Sanne	Volledige vergoeding, werelddekking
AV Femke	Volledige vergoeding, werelddekking

3.8.3 Overlijden in het buitenland

Inhoud zorg

U heeft, na inschakeling van de Kiemer Alarmservice (zie artikel 2.6.2), recht op vergoeding van het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden in het buitenland naar uw woonland, op basis van kostprijs. In plaats hiervan kunnen in voorkomende gevallen de kosten van begraving of crematie ter plaatse worden vergoed, tot maximaal de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot.

Vergoeding

AV Lieke	Volledige vergoeding, in een EU-, EER- of verdragsland
AV Sanne	Volledige vergoeding, werelddekking
AV Femke	Volledige vergoeding, werelddekking

3.8.4 Repatriëring bij ziekte en/of ongeval

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van repatriëring door of in opdracht van de Kiemer Alarmservice (zie artikel 2.6.2) op basis van kostprijs, voor zover geen aanspraak bestaat op vergoeding van deze kosten op grond van een bij ons of elders afgesloten basisverzekering. Onder repatriëringkosten wordt verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden, inclusief medisch noodzakelijke begeleiding, vanuit het buitenland naar de woonplaats van de verzekerde. Deze kosten dienen in directe relatie te staan tot de ziekte of het ongeval.

Vergoeding

AV Lieke	Volledige vergoeding, in een EU-, EER- of verdragsland
AV Sanne	Volledige vergoeding, werelddekking
AV Femke	Volledige vergoeding, werelddekking

3.9 Cursussen

Inhoud zorg

U heeft recht op deelname aan de volgende cursussen:

- babymassage, door GGD of (cursusbureau van een) thuiszorgorganisatie;
- cursussen gericht op het omgaan met spanningen/stress, door GGD of thuiszorgorganisatie;

- c. cursussen voor ouders, gericht op het omgaan met pubers (bijv. Puber in huis of Beter omgaan met pubers) door GGD of Centrum voor Jeugd en Gezin;
- d. droogbedtraining, door GGD;
- e. EHBO-cursus bij Volwassenen en bij Kinderen, door Iedereen EHBO (online cursus), met uitzondering van herhalingscursussen;
- f. EHBO-cursus, met uitzondering van herhalingscursussen, die leidt tot:
- het diploma Eerste Hulp of het certificaat Eerste Hulp aan Kinderen van het Oranje Kruis;
 - het certificaat (Uitgebreide) EHBO van het Rode Kruis;
- g. Kanjertraining, door licentiehoudende praktijken aangesloten bij het Instituut voor Kanjertrainingen BV. Deze zijn te vinden op www.kanjertraining.nl;
- h. KIES (Kind In Echtscheiding Situatie), door een gecertificeerde KIES-coach. Deze zijn te vinden op www.kiesvoorhetkind.nl;
- i. Opvoeden & zo, door GGD of thuiszorgorganisatie;
- j. Peuter in Zicht, door GGD of thuiszorgorganisatie;
- k. reanimatie- en AED-cursus, door een instructeur of instelling die is gecertificeerd door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR), met uitzondering van herhalingscursussen;
- l. Slapen kun je leren, door GGD of thuiszorgorganisatie;
- m. valpreventie (In Balans of Zicht op Evenwicht), door GGD of thuiszorgorganisatie;
- n. voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen door een gewichtsconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN);
- o. zelfmanagementcursussen die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening, door patiëntenverenigingen aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of bij de CG-Raad;
- p. Ziekenverzorging thuis en De Zorg de Baas, gericht op ondersteuning van mantelzorgers, door GGD, thuiszorgorganisatie of Steunpunt Mantelzorg;
- q. zwangerschapscursus voor de vrouwelijke zwangere verzekerde, gericht op voorbereiding op de bevalling, begeleiding bij de bevalling en het fysieke herstel tot maximaal zes maanden na de bevalling, door GGD, thuiszorgorganisatie of instelling voor kraamzorg;
- r. zwangerschapscursus Samen Bevallen voor de vrouwelijke zwangere verzekerde, door een cursusleidster opgeleid door de Vereniging Samen Bevallen;
- s. zwangerschapscursus NVFB-ZwangerFit® voor de vrouwelijke zwangere verzekerde, door een geregistreerde NVFB-ZwangerFit® docent.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 75,- per kalenderjaarvoor alle cursussen samen
AV Femke	Maximaal € 150,- per kalenderjaar voor alle cursussen samen

Let op: Vergoeding van een EHBO-cursus en een reanimatie- en AED-cursus vindt uitsluitend plaats als u een kopie van het behaalde diploma/certificaat kunt overleggen.

3.10 Dieetadvisering

Inhoud zorg

U heeft in aansluiting op de basisverzekering recht op vergoeding van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

Wie mag deze zorg verlenen

Een diëtist die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Een verwijzing door een arts of tandarts is noodzakelijk.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Maximaal € 120,- per kalenderjaar

3.11 Ergotherapie

Inhoud zorg

U heeft in aansluiting op de basisverzekering recht op vergoeding van advisering, instructie, training en/of begeleiding in de behandelruimte van een ergotherapeut of bij u thuis, met als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ergotherapeut die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal 2 uren per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal 2 uren per kalenderjaar

3.12 Fysiotherapie en oefentherapie

3.12.1 Fysiotherapie en oefentherapie (aanvulling op de basisverzekering)

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van:

- a. medisch noodzakelijke fysiotherapie, waaronder begrepen bekkenfysiotherapie, geriatrie fysiotherapie, kinderfysiotherapie, lymfedrainage/oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische therapie;
- b. medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Fysiotherapie mag worden verleend door een fysiotherapeut die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR). Inschrijving in het CKR is te controleren via www.defysiotherapeut.com. Lymfedrainage/oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden verleend door een huidtherapeut die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- b. Oefentherapie mag worden verleend door een oefentherapeut die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Let op: Behandelingen door een therapeut die niet voldoet aan deze begripsomschrijving worden niet vergoed.

Uitsluitingen

- a. U heeft geen recht op vergoeding van een individuele of een groepsbehandeling die uitsluitend bedoeld is om de conditie door middel van training te bevorderen.
- b. In het kalenderjaar waarin een door ons vergoed beweegprogramma zoals genoemd onder het artikel Bewegzorg is beëindigd, heeft u geen recht meer op vergoeding van individuele of groepsbehandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie voor dezelfde medische indicatie.

Verwijzing

U kunt de gecontracteerde fysio- en oefentherapeut zonder verwijzing bezoeken, om door middel van een screening te laten beoordelen of uw klachten fysiotherapeutisch of door middel van oefentherapie behandeld kunnen worden.

Let op: Als u naar een huidtherapeut of een niet-gecontracteerde fysio- of oefentherapeut gaat, is wel een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts, sportarts of behandelend medisch specialist noodzakelijk. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Tip: Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij 'Zoek een zorgverlener'.

Vergoeding

AV Lieke	Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
AV Sanne	Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie

Volledige vergoeding hiervan bij behandeling door een gecontracteerde zorgaanbieder. Bij behandeling door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut bedraagt de vergoeding maximaal € 22,- per behandeling voor algemene fysiotherapie en oefentherapie, en maximaal € 32,- per behandeling voor bekkenfysiotherapie, geriatrie fysiotherapie, kinderfysiotherapie, lymfedrainage/oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische therapie.

Let op:

- Zowel de screening als de intake tellen voor de vergoeding als een volledige behandeling.
- Het aantal behandelingen, de behandelduur en de behandelfrequentie worden bepaald door de behandelend fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut, eventueel in overleg met de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

3.12.2 Probe

Inhoud zorg

Met een probe wordt de spieractiviteit van de bekkenbodem getraind. U heeft recht op vergoeding van een probe in het kader van een lopende behandeling door een bekkenfysiotherapeut ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR).

Vergoeding

AV Lieke	Maximaal € 30,- per kalenderjaar
AV Sanne	Maximaal € 30,- per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal € 30,- per kalenderjaar

Let op: Verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.13 GeboorteTENS

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de huur van een GeboorteTENS ten behoeve van de pijnverlichting bij de bevalling gedurende maximaal 6 weken.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Volledige vergoeding, maximaal 6 weken

3.14 (Genees)middelen

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering recht op vergoeding van de onder 3.14.1 t/m 3.14.7 genoemde (genees)middelen.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Volledige vergoeding

3.14.1 Calcium carbonaat

Indicaties

- Als adjuvant bij specifieke medicatie en voor preventie en behandeling van osteoporose.
- Als fosfaatbinder bij hyperfosfataemie.
- Preventie en behandeling van calciumdeficiëntie.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist.

Toestemming

Wij dienen voorafgaand toestemming te verlenen.

3.14.2 Kunstspeeksel

Uitsluiting

Caphosol wordt niet vergoed.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist.

Toestemming

Wij dienen voorafgaand toestemming te verlenen.

3.14.3 Sanadep swabs

Indicaties

Alleen toegestaan bij ernstig zieken en terminale patiënten.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist.

Toestemming

Wij dienen voorafgaand toestemming te verlenen.

3.14.4 Vitamines, magnesiumgluconaat, natriumbicarbonaat, ijzertabletten, kaliumcitraat

Indicaties

Bij nierinsufficiëntie of cystic fibrosis.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist.

Toestemming

Wij dienen voorafgaand toestemming te verlenen.

3.14.5 Nutilis, resource thicken up, Nutriton instant, Thick & Easy verdikking-middel, Stimulance multi fibre mix, Resource thickened drink

Indicaties

- a. spastische aandoening slokdarm;
- b. cystic fibrosis;
- c. permanente slikstoornissen als gevolg van een neurologische aandoening.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist. Bij neurologische aandoeningen op aanvraag van de neuroloog.

Toestemming

Wij dienen voorafgaand toestemming te verlenen.

3.14.6 Oogdruppels

Op voorschrift van de oogarts, uitsluitend voor middelen die in het geheel niet onder de dekking van de basisverzekering vallen.

3.14.7 Sifrol tablet 1mg

U heeft recht op vergoeding van de GVS-bijdrage.

3.15 GVS- bijdrage

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage die verschuldigd is voor geneesmiddelen die verstrekt worden volgens de voorwaarden van de basisverzekering.

Let op: De GVS-bijdrage wordt niet vergoed als deze verschuldigd is voor een geneesmiddel dat wij op grond van het preferentiebeleid niet vergoeden.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 50,- per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal € 200,- per kalenderjaar

3.16 Herstel en Balans

Inhoud zorg

Deelname aan een revalidatieprogramma voor oncologische patiënten bij een door ons erkende instelling. Het betreft een groepsprogramma bestaande uit lichaamstraining en psycho-educatie, gericht op het verminderen van klachten na een oncologische behandeling en een betere kwaliteit van leven.

Verwijzing

Een verwijzing van de huisarts of behandelend medisch specialist is noodzakelijk.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Maximaal € 500,- per kalenderjaar

3.17 Huidtherapie

3.17.1 Epilatie

Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft bij overmatige beharing recht op vergoeding van elektrische epilatie, een epilight-, ipl-, of laserbehandeling. Dit geldt uitsluitend als de behandeling beperkt blijft tot het gezicht en/of de hals.

Wie mag deze zorg verlenen

Een huidtherapeut die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Elektrische epilatie mag ook worden gegeven door een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) staat geregistreerd met de specialisatie Elektrisch ontharen.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Maximaal € 500,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op: Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

3.17.2 Acnébehandeling

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van behandeling, exclusief te gebruiken materialen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een huidtherapeut die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) staat geregistreerd met de specialisatie Acné.

Verwijzing

Een verwijzing door de huisarts of dermatoloog is vereist.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 200,- per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal € 400,- per kalenderjaar

3.18 Kinderopvang

Inhoud zorg

U heeft vanaf de vijfde opnamedag recht op een bijdrage in de kosten van kinderopvang voor kinderen tot 14 jaar, als de verzorgende ouder is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Let op: De vergoeding heeft geen betrekking op de uren kinderopvang die al zijn afgesproken voordat er sprake was van een opname in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Wie mag deze zorg verlenen

Een kindercentrum of gastouder geregistreerd in het Landelijk Register Kinderopvang (LRK).

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 150,- per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal € 200,- per kalenderjaar

3.19 Kinderwensconsult

Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van een kinderwensconsult. Tijdens een kinderwensconsult krijgt u advies over medicatie, voeding en leefstijl voorafgaande aan de zwangerschap, volgens de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Wie mag deze zorg verlenen

Een verloskundige met het certificaat Preconceptiezorg of een Care for Women specialiste (Zorgeloos Zwanger spreekuur).

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 50,- eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Femke	Maximaal € 50,- eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op: Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

3.20 Kostenvergoeding bij ziekenhuisopname

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten in verband met een aaneengesloten opname van langer dan een maand van een (eigen) in- of uitwonend kind tot 27 jaar in een ziekenhuis in Nederland. De voorwaarde hiervoor is dat zowel u als degene die is opgenomen een aanvullende verzekering bij Kiemer hebben afgesloten waarin het onderdeel Kostenvergoeding bij ziekenhuisopname is verzekerd.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 200,-
AV Femke	Maximaal € 400,-

3.21 Lactatiekundig advies

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van voorlichting en advies met betrekking tot borstvoeding.

Verwijzing

Er is een verwijzing door de huisarts, verloskundige of consultatiebureau nodig.

Wie mag de zorg verlenen

Een lactatiekundige die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Maximaal € 100,- per bevalling

3.22 Operatieve ingrepen

3.22.1 Flapoorcorrectie

Inhoud zorg

Er bestaat na onze voorafgaande toestemming recht op vergoeding van een flapoorcorrectie voor kinderen tot 18 jaar.

Aanvraag

Een door de medisch specialist opgesteld behandelplan is vereist. Hierin moet de aard en omvang van de afwijking worden weergegeven en de noodzaak tot ingrijpen worden onderbouwd.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Gecontracteerde zorgaanbieder: volledige vergoeding Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal het door ons gecontracteerde tarief
AV Femke	Gecontracteerde zorgaanbieder: volledige vergoeding Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal het door ons gecontracteerde tarief

3.22.2 Ooglaserbehandelingen (refractiechirurgie)

Inhoud zorg

Als u 18 jaar of ouder bent heeft u, in aanvulling op de basisverzekering, recht op het door middel van een chirurgische behandeling opheffen van bij- of verziendheid van de ogen.

Wie mag deze zorg verlenen

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een oogarts werkzaam in een ziekenhuis, privékliniek of een zelfstandig behandelcentrum.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 50,- eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Femke	Maximaal € 100,- eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op: Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

3.22.3 Sterilisatie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van sterilisatie door een medisch specialist. Sterilisatie van de man mag ook worden uitgevoerd door een gecontracteerde huisarts.

Uitsluiting

De kosten van hersteloperaties na sterilisatie worden niet vergoed.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Gecontracteerde huisarts of medisch specialist: volledige vergoeding Niet-gecontracteerde medisch specialist: maximaal het door ons gecontracteerde tarief

3.23 Pensionkosten (onder andere Ronald McDonald Huizen)

Inhoud zorg

U heeft als bezoeken gezinslid recht op vergoeding van de kosten van verblijf op basis van logies in een Ronald McDonald Huis, Kiwanishuis of daarmee door ons gelijk te stellen instelling. Onder gezinslid wordt verstaan echtgenoot, echtgenote, partner en (eigen) in- of uitwonend kind tot 27 jaar. Voorwaarde hiervoor is dat zowel u als het gezinslid dat u bezoekt bij ons een aanvullende verzekering hebben afgesloten waarin het onderdeel Pensionkosten is verzekerd.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Volledige vergoeding
AV Femke	Volledige vergoeding

3.24 Plaswekker

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de aanschaf- of huurprijs van een plaswekker inclusief de noodzakelijke toebehoren. Bij huur geldt een maximale huurperiode van drie maanden.

Voorschrift

Een voorschrift van de huisarts is vereist.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Volledige vergoeding, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Femke	Volledige vergoeding, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op: Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

3.25 Podotherapie, podologie en podoposturaaltherapie

Inhoud zorg

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van de kosten van de behandeling. Voor voetzorg bij diabetes geldt dat u recht heeft op vergoeding van podotherapie in aanvulling op de basisverzekering.

Wie mag deze zorg verlenen

- Podotherapie: een in Nederland gevestigde podotherapeut die als kwaliteits geregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Podologie: een register(sport)podoloog aangesloten bij de Stichting LOOP.
- Podoposturaaltherapie: een podoposturaaltherapeut ingeschreven in het register van de Stichting LOOP.

Verwijzing

Een verwijzing door de huisarts of medisch specialist is vereist. U dient deze verwijzing bij de eerste declaratie te voegen.

Uitsluiting

Steun- en therapiezolen vallen niet onder dit artikel, maar zijn apart geregeld onder het artikel Steunzolen en therapiezolen.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Volledige vergoeding

3.26 Psychologische zorg

3.26.1 Eerstelijns psychologische zorg

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van medisch noodzakelijke eerstelijns psychologische zorg.

Let op: Deze zorg wordt niet onder dit artikel vergoed als u een psychische stoornis heeft. In dat geval heeft u recht op psychologische zorg uit uw basisverzekering.

Wie mag deze zorg verlenen

Een gezondheidszorgpsycholoog of een eerstelijns psycholoog. Voor verzekerden tot 18 jaar mag de zorg ook worden verleend door een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP of een NVO orthopedagoog-generalist.

Met een gezondheidszorgpsycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met een eerstelijns psycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen.

Met een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP wordt bedoeld een psycholoog die als zodanig is geregistreerd bij het Nederlands Instituut van Psychologen.

Met een NVO orthopedagoog-generalist wordt bedoeld een orthopedagoog die als zodanig is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.

Verwijzing

Een verwijzing door de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of jeugdgezondheidszorgarts is vereist. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. de kosten van niet tijdig afgezegde afspraken;
- b. hulp bij echtscheiding door een KIES-coach en Kanjertraining. Deze worden vergoed onder het artikel Cursussen.

Vergoeding voor de zorg genoemd onder 3.26.1 en 3.26.2 samen

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 300,- per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal € 300,- per kalenderjaar

3.26.2 Runningtherapie

Inhoud zorg

Runningtherapie is een onder professionele begeleiding aangeboden fysiek trainingsprogramma, in de vorm van een 'rustige duurloop', voor personen met lichte tot matig ernstige depressieklachten en andere stemmingsstoornissen.

Wie mag deze zorg verlenen

- Een gekwalificeerde runningtherapeut die als zodanig is geregistreerd bij de Stichting Running Therapie Nederland (www.runningtherapie.nl).
- Een psychosomatische fysiotherapeut die als zodanig is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (www.defysiotherapeut.com).
- een psychosomatische oefentherapeut die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Een psychomotorisch therapeut die is opgenomen in het register van de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen (srvb.mijnregister.nl).

Verwijzing

Een verwijzing door de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of jeugd-gesondheidszorgarts is vereist. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Vergoeding voor de zorg genoemd onder 3.26.1 en 3.26.2 samen

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 300,- per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal € 300,- per kalenderjaar

3.27 Redressiehelm

Inhoud zorg

U heeft recht op een redressiehelm als er sprake is van een ernstige afplattung of vervorming van de schedel bij een baby vanaf zes maanden. De redressiehelm dient om de schedel in de normale vorm te laten uitgroeien.

Wie mag deze zorg verlenen

Een door ons hiervoor gecontracteerde leverancier.

Let op: Een redressiehelm geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier komt niet voor vergoeding in aanmerking.
--

Tip: Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij 'Zoek een zorgverlener'.

Uitsluiting

Als er sprake is van het vroegtijdig dichtgroeien van de schedelnaden (cranio-synostose) bestaat geen aanspraak op vergoeding van een redressiehelm. In dat geval valt deze onder de basisverzekering, als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Verwijzing

Een verwijzing door de behandelend kinderarts is vereist.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Volledige vergoeding

3.28 Sportarts/Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Inhoud zorg

U heeft recht op consultatie en behandeling door een sportarts werkzaam in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI). Het SMA of de SMI moet beschikken over een SCAS-certificering. U kunt dit controleren via www.scascertificering.nl of www.sportzorg.nl.

Uitsluitingen

De kosten van rijbewijs-, vliegers- of duikerskeuringen worden niet vergoed. Ook heeft u geen recht op vergoeding voor prestatiebegeleiding of een cursus.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 100,- per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal € 150,- per kalenderjaar

3.29 Steunpessarium

Inhoud zorg

Een steunpessarium kan bij een blaas- of baarmoederverzakking verlichting geven en een operatie voorkomen.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Volledige vergoeding
AV Femke	Volledige vergoeding

3.30 Steunzolen en therapiezolen

Wie mag deze zorg verlenen

- Een orthopedisch schoenmaker of orthopedisch instrumentmaker waarmee wij een contract hebben afgesloten.
- Een in Nederland gevestigde podotherapeut die als kwaliteits geregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Een register(sport)podoloog aangesloten bij de Stichting LOOP.
- Een podoposturaaltherapeut ingeschreven in het register van de Stichting LOOP.

Tip: Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij 'Zoek een zorgverlener'.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Max. € 100,- per twee kalenderjaren

Let op: Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking mee voor het bepalen van de termijn van twee kalenderjaren.

3.31 Stottertherapie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de Del Ferro Methode, de BOMA-methode van Instituut De Pauw, de therapie van het Hausdörfer-instituut Voor Natuurlijk Spreken of het McGuire Programma.

Verwijzing

Een verwijzing door de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of logopedist is vereist. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van een arbeidsgerelateerde aandoening.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 750,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Femke	Maximaal € 1000,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op: Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

3.32 Tandheelkundige zorg

Wie mag de zorg genoemd onder artikel 3.32.1 t/m 3.32.4 verlenen

- Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Let op: Zorg verleend door een kaakchirurg valt in de meeste gevallen onder uw basisverzekering.

- Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
- Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- Een orthodontist die als zodanig staat ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

3.32.1 Kroon- en brugwerk voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Inhoud zorg

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben, na onze voorafgaande toestemming, recht op vergoeding van alle noodzakelijke zorg in verband met het plaatsen van kroon- en brugwerk (R-codes) zoals genoemd in de beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), inclusief techniekkosten. Voorwaarde hiervoor is dat het plaatsen van kroon en/of brugwerk een gevolg is van:

- een fractuur van een of meer frontelementen;
- een ernstige verkleuring van de frontelementen;
- een wortelkanaalbehandeling in een zwaar gerestaureerd element.

Verder kan in bijzondere gevallen, ter beoordeling van onze tandheelkundig adviseur een vergoeding worden toegekend.

Met tandheelkundig adviseur wordt bedoeld de tandarts die ons adviseert over toelating tot de verzekering en de medische/tandheelkundige noodzaak van de behandeling.

Uitsluitingen

De kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen worden niet vergoed.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Geen vergoeding
AV Femke	Volledige vergoeding

3.32.2 Beugels (orthodontie)

Inhoud zorg

Verzekerden jonger dan 22 jaar hebben recht op vergoeding van alle noodzakelijke zorg zoals genoemd in de beleidsregel Orthodontische zorg (F-codes) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

Wie mag deze zorg verlenen

Een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus.

Uitsluitingen

- Orthodontische behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig ondoelmatig zijn (dit ter beoordeling van onze tandheelkundig adviseur).
- Kosten veroorzaakt door onzorgvuldig gebruik van de apparatuur.
- Orthodontische behandelingen met een esthetisch karakter, bijvoorbeeld behandelingen met linguale apparatuur of Invisalign, of keramische brackets.

Toestemming vooraf

Onze voorafgaande toestemming is vereist als u 18 jaar of ouder bent. Als toestemming wordt geweigerd, komen ook het consult en de bijbehorende röntgenfoto's en modellen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 500,- tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Femke	Maximaal € 1750,- tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op:

- Een eventuele volgende, hernieuwde behandeling komt niet voor vergoeding in aanmerking.

b. Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

Overgangsregeling

Verzekerden met een AV Sanne die vóór 2014 in de AV Sanne met de behandeling zijn gestart, blijven zolang de behandeling duurt recht houden op een vergoeding van maximaal € 750,- voor de gehele verzekeringsduur.

Verzekerden met een AV Femke die vóór 2014 in de AV Femke met de behandeling zijn gestart, blijven zolang de behandeling duurt recht houden op een vergoeding van maximaal € 2000,- voor de gehele verzekeringsduur.

3.32.3 Ongevallenregeling voor verzekerden jonger dan 25 jaar

Inhoud zorg

Een verzekerde jonger dan 25 jaar heeft na onze voorafgaande toestemming recht op vergoeding van een afwijkende behandeling, afhankelijk van de aard en omvang van het trauma. Voorwaarde hiervoor is dat door een ongeval een of meer frontelementen verloren zijn gegaan of zodanig zijn beschadigd dat een vulling niet meer volstaat.

Uitsluitingen

De kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen worden niet vergoed.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de tandarts is vereist.

Vergoeding

AV Lieke	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 750,- per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal € 750,- per kalenderjaar

3.33 Therapeutische vakantiekampen voor kinderen

Inhoud zorg

Voor kinderen tot 18 jaar bestaat na onze voorafgaande toestemming recht op vergoeding van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp voor een periode van maximaal zes weken per kalenderjaar. Het betreft vakantiekampen georganiseerd door:

- a. Diabetesvereniging Nederland;
- b. Hartstichting en De Hart&Vaatgroep;
- c. Stichting De Luchtballon;
- d. Stichting De Ster;
- e. Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen.

Aanvraag

Een verklaring van de huisarts is vereist. Hieruit moet de medische indicatie blijken tot verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

Vergoeding

AV Lieve	Geen vergoeding
AV Sanne	Maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Femke	Maximaal € 500,- per kalenderjaar

4. INHOUD VAN DE AANVULLENDE TANDARTSVERZEKERINGEN

4.1 Dekking AV Tand Lars en AV Tand Sven

Inhoud zorg

U heeft vanaf de leeftijd van 18 jaar en in aanvulling op de basisverzekering recht op vergoeding van:

- a. mondzorg zoals genoemd in de beleidsregel Tandheeskundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- b. de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- c. spoedeisende zorg in het buitenland.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. materiaal- en techniekkosten;
- b. orthodontische behandelingen (beugels);
- c. esthetische behandelingen;
- d. het uitwendig bleken van elementen;
- e. een mondbeschermer;
- f. verdoving door middel van algehele narcose;
- g. de kosten van niet nagekomen afspraken;
- h. keuringsrapporten.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- b. Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheeskunde.

Let op: Zorg verleend door een kaakchirurg valt in de meeste gevallen onder uw basisverzekering.

- c. Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidings-eisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- d. Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Verwijzing

Voor behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing door de tandarts nodig.

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig:

- a. bij het toepassen van ioniserende straling in het kader van onderzoek naar de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaquegerelateerde aandoeningen, en voor het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- b. bij het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratieanesthesie;
- c. bij het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Vergoeding

AV Tand Lars	80% van de kosten tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.
AV Tand Sven	80% van de kosten, tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

4.2 Dekking AV Tand Thomas

Inhoud zorg

U heeft vanaf de leeftijd van 18 jaar en in aanvulling op de basisverzekering recht op vergoeding van:

- a. de kosten van mondzorg zoals genoemd in de beleidsregel tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- b. de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- c. de kosten van spoedeisende zorg in het buitenland.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. materiaal- en techniekkosten;
- b. orthodontische behandelingen (beugels);
- c. esthetische behandelingen;
- d. het uitwendig bleken van elementen;
- e. een mondbeschermer;
- f. verdoving door middel van algehele narcose;
- g. de kosten van niet nagekomen afspraken;
- h. keuringsrapporten.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- b. Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Let op: Zorg verleend door een kaakchirurg valt in de meeste gevallen onder uw basisverzekering.

- c. Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- d. Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Wachttijd

Op de volgende prestaties is een wachttijd van 12 maanden van toepassing, te rekenen vanaf de ingangsdatum van de verzekering:

- a. kronen en bruggen: R-codes met uitzondering van code R31;
- b. implantaten: J-codes;
- c. tandvleesbehandelingen: T-codes met uitzondering van de codes T51 t/m T56 en de codes T91 t/m T95.

Verwijzing

Voor behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing door de tandarts nodig.

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig:

- a. bij het toepassen van ioniserende straling in het kader van onderzoek naar de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaquegerelateerde aandoeningen, en voor het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- b. bij het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratieanesthesie;
- c. bij het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten tot maximaal € 750,- per kalenderjaar.

5. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

5.1 Algemeen

De begripsbepalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn onverkort van toepassing, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden nadrukkelijk van deze begripsbepalingen is afgeweken.

5.2 In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet.

Bedrijfsarts

Een arts die als bedrijfsarts is ingeschreven in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

DBC (diagnose behandeling combinatie)

Een DBC of DBC Zorgproduct is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt, gedurende een vastgestelde periode. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die in rekening mag worden gebracht. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt.

Huisarts

Een in Nederland in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenzorg zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

Medisch specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Register van erkende medisch specialisten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Onze website

www.kiemer.nl.

Uitkering

De vergoeding van de door verzekerde gemaakte kosten waarop deze recht kan doen gelden op basis van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijzing

Een verwijzing bevat ten minste een omschrijving van de klachten van de verzekerde en de reden van de verwijzing, in de vorm van een specifieke medisch inhoudelijke vraagstelling van de verwijzer aan een (met name genoemde) zorgaanbieder.

Verzekerde

De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn.

Verzekeringnemer

De verzekeringnemer is degene die de verzekering met ons heeft gesloten.

Verzekeringsduur

De termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst met betrekking tot een van onze aanvullende verzekeringen tussen ons en verzekerde ononderbroken van kracht is.

Wachttijd

De periode gerekend vanaf de ingangsdatum van de verzekering waarbinnen geen recht bestaat op vergoeding van kosten. Over deze periode is wel de volledige premie verschuldigd.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Voor verdere informatie kunt u www.bigregister.nl raadplegen.

Wij/ons

De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV als risicodragers voor Kiemer.

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Zorgaanbieder/Zorgverlener

Persoon of instelling die een of meer vormen van zorg in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden mag verlenen. Met een zorgaanbieder wordt gelijkgesteld een zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd en die volgens het recht van het land van vestiging beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan die welke in Nederland gelden.

**Kijk voor meer informatie op
www.kiemer.nl**



zorgverzekeraar