

INHOUDSOPGAVE EN OVERZICHT BELANGRIJKSTE VERSTREKKINGEN VAN DE SPECIFIEKE VOORWAARDEN OHRA ZORGBEWUSTPLAN TOTAALPLAN

Vergoedingen en aard van de behandeling per artikel	Vergoeding	Lid	Pag.
Artikel 1 Even vooraf			3
Artikel 2 Preventie. Waarvoor bent u verzekerd?			3
Sportmedisch onderzoek maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren	Max. € 69,-	a	3
Immunisatie in verband met zwangerschap	100%	b	4
Anti-griepinjecties	100%	b	4
Geadviseerde inentingen bij een vakantiereis	100%	b	4
Inenting tegen hondsdolheid, rode hond en tetanus	100%	b	4
Onderzoek hart en bloedvaten door huisarts maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren	100%	c	4
Prostaatonderzoek voor mannen ouder dan 45 jaar maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren	100%	c	4
Dieetadviezen	Max. € 46,-	d	4
Artikel 3 Medische behandelingen. Waarvoor bent u verzekerd?			4
Huisarts	100%	a	4
Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar	75% max. € 454,-	b1	4
Poiklinische specialistische hulp	100%	c	4
Ziekenhuisopname en specialistenhulp	100%	d1	4
Nederlands Astma Centrum in Davos	100%	d2	5
Dagverpleging in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum	100%	e	5
Transplantatie	100%	f	5
Nierdialyse	100%	g	5
Ziekenvervoer per ambulance/helikopter bij opname in of ontslag uit ziekenhuis	100%	h1	5
Ziekenvervoer per taxi (er geldt een eigen bijdrage)	100%	h2	5
Ziekenvervoer per eigen vervoer (er geldt een eigen bijdrage)	€ 0,23 p/km	h2	5
Orthodontie voor verzekerden jonger dan 18 jaar	Max. € 2.269,-	i1	5
Bevallingskosten	100%	j	5
Kraamzorg via OHRA	100%	k1	6
Zelf te regelen kraamzorg	Max. 48 uur	k2	6
Kraamzorg (geldelijke vergoeding)	Max. € 912,-	k3	6
Fysio- en oefentherapie	Max. 18 behandelingen per indicatie	l1	6
Ergotherapie, logopedie, foniatrie en orthoptie	100%	m	6
Revalidatie	100%	n	7
Psychologische hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar	Max. 12 consulten	o	7
Alternatieve geneeswijzen o.a.:	Max. € 23,- per consult per dag met een max. van € 908,- totaal voor alle therapieën	p	7
- Natuurgeneeskundige hulp, acupunctuur en homeopathie			
- Podotherapie/podo-orthesiologie, chiropractie en (ortho)manuele therapie			
Farmaceutische hulp volgens regeling Zorgverzekeraars Nederland	100%	q1	7
Dieetpreparaten volgens regeling Zorgverzekeraars Nederland	100%	q2	7
Alternatieve middelen	Max. € 227,-	r	7
(Medische) Hulpmiddelen	100%	s	8
IVF (In-vitro-fertilisatie) (er geldt een eigen bijdrage)	100%	t2	8
Ongedaan maken sterilisatie	100%	u	8
Erfelijkheidsonderzoek	100%	v	8
Stottertherapie	80%	w	8
Audiologisch hulp	100%	x	8
Zorgbemiddeling bij wachtlijstproblematiek	100%	y	8
Second Opinion	100%	z	8

Artikel 4 Nazorg. Waarvoor bent u verzekerd?			9
Lidmaatschap patiëntenvereniging	Max. € 69,-	a	9
Thuiszorg (eigen bijdragen)	Max. € 749,-	b	9
Kuuroorden voor reumatoïde artritis en ziekte van Bechterew	80%, max. € 454,-	c	9
Behandeling huidtherapeut/schoonheidsspecialist	75%	d	9
Verblijf- en/of overnachtingstehuis	Max. € 227,-	e	9
Ondersteuning thuissituatie chronische zieke	Max. € 46,- per dag	f	9
Behandeling in instelling voor (psychosociale) begeleiding bij terminale ziekten	100%	g	9
Artikel 5 Rechtshulp bij schade door medische kunstfouten. Waarvoor bent u verzekerd?			9
Rechtshulp bij schade door medische kunstfouten	Max. € 6.807,-		9
Artikel 6 Wat moet u weten over het eigen risico?			10
Artikel 7 Wat moet u weten over de premiebetaling?			10
Artikel 8 Tandartsverzekering. Waarvoor bent u verzekerd?			10
TandartsBasis	75% max. € 227,-	a	10
TandartsLuxe	75% max. € 454,-	b	10
Artikel 9 Begripsomschrijvingen			10

In de verschillende artikelen worden voorwaarden en bijzonderheden voor vergoeding vermeld.

SPECIFIEKE VOORWAARDEN OHRA ZORGBEWUSTPLAN TOTAALPLAN

Geldig vanaf 1 januari 2002

Deze specifieke voorwaarden vormen samen met de voorwaarden van de aanvullende Tandartsverzekering (indien meeverzekerd), de Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen, de voorwaarden 'Persoonlijke hulpverlening' en de AWBZ één geheel. De Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen gelden, tenzij hiervan in de specifieke voorwaarden of in een collectief contract dat voor u van toepassing is wordt afgeweken. Bepaalde begrippen worden in het slotartikel van deze voorwaarden en van de Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen apart uitgelegd. Deze begrippen zijn één keer per artikel vetgedrukt.

TIPS

Raadpleeg de Servicegids OHRA Ziektekostenverzekeringen. Hierin vindt u informatie over uw verzekering en adviezen over het declareren van ziektekosten.

Belangrijke telefoonnummers:

	<u>Vragen over:</u>	
Relatiebeheer	Wijzigingen, premie e.d.	(026) 400 48 48
Teleserviceteam	Declaraties e.d. Kraamzorg Zorgbemiddeling Geselecteerde centra	(026) 400 99 70
Formulierenlijn	aanvraag declaratieformulieren, brochures e.d.	(026) 400 80 00

Informatie is verkrijgbaar via de internetsite van OHRA: www.ohra.nl

ARTIKEL 1

EVEN VOORAF

a. Specifieke voorwaarden

In deze specifieke voorwaarden vindt u de verstrekkingen van uw ziektekostenverzekering, het Totaal-Plan van het OHRA ZorgBewust Plan, en –indien meeverzekerd- uw Tandartsverzekering. U kunt in deze voorwaarden lezen op welke vergoeding u recht heeft;

b. Leeswijzer

U kunt eenvoudig nagaan waar bepaalde verstrekkingen zijn vermeld. De verstrekkingen zijn gerubriceerd naar:

- Preventie;
- Medische behandelingen;
- Nazorg;
- Verstrekkingen bij de tandartsverzekering.

Als voor bepaalde verstrekkingen voorwaarden en/of bijzonderheden gelden, worden deze aangegeven. Daarnaast treft u in deze voorwaarden kaders aan. Hierin worden u Tips, Voorbeelden en Meer informatie gegeven, en ook wordt in de kaders Let op voor sommige zaken uw speciale aandacht gevraagd;

c. Vergoeding kosten

Er bestaat niet zomaar recht op vergoeding van medische kosten. Zo moet er, behalve bij enkele preventieve behandelingen, altijd een **medische noodzaak** zijn. Ook moeten de **hulpverleners** en instellingen voor zover mogelijk de juiste tarieven - dat zijn tarieven die door de overheid zijn goedgekeurd - in rekening brengen. Als voor een bepaalde verstrekking vooraf toestemming van **OHRA** nodig is, staat dit in het artikel;

d. Eigen risico

Bij de in deze voorwaarden genoemde vergoedingen (al dan niet volledig) moet u rekening houden met een aftrek door uw eigen risicobedrag;

e. Hulpverleners en instellingen

OHRA heeft met een aantal hulpverleners en instellingen zorgcontracten afgesloten, zodat u verzekerd bent van kwalitatief optimale zorg en/of kortere wachtlijsten. Voor de adressen van de door OHRA gecontracteerde hulpverleners en/of instellingen kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

ARTIKEL 2

PREVENTIE. WAARVOOR BENT U VERZEKERD?

De **verzekerde** heeft recht op vergoeding van de volgende preventieve verstrekkingen. Als geen maximale vergoeding in procenten of euro's is vermeld, geldt een volledige vergoeding.

a. Op sportief en actief gebied

1. 30 % Korting op contributie fitnesscursus bij lidmaatschap van één van de door **OHRA** geselecteerde centra;
2. Advies bij sportblessures (maximaal 2 keer per kalenderjaar) door **sportartsen** die werkzaam zijn bij één van de door OHRA geselecteerde centra;
3. Maximaal € 69,- (1 keer per 2 kalenderjaren) voor een sportmedisch onderzoek als dit plaatsvindt in één van de door OHRA geselecteerde centra;

b. Inenting en immunisatie

1. Hepatitis B-immunisatie in verband met besmettingsgevaar binnen het gezins- of duurzame samenlevingsverband;

2. Immunisatie in verband met zwangerschap;
3. Inenting van pasgeborenen tegen hepatitis B als de moeder draagster is van het virus;
4. Anti-griepinjecties;
5. Inenting die de **huisarts** en/of reisorganisatie adviseren bij een vakantiereis naar een land met een verhoogd risico op een ziekte;
6. Inenting tegen hondsdoelheid, rode hond en tetanus;

c. *Onderzoeken*

1. Mammografie;
2. Baarmoederhalsuitstrijkje;
3. Onderzoek van hart en bloedvaten door een huisarts (maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren);
4. Prostaatonderzoek voor mannen ouder dan 45 jaar (maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren);
5. Cholesteroltest via huisarts of **specialist** (maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren);
6. De kosten van de eigen bijdrage die de overheid in rekening brengt bij deelname aan een door de overheid gesubsidieerd bevolkingsonderzoek;

d. *Gezondheidsbevordering*

1. Dieetadviezen ingewonnen bij door OHRA geselecteerde **diëtisten** tot een maximum van € 46,- per kalenderjaar;
Voorwaarde:
Het consult vindt plaats op voorschrift van een arts;
2. 50% Korting op door OHRA geselecteerde preventieve cursussen gericht op bijvoorbeeld stoppen met roken en gewichtscntrole;
3. Een incontinentietraining in één van de door OHRA geselecteerde centra;
Bij een incontinentietraining door een **fysiotherapeut** of bij een door het ministerie van VWS toegelaten instelling geldt een vergoeding van 50% van de kosten.

MEER INFORMATIE

Voor de adressen van de door OHRA geselecteerde centra, cursussen en **hulpverleners** kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

ARTIKEL 3

**MEDISCHE BEHANDELINGEN.
WAARVOOR BENT U VERZEKERD?**

a. *Huisarts*

Bij hulp door de **huisarts** heeft de **verzekerde** recht op vergoeding van het honorarium van de huisarts en van eventuele andere kosten volgens CTG-tarieven;

b. *Tandheelkunde*

1. *Voor verzekerden jonger dan 18 jaar*
Deze verzekerden hebben bij behandeling door een **tandarts** of bij een dienst voor jeugd tandverzorging recht op vergoeding van 75% van de kosten tot een maximum van € 454,- per verzekerde per kalenderjaar;

2. *Voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap*

Als door een lichamelijke of verstandelijke handicap een langere dan de gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling nodig is, hebben deze verzekerden bij behandeling door een tandarts recht op een vergoeding op basis van 75% van het uurtarief dat het CTG voor de behandeling heeft vastgesteld;

Voorwaarden:

- **OHRA** moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen voor de behandeling;
- Deze vergoeding geldt alleen als de betreffende verzekerde geen recht heeft op tandheelkundige verstrekkingen van de **AWBZ**;

3. *Voor verzekerden met een tandheelkundige afwijking*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Hiervan is sprake als een lichamelijke aandoening of een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel;

Voorwaarden:

- OHRA moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen voor de behandeling;
- Om in aanmerking te komen voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen moet voldaan worden aan de voorwaarden zoals deze zijn opgenomen in de brochure over tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Deze brochure is op aanvraag verkrijgbaar bij het Teleserviceteam;
- De behandeling moet plaatsvinden in een **centrum voor tandheelkundige hulp**;
- De behandeling moet een benadering in teamverband vereisen en/of een bijzondere deskundigheid;

TIP

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat de mogelijkheid na beoordeling door OHRA een tandartsverzekering af te sluiten. De tandartsverzekering biedt twee verschillende pakketten, de TandartsBasis en de TandartsLuxe. Wilt u informatie over de tandartsverzekering, neemt u dan contact op met de afdeling Relatiebeheer.

c. *Poliklinische specialistische hulp*

Bij poliklinische **specialistische hulp** heeft de verzekerde recht op vergoeding van:

1. het honorarium van de **specialist**;
2. de bijkomende kosten in een **ziekenhuis** of een door OHRA gecontracteerd en overheidserkend zelfstandig behandelcentrum;

d. *Opname*

1. *Bij opname in een ziekenhuis in Nederland*
De verzekerde heeft recht op vergoeding van:
 - de kosten van verpleging volgens het tarief van de ziekenhuisklasse 3;
 - de kosten van specialistische hulp;
 - de bijkomende kosten;

Bijzonderheid:

- de verpleegkosten van een kind jonger dan 3 maanden worden ook vergoed als het kind vanwege borstvoeding in een ziekenhuis moet verblijven omdat de moeder daar is opgenomen;

2. *Bij opname in het Nederlands Astmacentrum in Davos*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van behandeling;

Voorwaarden:

- Optimale behandeling is volgens de medisch adviseur van OHRA in Nederland niet mogelijk;
- Behandeling in Davos moet een meerwaarde hebben en moet doelmatig zijn;
- OHRA moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen;

e. *Dagverpleging*

Bij dagverpleging in een ziekenhuis of een door OHRA geselecteerd en overheidserkend **zelfstandig behandelcentrum** in verband met specialistische behandeling of onderzoek heeft de verzekerde recht op vergoeding van:

1. de kosten van het verblijf;
2. de bijkomende kosten;
3. het honorarium van de specialist;

f. *Transplantatie*

Bij transplantatie van organen of weefsel worden naast de kosten van **opname** (zie lid d.) vergoed:

1. De kosten die NTS (Ned. Transplantatie Stichting) in verband met de transplantatie declareert;
2. De kosten van behandeling en verpleging van de donor op basis van ziekenhuisklasse 3;
3. De kosten van medische behandeling van de donor tot 3 maanden na ontslag uit het ziekenhuis waarin deze in verband met de transplantatie was opgenomen. De medische behandeling moet dan wel verband houden met de transplantatie;

g. *Nierdialyse*

OHRA vergoedt de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) en bij de verzekerde thuis. Bij thuisdialyse worden ook bepaalde niet-medische kosten vergoed volgens de regeling hiervoor die door Zorgverzekeraars Nederland is aanbevolen.

Voorwaarde:

Voor niet-medische kosten moet OHRA vooraf schriftelijk toestemming verlenen;

h. *Ziekenvervoer*

1. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van ziekenvervoer per ambulance of per helikopter bij opname in of ontslag uit het ziekenhuis;
2. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van ziekenvervoer per taxi bij:
 - opname in of ontslag uit het ziekenhuis;
 - **revalidatie** (dag)behandeling;
 - dagverpleging;
 - poliklinische specialistische hulp;

Bijzonderheid:

Als de **medische noodzaak** voor vervoer per taxi is aangetoond kan de verzekerde ook vergoeding krijgen van kosten van eigen vervoer. De vergoeding bedraagt dan € 0,23 per kilometer. De kosten van openbaar vervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking;

Voorwaarde:

De medische noodzaak voor vervoer per taxi ligt ter beoordeling bij de medisch adviseur van OHRA;

3. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van vervoer als een meeverzekerd kind jonger dan 12 jaar langer dan 10 dagen in een ziekenhuis is opgenomen. De vergoeding gaat in vanaf de 11^e dag van opname en bedraagt € 0,23 per gereden kilometer tot een maximum van € 908,- voor de gehele verzekeringsduur;

Bijzonderheid:

Bij taxivervoer en eigen vervoer geldt per kalenderjaar een eigen bijdrage. Dit bedraagt € 90,- als er meerdere personen op de polis staan en € 45,- als er één verzekerde op de polis staat. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het berekenen van een eventueel eigen risico;

LET OP!

Bij het declareren van taxivervoer dient u naast de nota's van het taxivervoer, ook de afsprakenkaart bij de specialist en de medische verklaring voor taxivervoer mee te zenden.

i. *Orthodontie*

1. *Voor verzekerden jonger dan 18 jaar*

Deze verzekerden hebben bij orthodontische behandeling door een tandarts of **orthodontist** recht op vergoeding van kosten tot een bedrag van maximaal € 2.269,- voor de gehele duur van de verzekering;

2. *Bij kaakorthopedische behandeling*

De verzekerde heeft bij behandeling door een orthodontist recht op vergoeding van kosten van kaakorthopedische behandeling;

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip-, kaak- en/of verhemeltespleet;
- De huisarts of tandarts moet verwijzen naar de orthodontist;

LET OP!

Alle **orthodontie-** en tandartskosten die u declareert tellen mee voor het bereiken van de maximale vergoeding. Ook als de kosten (of een deel ervan) niet vergoed worden omdat deze onder het eigen risico vallen.

j. *Bevalling (indien de moeder is meeverzekerd)*

Bij bevalling heeft de verzekerde recht op vergoeding van:

- het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht

- door een specialist, huisarts of **verloskundige**;
- de kosten van de verloskamer;
- de kosten zoals omschreven bij opname (zie lid d.) bij een klinische bevalling;

k. *Kraamzorg (indien de moeder is meeverzekerd)*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kraamzorg binnen een periode van 8 dagen na de bevalling (inclusief bevallingsdatum) dat geen ziekenhuisopnamedag in rekening wordt gebracht. De verzekerde kan kiezen uit:

1. *Kraamzorg in natura*

Deze kan voorzover mogelijk georganiseerd worden door OHRA. Om OHRA in de gelegenheid te stellen de kraamzorg te regelen, moet de verzekerde deze minimaal 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij het Teleserviceteam aanvragen;

MEER INFORMATIE

Informatie over de kraamzorg in natura en een aanvraagformulier hiervoor kunt u bij het Teleserviceteam aanvragen.

2. *Zelf kraamzorg regelen*

De verzekerde kan zelf kraamzorg regelen bij een erkende kraamzorginstelling. De vergoeding is volgens CTG-tarief inclusief bevallingsassistentie voor maximaal 48 uur;

3. *Een geldelijke vergoeding*

Een geldelijke vergoeding van € 114,- per dag voor maximaal 8 dagen;

Bijzonderheden:

- Als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis, wordt voor elke opnamedag één dag kraamzorg minder vergoed. Dit betekent per opnamedag voor kraamzorg in natura en zelf geregelde kraamzorg 6 uur en bij de geldelijke vergoeding € 114,- minder vergoeding;

VOORBEELD

Binnen de periode van 8 dagen na de bevalling – inclusief bevallingsdatum dus - brengt een ziekenhuis 2 opnamedagen in rekening. Dan bedraagt de maximale vergoeding voor kraamzorg € 684,-. Dat is de maximale vergoeding van € 912,- verminderd met € 228,- (= 2 x € 114,-).

- Bij de vergoeding van kraamzorg wordt geen eigen risico ingehouden;

4. *5 Extra dagen kraamzorg*

Als er sprake is van complicaties bij de bevalling en/of in de kraamperiode heeft de verzekerde recht op vergoeding van 5 extra dagen kraamzorg. Heeft de verzekerde gekozen voor kraamzorg in natura of zelf geregelde kraamzorg, dan bedraagt de vergoeding maximaal 6 uur kraamzorg per dag. Heeft de verzekerde voor de geldelijke vergoeding gekozen, dan vergoede OHRA maximaal € 114,- per dag;

Voorwaarden:

- Er moet een medische indicatie door de behandelend specialist aan OHRA worden overlegd;
 - OHRA moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen voor de extra dagen kraamzorg;
5. € 23,- voor een zwangerschapscursus (tussen de 2e en 7e maand van de zwangerschap) en € 23,- voor een postnatale cursus (tussen de 1e en 6e maand na de bevalling) bij één van de door OHRA geselecteerde centra;

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van lidmaatschap van één van de door OHRA geselecteerde centra;
- Er moeten per cursus minimaal 2 trainingen per maand zijn gevolgd;

MEER INFORMATIE

Voor informatie over de OHRA Kraamzorg en voor adressen van de door OHRA geselecteerde centra kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

l. *Fysiotherapie en oefentherapie*

1. De verzekerde heeft recht op vergoeding van maximaal 18 behandelingen per indicatie per kalenderjaar door een:
- **fysiotherapeut**;
 - **oefentherapeut Cesar of Mensendieck**;
 - **manueel therapeut** of door een;
 - kindersfysiotherapeut;

Voorwaarde:

De behandeling moet plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of een specialist;

2. De verzekerde heeft recht op uitbreiding van de onder sub 1. genoemde vergoeding.

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een chronische indicatie die voorkomt op de Lijst van Aandoeningen zoals deze is opgenomen in de regeling over fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland. Deze regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij het TeleserviceTeam;
- U moet een verklaring van de behandelend arts overleggen waaruit blijkt dat sprake is van een chronische indicatie;

m. *Ergotherapie, logopedie, foniatrie en orthoptie*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van consult en/of behandeling door een:

- **ergotherapeut**;
- **logopedist**;

Bijzonderheid:

De behandeling door een logopedist van dyslexie en taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect of anderstaligheid komt niet voor vergoeding in aanmerking;

- **foniatrist**;
- **orthoptist**.

Voorwaarde:

- Het consult of de behandeling moet plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of een specialist;

n. Revalidatie

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van:

1. Klinische revalidatie;

Voorwaarde:

OHRA moet vooraf toestemming verlenen door middel van een machtiging;

2. Poliklinische revalidatie;

o. Psychotherapie

Verzekerden van 18 jaar en ouder hebben per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten van maximaal 12 consulten bij een vrijgevestigde psycholoog of bij een vrijgevestigde psychotherapeut;

Voorwaarden:

- De behandeling moet plaatsvinden op verwijzing van een arts;
- Er moet sprake zijn van acute, kortdurende hulp;

Bijzonderheid:

Eigen bijdragen die in rekening worden gebracht voor psychologische en/of psychotherapeutische hulp in het kader van de AWBZ komen niet voor vergoeding in aanmerking;

MEER INFORMATIE

Kosten van psychotherapie door een psychiater en door een psycholoog/psychotherapeut via het RIAGG worden in Nederland vergoed via de AWBZ. Hiervoor geldt altijd een eigen bijdrage. Zorgkantoren dragen zorg voor de uitvoering van de vergoedingsregelingen. Voor de Zorgkantoren bij u in de buurt of voor de namen en adressen van de dichtstbijzijnde **hulpverlener** kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

p. Alternatieve geneeswijzen

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van alternatieve geneeswijzen, waaronder ook proktologie, orthomanele geneeskunde en flebologie verstaan worden, toegepast door een arts. Ook de kosten van de hierna genoemde alternatieve geneeswijzen toegepast door een therapeut die is aangesloten bij een beroepsgroep die volgens OHRA gestelde kwaliteitsnormen en tarieven handelt, komen voor vergoeding in aanmerking:

- Natuurgeneeskundige hulp;
- Acupunctuur;
- Homeopathie;
- Podotherapie;
- Chiropractie;
- Podo-orthesiologie;
- Manuele therapie (anders dan bij lid I. genoemd);
- Lymfedrainage bij lymfeedeem.

De vergoeding voor een consult/behandeling bedraagt ongeacht de duur en de aard ervan maximaal € 23,- per dag. Bij proktologie en flebologie worden consulten/behandelingen door een specialist in een ziekenhuis volledig vergoed.

Er geldt voor alle consulten/behandelingen samen een maximale vergoeding van € 908,- per verzekerde per kalenderjaar;

MEER INFORMATIE

Voor meer informatie over de vergoeding van alternatieve geneeswijzen kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

q. Farmaceutische hulp

1. De verzekerde heeft recht op vergoeding van geneesmiddelen volgens de geldende regeling over farmaceutische hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is aanbevolen. Deze regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij het Teleserviceteam;

LET OP

In de regeling over farmaceutische hulp is onder meer opgenomen dat een arts, tandarts, specialist of verloskundige de geneesmiddelen moet voorschrijven. De geneesmiddelen moeten geleverd worden door een Nederlandse apotheek of apothekhoudend huisarts.

2. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van dieetpreparaten volgens de geldende regeling over dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is aanbevolen. Deze regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij het Teleserviceteam; *Voorwaarde:* OHRA moet op basis van uw schriftelijke aanvraag vooraf schriftelijk toestemming verlenen;

LET OP

In de regeling over dieetpreparaten is onder meer opgenomen dat een arts het dieetpreparaat moet voorschrijven.

3. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van verbandmiddelen; *Voorwaarde:* Er moet sprake zijn van een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling met verbandmiddelen noodzakelijk is. Dit wordt beoordeeld door de medisch adviseur van OHRA;

r. Alternatieve middelen

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van volgens **Z-index** geregistreerde alternatieve middelen tot maximaal € 227,- per verzekerde per kalenderjaar;

Voorwaarden:

- Een arts moet de middelen voorschrijven;
- Een Nederlandse apotheek of apothekhoudend huisarts moet de middelen leveren;
- De middelen moeten geacht worden niet te voorzien in dagelijkse behoeften; Voedingsmiddelen en versterkende middelen, zoals bijvoorbeeld vitaminepreparaten, komen niet voor vergoeding in aanmerking;

s. *Hulpmiddelen*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen volgens de OHRA regeling Hulpmiddelen. Deze regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij het Teleserviceteam;

Voorwaarden:

- OHRA moet voor een aantal medische hulpmiddelen vooraf schriftelijk toestemming verlenen;
- De hulpmiddelen mogen niet onnodig kostbaar of gecompliceerd zijn;
- De kosten van normaal gebruik zijn voor uw rekening tenzij in de regeling over hulpmiddelen anders is bepaald;
- Voor een aantal medische hulpmiddelen heeft OHRA contracten met leveranciers gesloten;

MEER INFORMATIE

Voor de adressen van de door OHRA geselecteerde leveranciers kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

t. *Fertiliteitsbevorderende behandelingen*

1. De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van operatieve ingrepen die samenhangen met fertiliteitsbevorderende behandelingen, hormoonbehandeling (anders dan bij in-vitro-fertilisatiebehandelingen) en van kunstmatige inseminatie;

Voorwaarde:

De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis;

2. De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van een in-vitro-fertilisatie-behandeling. Maximaal 3 ivf-pogingen per vrouwelijke verzekerde komen voor vergoeding in aanmerking. Per poging geldt een eigen bijdrage van € 364,-. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het berekenen van een eventueel eigen risico;

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie;
- De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis;

Bijzonderheid:

Een ivf-behandeling na het ongedaan maken van een sterilisatie van vrouw en/of partner komt niet voor vergoeding in aanmerking;

u. *Ongedaan maken sterilisatie*

De verzekerde heeft eenmalig recht op vergoeding van kosten voor het ongedaan maken van een ondergane sterilisatie;

Voorwaarde:

De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis;

v. *Erfelijkheidsonderzoek*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van hulp in een **centrum voor erfelijkheidsonderzoek**.

De hulp omvat:

- Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;

- Chromosoomonderzoek;
- Biochemische diagnostiek en DNA-onderzoek;
- Erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding;
- Geavanceerd ultra geluidsonderzoek.

Bijzonderheid:

Als voor het advies aan een verzekerde onderzoek bij andere personen noodzakelijk is, vergoedt OHRA ook de kosten van dit onderzoek. Aan deze andere personen kan dan ook advisering plaatsvinden;

w. *Stottertherapie*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van stottertherapie als logopedische behandelingen niet het gewenste resultaat hebben opgeleverd. Vergoed wordt 80% van de kosten van één van de door OHRA geselecteerde therapieën;

Voorwaarde:

- Verwijzing dient plaats te vinden door een arts, specialist of logopedist;

MEER INFORMATIE

Voor de adressen van de door OHRA geselecteerde hulpverleners kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

x. *Hulp door een audiologisch centrum*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van **audiologische hulp** door een, daartoe door een bevoegde overheidsinstantie toegelaten, audiologisch centrum;

Voorwaarde:

Verwijzing door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts;

y. *Zorgbemiddeling bij wachtlijstproblematiek*

Als een medische behandeling niet binnen een redelijke termijn kan plaatsvinden vanwege een wachtlijst dan onderzoekt het Teleserviceteam op verzoek in hoeverre toch eerdere behandeling mogelijk is;

z. *Second opinion*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten voor het raadplegen van een andere specialist in een Nederlands ziekenhuis als de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling voorstelt.

ARTIKEL 4

NAZORG. WAARVOOR BENT U VERZEKERD?

a. *Lidmaatschap patiëntenvereniging*

De **verzekerde** heeft recht op vergoeding van de kosten van contributie van patiëntenverenigingen die activiteiten ontplooiën en adviseren met betrekking tot een specifieke ziekte. De vergoeding bedraagt maximaal € 69,- voor de hele verzekeringsduur;

b. Thuiszorg

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de eigen bijdragen die u voor **thuiszorg** in rekening worden gebracht. De vergoeding bedraagt maximaal € 749,- per kalenderjaar per op de polis verzekerd gezin.

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van thuiszorg in het kader van de **AWBZ**;
- De thuiszorg moet worden verleend door een van overheidswege gesubsidieerde instelling of een dergelijke instelling moet hebben bemiddeld bij het verkrijgen van de hulp;
- Het gezinslid dat een indicatie heeft voor thuiszorg moet op de polis verzekerd zijn;

c. Kuuroorden voor reumatoïde artritis en ziekte van Bechterew

De verzekerde heeft recht op vergoeding van 80% van de kosten voor behandeling aan een kuuroord in verband met reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew. De maximale vergoeding bedraagt € 454,- per twee kalenderjaren;

d. Behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist

De verzekerde heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten van acnébehandeling of camouflage-therapie door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist. Maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar komen voor vergoeding in aanmerking;

Voorwaarde:

De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van een **specialist**;

e. Verblijf- en/of overnachtingstehuizen bij ernstige ziekten

1. De verzekerde heeft recht op een vergoeding van € 12,- per dag voor verblijf van ouders in een overnachtingstehuis als een meeverzekerd kind wegens ernstige ziekte is opgenomen in het aangrenzende **ziekenhuis**. De maximale vergoeding bedraagt € 227,- per polis per kalenderjaar;
2. De verzekerde heeft recht op vergoeding van € 35,- per dag voor verblijf van een ernstig ziek kind in een verblijfstehuis. De maximale vergoeding bedraagt € 227,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur;

f. Ondersteuning thuissituatie bij chronische ziekte

De verzekerde heeft recht op vergoeding van € 46,- per dag voor 24-uursverzorging bij een chronisch ziektegeval binnen het verzekerd gezin. De vergoeding geldt voor maximaal 14 dagen binnen een periode van 4 jaar;

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van onoplosbare problemen in de thuissituatie waardoor bijstand van professionele hulp nodig is;
- OHRA moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen;

g. Behandeling in instellingen voor (psychosociale) begeleiding bij terminale ziekten

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten voor behandeling in door OHRA geselecteerde

instellingen voor (psychosociale) begeleiding bij terminale ziekten. Hieronder worden geen herstelingssoorten e.d. verstaan. De vergoeding wordt per geval vastgesteld aan de hand van een behandelplan dat u vooraf bij OHRA moet indienen;

Voorwaarde:

OHRA moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen.

MEER INFORMATIE

Voor de namen van de door OHRA geselecteerde tehuizen kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

ARTIKEL 5

RECHTSHULP BIJ SCHADE DOOR MEDISCHE KUNSTFOUTEN. WAARVOOR BENT U VERZEKERD?

De **verzekerde** heeft recht op rechtsbijstand bij schade door **medische kunstfouten**. Als de verzekerde op deze rechtsbijstand een beroep doet, draagt **OHRA** deze zaak over aan de Stichting Juridische Bijstand OHRA. Op basis van de voorwaarden van de OHRA Rechtsbijstandverzekering beoordeelt deze Stichting de dekking, verleent rechtsbijstand en vergoedt de daarmee gemoede kosten tot maximaal € 6.807,- per gebeurtenis. In de voorwaarden van de Rechtsbijstandverzekering is onder andere de geschillenregeling opgenomen en ook het recht op vrije advocatenkeuze, als een advocaat volgens de Stichting nodig of gewenst is. OHRA stuurt de voorwaarden op verzoek toe.

Voorwaarde:

De Stichting verleent de verzekerde uitsluitend rechtsbijstand voor schade door medische kunstfouten. Als bij een verrichting, die door OHRA op grond van deze particuliere ziektekostenverzekering wordt vergoed, een medische kunstfout wordt gemaakt en de verzekerde lijdt hierdoor schade, dan heeft de verzekerde aanspraak op rechtsbijstand bij het verhalen van die schade op de aansprakelijke partij(en), tenzij een verhaalsactie naar mening van de Stichting Juridische Bijstand OHRA weinig kans op het beoogde resultaat biedt.

Als de verzekerde naar aanleiding van een schade zonder toestemming van de Stichting zijn belangen door een derde laat behartigen, betekent dit verlies van zijn aanspraak op rechtsbijstand.

ARTIKEL 6

WAT MOET U WETEN OVER HET EIGEN RISICO?

a. Hoogte eigen risico

Op de verzekering is per kalenderjaar een eigen risico van toepassing. Dit bedraagt minimaal € 112,- per gezin. Er kan eventueel gekozen worden voor een ander eigen risico. **U** heeft dan de keuze uit:

1. Een eigen risico van € 272,- per gezin;
2. Een eigen risico van € 544,- per gezin;
3. Een eigen risico van € 1.088,- per gezin.

Als één **verzekerde** op het polisblad is vermeld

geldt maar de helft van genoemde eigen risico-bedragen.

Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende Tandartsverzekering;

b. Eigen risico bij aangaan en beëindiging verzekering

Het eigen risicobedrag wordt vastgesteld per 1 januari van enig jaar. Als u een verzekering afsluit in de loop van een jaar wordt voor elke maand tussen 1 januari en afsluitdatum een evenredige vermindering van het eigen risico-bedrag toegepast. Bij een tussentijdse beëindiging van de verzekering gebeurt dit niet. Bij overgang in de loop van een jaar van deze verzekering naar een andere verzekering bij **OHRA** wordt het eigen risico-bedrag evenredig vastgesteld;

c. Verlagen eigen risico

Als u het eigen risico wilt verlagen is dat slechts mogelijk na een medische selectie. Een eenmalige verlaging zonder medische selectie is mogelijk als de oudste op de polis vermelde verzekerde de leeftijd van 40 jaren nog niet heeft bereikt;

d. Wanneer geldt eigen risico?

Voor het bereiken van het eigen-risicobedrag tellen uitsluitend de ziektekosten mee die op grond van de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. De maximale vergoedingen zoals bij tandheeskunde, **orthodontie** en alternatieve geneeswijzen, tellen mee voor het bereiken van het eigen-risicobedrag. Voor inhouding van het eigen-risicobedrag is de behandel- of leveringsdatum bepalend;

e. Voor wie geldt het eigen risico?

Het eigen risico geldt voor alle op de polis vermelde verzekerden tezamen en per kalenderjaar. Wordt in de loop van een jaar de verzekering van één van de verzekerden beëindigd of een gezinslid meeverzekerd en zou hierdoor een wijziging in het eigen-risicobedrag plaatsvinden, dan wordt het eigen-risicobedrag op 1 januari daaropvolgend aangepast;

f. Verrekening eigen risico

OHRA het recht het voorgeschoten eigen-risicobedrag net als de premie automatisch te incasseren.

ARTIKEL 7

WAT MOET U WETEN OVER DE PREMIEBETALING?

- Voor kinderen die meeverzekerd zijn op de polis van hun ouder(s) wordt de premie aangepast op de dag dat zij de leeftijd van 18 jaar bereiken;
- Voor volwassenen vanaf 24 jaar wordt de premie iedere 5 jaar aangepast totdat de leeftijdsgroep vanaf 50 jaar is bereikt;
- Als de (mee)verzekerde bij het afsluiten van de verzekering 50 jaar of ouder is, kan **OHRA** een premietoeslag in rekening brengen;

- Indien en voor zover OHRA gehouden is BTW dan wel enige andere vorm van belasting te betalen over de premies die worden ontvangen voor verzekeringen, dan zal OHRA deze bij u extra in rekeningen brengen.

ARTIKEL 8

TANDARTSVERZEKERING. WAARVOOR BENT U VERZEKERD? (Indien meeverzekerd)

Verzekerden van 18 jaar en ouder hebben recht op vergoeding van kosten voor alle tandheelkundige behandelingen door een **tandarts, tandprotheticus** of **mondhygiënist**.

De vergoeding bedraagt bij

a. TandartsBasis

75% van de kosten tot een maximum van € 227,- per verzekerde per kalenderjaar;

b. TandartsLuxe

75% van de kosten tot een maximum van € 454,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheid geldend voor lid a. en lid b.:

Kosten van orthodontische behandelingen komen via deze tandartsverzekering niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding van de kosten van orthodontische behandeling staan vermeld onder het kopje "Orthodontie".

Bijzonderheid geldend voor lid b.:

Ook tandartskosten die verband houden met het inbrengen van implantaten vallen hieronder. Dit in tegenstelling tot het gestelde in artikel 4 lid g.4. van de Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen.

ARTIKEL 9

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In het slotartikel van de Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen staan de volgende, ter zake doende begrippen omschreven:

- **arts(en);**
- **AWBZ;**
- **CTG;**
- **huisarts(en);**
- **hulpverlener(s);**
- **medische noodzaak;**
- **OHRA;**
- **opname;**
- **specialist(en);**
- **specialistische hulp;**
- **u(w)/verzekeringnemer;**
- **verzekerde(n);**
- **ziekenhuis.**

Hierna een omschrijving van verschillende begrippen die **u** in deze specifieke voorwaarden tegenkomt.

audiologische hulp:

het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psycho-

sociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;

centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing;

centrum voor tandheelkundige hulp:

als zodanig (voorlopig) toegelaten universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist;

diëtist:

zie **hulpverlener(s)**;

ergotherapeut:

zie **hulpverlener(s)**;

foniatriest:

een in Nederland gevestigde foniatrist die patiënten medisch behandelt voor verbetering van de stemvorming;

fysiotherapeut:

zie **hulpverlener(s)**;

logopedist:

zie **hulpverlener(s)**;

manueel therapeut:

een in Nederland gevestigde **fysiotherapeut** die als manueel therapeut geregistreerd staat in het register van de Nederlandse Vereniging van Manuele Therapie (NVMT);

medische kunstfout(en):

een medische verrichting die niet voldoet aan de eisen die aan een redelijk bekwaam en redelijk handelend medicus kunnen worden gesteld;

mondhygiënist:

zie **hulpverlener(s)**;

oefentherapeut(en) Cesar/oefentherapeut(en)

Mensendieck:

zie **hulpverlener(s)**;

orthodontie:

kaakorthopedische behandeling met inbegrip van gebitsregulatie en daarvoor aangebrachte kaakorthopedische beugels;

orthodontist:

zie **hulpverlener(s)**;

orthoptie:

orthoptische behandeling door een in Nederland gevestigde **orthoptist** die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit **diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist** en podotherapeut;

orthoptist:

zie **hulpverlener(s)**;

revalidatie:

onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een aan een daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts;

tandarts:

zie **hulpverlener(s)**;

tandprotheticus:

zie **hulpverlener(s)**;

thuiszorg:

gezinshulp, wijkverpleging en huishoudelijke hulp in het kader van de **AWBZ**;

verloskundige:

zie **hulpverlener(s)**;

zelfstandig behandelcentrum:

een inrichting voor (bepaalde) behandelingen die door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten (privékliniek). De, erkende, behandelingen moeten conform CTG tarieven gedeclareerd worden;

Z-index:

Registratielijst van geneesmiddelen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. KNMP is tot registratie van medicijnen gemachtigd door de overheid.

BELANGRIJK!

Op deze verzekering zijn ook de Algemene Voorwaarden Ziektelkostenverzekeringen van toepassing.

