



Direct verzekeren. Direct resultaat.

Polisvoorwaarden

Inhoudsopgave en overzicht belangrijkste verstrekkingen van Specifieke Voorwaarden OHRA ZorgBewust Plan PlusPlan

Vergoedingen en aard van de behandeling per artikel	Vergoeding	Lid	Pagina
Artikel 1	Even vooraf		3
Artikel 2	Preventie Waarvoor bent u verzekerd?		3
Diensten met betrekking tot bewegen	10% + fittest	1	3
Sportmedisch onderzoek maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren	Max. € 50,-	1c	3
Immunisatie in verband met zwangerschap	100%	2b	3
Anti-griepinjecties	100%	2d	3
Geadviseerde inenting en malariatabletten bij een vakantiereis	75%	2e	3
Onderzoek hart en bloedvaten maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren	100%	3c	3
Prostaatonderzoek voor mannen ouder dan 45 jaar maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren	100%	3d	3
Preventiecurssussen	25%	4	4
Dieetadviezen	Max. 4 uren	5	4
Artikel 3	Medische behandelingen Waarvoor bent u verzekerd?		4
Huisarts	100%	1	4
Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar	Max. € 200,-	2a	4
Poliklinische medisch specialistische hulp	100%	3	4
Opname in een ziekenhuis en medisch specialistenhulp	100%	4a	4
Nederlands Astma Centrum in Davos	100%	4c	4
Dagverpleging in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum	100%	5	5
Transplantatie	100%	6	5
Nierdialyse	100%	7	5
Leukemie	100%	8	5
Plastische chirurgie	100%	9	5
Snurken	100%	10	5
Ziekenvervoer per ambulance/helikopter bij opname in of ontslag uit ziekenhuis	100%	11	5
Ziekenvervoer per taxi (er geldt een eigen bijdrage)	100%	11	5
Ziekenvervoer per eigen vervoer (er geldt een eigen bijdrage)	€ 0,23 p/km	11	5
Orthodontie voor verzekerden jonger dan 18 jaar	Max. € 1.820,-	12	5
Bevallingskosten	100%	13	6
Kraamzorg via OHRA	100%	14a	6
Kraamzorg bij adoptie	Max. 3 dagen, 3 uur per dag	14b	6
Zelf te regelen kraamzorg	Max. 48 uur	14b	6
Kraamzorg (geldelijke vergoeding)	Max. € 1.200,-	14c	6
Fysio- en oefentherapie	Max. 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar	15	6
Ergotherapie, logopedie, foniatrie en orthoptie	100%	16	7
Revalidatie	100%	17	7
Alternatieve geneeswijzen o.a.:	Max. € 35,- per consult	18	8
- Natuurgeneeskundige hulp, acupunctuur en homeopathie	per dag met een max. van		
- Podotherapie/podo-orthesiologie, chiropractie, osteopathie en (ortho)manuele therapie	€ 455,- totaal voor alle therapieën		
Farmaceutische zorg	100%	19a	8
Dieetpreparaten volgens regeling Zorgverzekeraars Nederland	100%	19c	8
Alternatieve middelen	Max. € 230,-	20	8
(Medische) Hulpmiddelen	100%	21	8
IVF (In-vitro-fertilisatie) (er geldt een eigen bijdrage)	100%	22	8
Sterilisatie	100%	23	8
Ongedaan maken van sterilisatie	100%	24	8
Erfelijkheidsonderzoek	100%	25	8
Overgangsconsulent	Max. 3 consulten	26	8
Audiologisch hulp	100%	27	8

Vergoedingen en aard van de behandeling per artikel	Vergoeding	Lid	Pagina
Zorgbemiddeling bij wachtlijstproblematiek	100%	28	8
Second Opinion	100%	29	9

Artikel 4	Nazorg Waarvoor bent u verzekerd?	9
------------------	------------------------------------------	----------

Lidmaatschap patiëntenvereniging	Max. € 70,-	9
----------------------------------	-------------	---

Artikel 5	Wat moet u weten over het eigen risico?	9
------------------	------------------------------------------------	----------

Artikel 6	Wat moet u weten over de premiebetaling?	9
------------------	-------------------------------------------------	----------

Artikel 7	TandenGaafVerzekering Waarvoor bent u verzekerd? (Indien meeverzekerd)	9
------------------	-------------------------------------------------------------------------------	----------

Tandheelkundige kosten van een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist	100% tot verzekerd bedrag	9
---------------------------------------------------------------------------	---------------------------	---

Artikel 8	Ziekenfonds Plusverzekering Waarvoor bent u verzekerd? (Indien verzekerd)	10
------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-----------

Hogere verpleegklasse bij ziekenhuisopname in aanvulling op een verplichte ziekenfondsverzekering.	100%	10
----------------------------------------------------------------------------------------------------	------	----

Artikel 9	Begripsomschrijvingen	10
------------------	------------------------------	-----------

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

Specifieke voorwaarden

OHRA ZorgBewust Plan PlusPlan

Geldig vanaf 1 januari 2005

Deze specifieke voorwaarden vormen samen met de Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen, de voorwaarden 'Persoonlijke hulpverlening' en de AWBZ één geheel. De aanvullende verzekeringen zijn onderdeel van de specifieke polisvoorwaarden. De Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen gelden, tenzij hiervan in de specifieke voorwaarden 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.

Tip

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

Belangrijke telefoonnummers:

	<i>Vragen over:</i>	
Relatiebeheer	Wijzigingen, Premie e.d.	026 400 48 48
Teleserviceteam	Declaraties e.d. Zorgbemiddeling Beweeg Advies Centra	026 400 48 48
	<i>Aanvragen van:</i>	
Formulierenlijn	Declaratieformulieren, Polisvoorwaarden e.d.	026 400 80 00

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

Artikel 1

Even vooraf

- Specifieke voorwaarden**
In deze specifieke voorwaarden vindt u de verstrekkingen van uw ziektekostenverzekering, het PlusPlan van het OHRA ZorgBewust Plan, en - indien meeverzekerd - uw TandengaafVerzekering. U kunt in deze voorwaarden lezen op welke vergoeding u recht heeft;
- Leeswijzer**
U kunt eenvoudig nagaan waar bepaalde verstrekkingen zijn vermeld. De verstrekkingen zijn gerubriceerd naar:
 - Preventie;
 - Medische behandelingen;
 - Nazorg;
 - Verstrekkingen bij de TandengaafVerzekering.
 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;

- 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;
- Eigen risico**
Bij de in deze voorwaarden genoemde vergoedingen (al dan niet volledig) moet u rekening houden met een aftrek door uw eigen risicobedrag;
- Hulpverleners en instellingen**
OHRA heeft met een aantal hulpverleners en instellingen zorgcontracten afgesloten, zodat u verzekerd bent van kwalitatief optimale zorg en/of kortere wachttijden. 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.

- Op sportief en actief gebied**
 - 10 % Korting op aan het beweegadvies gerelateerde producten en dienstverlening bij één van de door OHRA gecontracteerde Beweeg Advies Centra;
 - Advies bij sportblessures (maximaal 2 keer per kalenderjaar) door **sportartsen** die werkzaam zijn bij één van de door OHRA gecontracteerde centra;
 - Maximaal € 50,- (1 keer per 2 kalenderjaren) voor een sportmedisch onderzoek als dit plaatsvindt in één van de door OHRA gecontracteerde centra;
 - Vergoeding van de kosten van 1 bewegingsadvies of 1 fittest per kalenderjaar bij één van de door **OHRA** gecontracteerde centra;
- Inenting en immunisatie**
 - Hepatitis B-immunisatie in verband met besmettingsgevaar binnen het gezins- of duurzaam samenlevingsverband;
 - Immunisatie in verband met zwangerschap;
 - Inenting van pasgeborenen tegen hepatitis B als de moeder draagster is van het virus;
 - Anti-griepinjecties;
 - 75% Van de kosten van inenting en malariatabletten die de **huisarts** en/of reisorganisatie adviseren bij een vakantiereis naar een land met een verhoogd risico op een ziekte;
- Onderzoeken**
 - Mammografie;
 - Baar moederhalsuitstrijkje;

- c. Onderzoek van hart en bloedvaten (maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren);
 - d. Prostaatonderzoek voor mannen ouder dan 45 jaar (maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren);
4. *Preventieve cursus*
Bij deelname aan geselecteerde preventieve cursussen heeft de verzekerde recht op een vergoeding van 25% van de kosten in één van de door OHRA gecontracteerde centra;
Voorwaarde:
OHRA moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen.
5. *Gezondheidsbevordering*
Dieetadviezen ingewonnen bij door OHRA gecontracteerde **diëtisten** tot een maximum van 4 uren per kalenderjaar;
Voorwaarde:
Het consult vindt plaats op voorschrift van een arts;

Meer informatie

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

Artikel 3

Medische behandelingen Waarvoor bent u verzekerd?

1. *Huisarts*
Bij hulp door of vanwege de huisarts heeft de verzekerde recht op vergoeding van het honorarium (met inbegrip van de specifieke toeslagen) van de huisarts, respectievelijk door de dienstenstructuur waarbij deze is aangesloten, in rekening gebrachte kosten en van eventuele andere kosten volgens CTG-tarieven;
2. *Tandheelkunde*
 - a. *Voor verzekerden jonger dan 18 jaar*
Deze verzekerden hebben bij behandeling door een **tandarts, mondhygiënist** of bij een dienst voor jeugdtandverzorging recht op vergoeding van de kosten tot een maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar;
 - b. *Voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap*
 1. *Voor verzekerden jonger dan 18 jaar*
Deze verzekerden hebben bij behandeling door een tandarts, een mondhygiënist, een dienst voor jeugdtandverzorging of een centrum voor bijzondere tandheelkunde recht op vergoeding van de kosten tot een maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar. Daarboven wordt 75% van het uurtarief dat het CTG voor de behandeling heeft vastgesteld vergoed;
Voorwaarden:
 - Voor kosten boven € 200,- moet **OHRA** vooraf schriftelijk toestemming verlenen voor de behandeling;
 - Deze vergoeding geldt alleen als de betreffende verzekerde geen recht heeft op tandheelkundige verstrekkingen van de **AWBZ**;

2. *Voor verzekerden vanaf 18 jaar*

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;

c. *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 aangebo- ren 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 TandEnGaafVerzekering af te sluiten. Wilt u informatie over de TandEnGaaf-Verzekering, neemt u dan contact op met de afdeling Relatiebeheer.

3. *Poliklinische medisch specialistische hulp*

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

- a. het honorarium van de **medisch specialist**;
- b. de bijkomende kosten in een ziekenhuis of een door OHRA gecontracteerd en overheidserkend **zelfstandig behandelcentrum**;
- c. laboratoriumonderzoek, waaronder bijvoorbeeld tromboseprikken;
- d. of de kosten die als **DBC** door de zorgverlener of zorgverlenende instantie in rekening worden gebracht;

4. *Opname*

a. *Bij opname in een ziekenhuis in Nederland*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van:

- de kosten van verpleging volgens het tarief van de ziekenhuisklasse waarin de verpleging heeft plaatsgevonden met een maximale vergoeding van de voor de overeenkomst geldende ziekenhuisklasse (zie polisblad);
- de kosten van medisch specialistenhulp; de bijkomende kosten;

- of de kosten die als DBC door de zorgverlener of zorgverlenende instantie in rekening worden gebracht;

Bijzonderheden:

- Als de verzekerde verzekerd is voor een hogere klasse dan de derde klasse, dan wordt het door het ziekenhuis in rekening gebrachte tarief vergoed, mits en voorzover opname daadwerkelijk in deze klasse heeft plaatsgevonden
- 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;

b. *Bij opname in het Nederlands Astma centrum 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;

5. *Dagverpleging*

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

- De kosten van het verblijf;
- De bijkomende kosten;
- Het honorarium van de medisch specialist;
- of de kosten die als DBC door de zorgverlener of zorgverlenende instantie in rekening worden gebracht.

6. *Transplantatie*

Bij transplantatie van organen of weefsel worden naast de kosten van **opname** (zie lid 4.) vergoed:

- De kosten van weefseltypering;
- De kosten die de NTS (Ned. Transplantatie Stichting) in verband met de transplantatie declareert;
- De kosten van behandeling en verpleging van de donor op basis van ziekenhuisklasse 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;

7. *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 de niet-medische kosten moet OHRA vooraf schriftelijk toestemming verlenen;

8. *Leukemie*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van:

- kosten van (dag)opname overeenkomstig het bepaalde in deze polisvoorwaarden;
- kosten voor beenmergtransplantatie overeenkomstig het bepaalde in lid 6;
- de kosten van medisch specialistische hulp;

- de bijkomende kosten in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (privékliniek);

9. *Plastische chirurgie*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van plastische chirurgie, waaronder flaporen, ooglidcorrecties of buikwandcorrectie. Vergoed worden:

- de kosten van (dag)opname overeenkomstig het bepaalde in deze polisvoorwaarden;
- de kosten van medisch specialistische hulp;
- de bijkomende kosten in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (privékliniek);

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een medisch noodzakelijke behandeling naar het oordeel van de medisch adviseur van OHRA;
- OHRA moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen;

10. *Snurken*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van behandeling van snurken (= uvuloplastiek). Vergoed worden:

- de kosten van (dag)opname overeenkomstig het bepaalde in deze polisvoorwaarden;
- de kosten van medisch specialistische hulp;
- de bijkomende kosten in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (privékliniek);

11. *Ziekenvervoer*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van ziekenvervoer per ambulance, per taxi of, als noodzakelijk, per helikopter bij:

- opname in of ontslag uit het ziekenhuis;
- **revalidatie** (dag)behandeling;
- dagverpleging;
- poliklinische medisch specialistische hulp;

Bijzonderheden:

- 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;
- Bij taxivervoer en eigen vervoer geldt per kalenderjaar een eigen bijdrage. Deze 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 bereiken van een eventueel eigen risico;

Voorwaarde:

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

Let op

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

12. *Orthodontie*

a. *Voor verzekerden jonger dan 18 jaar*

De verzekerde heeft bij orthodontische behandeling door een tandarts of **orthodontist** recht op vergoeding van kosten tot een bedrag van maximaal € 1.820,- voor de gehele duur van de verzekering;

b. *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.

13. *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 medisch specialist, huisarts of **verloskundige**;
- de kosten van de verloskamer;
- de kosten zoals omschreven bij opname (zie lid 4.) bij een klinische bevalling;

14. *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:

a. *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;

b. *Kraamzorg in natura bij adoptie*

Als sprake is van adoptie van een kind jonger dan 6 maanden, bestaat recht op kraamzorg in natura. De kraamzorg behelst instructie aan de verzorgende ouder. Deze kan voorzover mogelijk georganiseerd worden door OHRA. De vergoeding bedraagt maximaal 3 uur per dag gedurende 3 dagen vanaf de dag van opname van het kind in het gezin;

Voorwaarde:

OHRA moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen;

Meer informatie

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

c. *Zelf kraamzorg regelen*

Indien kraamzorg in natura niet door OHRA geregeld kan worden, kan de verzekerde zelf kraamzorg regelen bij een erkende kraamzorginstelling. De vergoeding is volgens CTG-tarief inclusief bevallingsassistentie voor maximaal 48 uur;

d. *Een geldelijke vergoeding*

Een geldelijke vergoeding van € 150,- per dag voor maximaal 8 dagen;

Voorwaarde:

Voor het verkrijgen van een geldelijke vergoeding c.q. voor het uitbetalen van het aantal uren kraamzorg moet een formulier worden ingevuld dat door de arts of verloskundige moet worden ondertekend. U kunt dit declaratieformulier kraamzorg bij OHRA aanvragen.

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 zelfgeregelde kraamzorg 6 uur en bij de geldelijke vergoeding € 150,- minder vergoeding;

Voorbeeld

Binnen de periode van 8 dagen na de bevalling – inclusief bevallingsdatum dus -- heeft u 2 dagen in het ziekenhuis gelegen. Dan bedraagt de maximale vergoeding voor kraamzorg € 900,-. Dat is de maximale vergoeding van € 1200,- verminderd met € 300,- (= 2 x € 150,-).

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

c. *Lactatiekundige hulp*

Vergoeding van hulp verleend door een **lactatiekundige** aangesloten bij de Nederlandse vereniging van lactatiekundigen tot een maximum van € 115,- per bevalling. Lactatiekundige hulp omvat advisering, voorlichting en praktische ondersteuning. Deze vergoeding wordt verleend naast de kraamzorg in natura en/of geldelijke vergoeding;

15. *Fysiotherapie en oefentherapie*

- a. De verzekerde heeft recht op vergoeding van maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar door een:
- **fysiotherapeut**;
 - **manueel therapeut**;
 - kinderfysiotherapeut;

Voorwaarde:

De therapeut moet door OHRA zijn geselecteerd. Als u een behandeling ondergaat bij een therapeut die niet door OHRA is geselecteerd, dan bedraagt de vergoeding maximaal € 22,- per zitting per dag voor de fysiotherapeut, respectievelijk maximaal € 33,- per zitting per dag voor de manueel therapeut en de kinderfysiotherapeut;

- **oefentherapeut Cesar of Mensendieck**;

Voorwaarden geldend voor alle therapeuten:

- De behandeling moet plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of een medisch specialist;
- OHRA is bevoegd een behandelingsplan op te vragen aan de hand waarvan nadere voorwaarden gesteld kunnen worden bij de behandeling;

Meer informatie

Voor de adressen van de door OHRA geselecteerde therapeuten kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam. Telefoon 026 400 48 48 of kijk op www.ohra.nl.

- b. De verzekerde heeft recht op uitbreiding van het aantal behandelingen van de onder sub a. 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;
- De verzekerde moet een verklaring van de behandelend arts overleggen waaruit blijkt dat sprake is van een chronische indicatie;
- U moet bij sommige chronische indicaties een verklaring van de behandelend medisch specialist aan OHRA overleggen waaruit blijkt dat sprake is van een chronische indicatie. U kunt in de Lijst van Aandoeningen, zoals deze hierboven is beschreven, lezen welke chronische indicaties het betreft;

16. *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;

- **foniater;**
- **orthoptist.**

Voorwaarde:

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

17. *Revalidatie*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van:

- a. Klinische revalidatie;

Voorwaarde:

OHRA moet vooraf toestemming verlenen door middel van een machtiging;

- b. Poliklinische revalidatie;

18. *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 van genoemde alternatieve geneeswijzen, komen voor vergoeding in aanmerking:

- Natuurgeneeskundige hulp;
- Acupunctuur;
- Homeopathie;
- Podothérapie;
- Chiropractie;
- Podo-orthesiologie;
- Osteopathie;
- Manuele therapie (anders dan bij lid 14. genoemd);
- Lymfedrainage bij lymfoedeem.

De vergoeding voor een consult/behandeling bedraagt ongeacht de duur en de aard ervan maximaal € 35,- per dag.

Bij proktologie en flebologie worden consulten/behandelingen door een medisch specialist in een ziekenhuis volledig vergoed.

Er geldt voor alle consulten/behandelingen samen een maximale vergoeding van € 455,- per verzekerde per kalenderjaar;

Meer informatie

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

19. *Farmaceutische zorg*

- a. De verzekerde heeft recht op vergoeding van geneesmiddelen volgens de geldende regeling over farmaceutische zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij het Teleserviceteam;
- b. Geregistreerde geneesmiddelen die niet (meer) vallen onder de regeling farmaceutische zorg zoals door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld o.a. anticonceptiemiddelen, cholesterolverlagende en maagzuurremmende middelen, worden door OHRA vergoed volgens de geldende OHRA regeling Farmaceutische Zorg;

Let op

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

- c. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van dieetpreparaten volgens de geldende regeling over dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. 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.

- d. 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;

Tip

OHRA biedt verzekerden een online gezondheidscoach; de Lijfwijzer.

Hiermee kunt u:

- een diagnose stellen op basis van uw medische klachten;
- een persoonlijk gezondheidsplan maken;
- de medische encyclopedie raadplegen.

Kijk hiervoor op de internetsite van OHRA: www.ohra.nl.

Een toegangscode voor de OHRA Lijfwijzer heeft u al in uw bezit.

20. Alternatieve middelen

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van volgens de **Z-index** geregistreerde alternatieve middelen tot maximaal € 230,- per verzekerde per kalenderjaar;

Voorwaarden:

- Een arts moet de middelen voorschrijven;
- Een Nederlandse apotheek of apotheekhoudend 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;

21. Hulpmiddelen

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen of bruikleen van medische hulpmiddelen volgens de OHRA regeling Hulpmiddelen.

Deze regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij het Teleservice-team;

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 afgesloten;

Meer informatie

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

22. Fertiliteitsbevorderende behandelingen

- a. De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van operatieve ingrepen die samenhangen met fertiliteitsbevorderende behandelingen en van kunstmatige inseminatie;
Voorwaarde:
De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis;
- b. 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 afgeronde poging geldt een eigen bijdrage van € 365,-. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het bereiken 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 een ondergane hersteloperatie na sterilisatie van vrouw en/of partner komt niet voor vergoeding in aanmerking;

23. Sterilisatie

De verzekerde heeft recht op vergoeding van:

- De kosten van (dag)opname overeenkomstig het bepaalde in deze polisvoorwaarden;
- De kosten van medisch specialistische hulp;
- De bijkomende kosten in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (privékliniek);

24. Ongedaan maken van sterilisatie

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

Voorwaarde:

De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis;

25. 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;
- Erfelijkheidsadviesgeving en de met deze hulp verband houdende psycho-sociale 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;

26. Advies overgangscounselant

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van consulten bij een **overgangscounselant**. De vergoeding bedraagt maximaal 3 consulten voor de gehele duur van de verzekering;

Voorwaarde:

De overgangscounselant moet zijn aangesloten bij een beroepsgroep;

27. 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:

De huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts moet verwijzen naar een audiologisch centrum;

28. 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;

29. Second opinion

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

Artikel 4

Nazorg Waarvoor bent u verzekerd? (indien meeverzekerd)

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 € 70,- voor de hele verzekeringsduur.

Artikel 5

Wat moet u weten over het eigen risico?

1. Hoogte eigen risico

U heeft de keuze uit:

- Een eigen risico van € 0,- per gezin;
- Een eigen risico van € 112,- per gezin;
- Een eigen risico van € 272,- per gezin;
- Een eigen risico van € 544,- per gezin;
- Een eigen risico van € 1.088,- per gezin;

Het eigen risico geldt per kalenderjaar;

Bijzonderheden:

- Als één **verzekerde** op het polisblad is vermeld, geldt maar de helft van genoemde eigen-risicobedragen. Op het polisblad staat het eigen-risicobedrag dat voor u van toepassing is;
- Het eigen risico geldt ook voor de Ziekenfonds-Plusverzekering, maar niet voor de Tandenaaf-Verzekering;

2. 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;

3. 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-risicobedrag 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 particuliere ziektekostenverzekering bij OHRA wordt het eigen-risicobedrag evenredig vastgesteld;

4. Wijzigen eigen risico

U kunt het eigen risico eventueel wijzigen per 1 januari van enig jaar. 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;

5. Wanneer geldt een 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. Voor inhouding van het eigen-risicobedrag is de behandel- of leveringsdatum bepalend, wanneer een zorgverlener of zorgverlenende instantie declareert op basis van een DBC is het tijdstip van de aanvang van de behandeling bepalend;

6. Verrekening eigen risico

OHRA heeft het recht het voorgeschoten eigen-risicobedrag terug te vorderen.

Artikel 6

Wat moet u weten over de premiebetaling?

1. Premie voor kinderen

- 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;
- U** betaalt alleen premie voor de 2 oudste meeverzekerde kinderen. Wel moet u voor alle **verzekerden** de wettelijke bijdragen betalen;

2. Premieaanpassing tot en met 60- jarige leeftijd

Voor volwassenen vanaf 30 jaar wordt de premie iedere 5 jaar aangepast totdat de leeftijdsgroep vanaf 60 jaar is bereikt;

3. Premietoeslag bij leeftijd 50 jaar en ouder bij afsluiten

Als de (mee)verzekerde bij het afsluiten van de verzekering 50 jaar of ouder is, kan **OHRA** een premietoeslag in rekening brengen.

Artikel 7

TandenaafVerzekering Waarvoor bent u verzekerd? (indien verzekerd)

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

De vergoeding is inclusief techniekkosten en geldt per verzekerde per kalenderjaar. **U** heeft de keuze uit een verzekerd bedrag van maximaal (zie polisblad):

€ 230,-	(Tandenaaf 230)
€ 350,-	(Tandenaaf 350)
€ 475,-	(Tandenaaf 475)
€ 950,-	(Tandenaaf 950)
€ 1900,-	(Tandenaaf 1900)

Bijzonderheden;

- Ook tandartskosten die verband houden met het inbrengen van implantaten vallen hieronder. Dit in tegenstelling tot het gestelde in artikel 4 lid 7 van de Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen;
- Kosten van orthodontische behandelingen komen via deze

tandartsverzekering niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding van de kosten van orthodontische behandelingen staat vermeld onder het kopje orthodontie, artikel 3.11.

Artikel 8

Ziekenfonds Plusverzekering Waarvoor bent u verzekerd? (indien verzekerd)

1. **OHRA** vergoedt de kosten van **opname** in een **ziekenhuis** volgens artikel 3.4 met inbegrip van bevalling in een ziekenhuis onder aftrek van de vergoeding die de verplichte ziekenfondsverzekering verleent. De vergoeding bedraagt maximaal de verzekerde ziekenhuisklasse (zie polisblad).
Voorwaarde:
De **verzekerde** moet ingeschreven zijn bij een ziekenfonds in de zin van de Ziekenfondswet;
Bijzonderheid:
De eigen bijdragen die volgens de Ziekenfondswet aan de ziekenfondsverzekerden worden opgelegd, worden niet vergoed;
2. *Omzetting bij beëindiging ziekenfondsverzekering*
Bij beëindiging van de verplichte ziekenfondsverzekering in de zin van de Ziekenfondswet, wordt deze Ziekenfonds Plusverzekering omgezet in het OHRA ZorgBewust Plan PlusPlan, tenzij **u** bij aangetekend schrijven opzegt binnen 14 dagen na dagtekening van het nieuwe polisblad. De omzetting vindt plaats in de klasse van de Ziekenfonds Plusverzekering. Beperkingen en uitsluitingen blijven ook op het OHRA ZorgBewust Plan PlusPlan van kracht.

Artikel 9

Begripsomschrijvingen

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

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

Hierna een omschrijving van verschillende begrippen die u in deze specifieke voorwaarden tegenkomt. Als deze begrippen in de artikelen voorkomen zijn ze één keer per artikel vetgedrukt.

audiologische hulp:

het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale 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 erfelijkheidsadvisering;

centrum voor tandheelkundige hulp:

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

diëtist:

zie **hulpverlener(s);**

ergotherapeut:

zie **hulpverlener(s);**

foniater:

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

fysiotherapeut:

zie **hulpverlener(s);**

lactatiekundige:

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);

mondhygiënist:

zie **hulpverlener(s);**

oefentherapeut(en) Cesar/oefentherapeut(en)

Mensendieck:

zie **hulpverlener(s);**

orthodontie:

kaakorthopedische behandeling met inbegrip van gebitsregulatie en daarvoor aangebrachte kaak-orthopedische 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);**

overgangsconsulent:

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);

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. De KNMP is tot registratie van medicijnen gemachtigd door de overheid.

Belangrijk!

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

