

Deze voorwaarden zijn van kracht met ingang van
1 januari 2013 en vervangen de vorige versie.

OZF Achmea.
Uw zorgverzekeraar.



Polisvoorwaarden Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen 2013

OZF Zorgpolis, Aanvullende verzekeringen,
Tandheelkundige verzekeringen & OZF Wereld Zorgpolis



Inhoudsopgave

Polisvoorwaarden OZF Zorgpolis 2013

Deel A - Verzekeringsvoorwaarden

Artikel

- | | | | |
|----|--|----|--|
| 1 | Begripsomschrijvingen | 33 | Niet-klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) |
| 2 | Kring der verzekerden | 34 | Psychiatrische ziekenhuisopname |
| 3 | Zorgverzekeraar | 35 | Niet-klinische dialyse |
| 4 | Grondslag van de zorgverzekering | 36 | In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie |
| 5 | Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van de zorgverzekering | 37 | Oncologie onderzoek bij kinderen |
| 6 | Persoonsgegevens, zorgpolis, polisblad en zorgpas | 38 | Astma Centrum in Davos (Zwitserland) |
| 7 | Premie | 39 | Mechanische beademing |
| 8 | Automatische incasso | 40 | Trombosedienst |
| 9 | Verplichtingen van de verzekerde | 41 | Audiologisch centrum |
| 10 | Onrechtmatige inschrijving en verrekening | 42 | Erfelijkheidsonderzoek en -advisering |
| 11 | Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen | 43 | Huisartsenzorg |
| 12 | Aanspraak en uitsluitingen | 44 | Ketenzorg |
| 13 | Eigen risico | 45 | Stoppen met roken programma |
| 14 | Medisch adviseur | 46 | Farmaceutische zorg |
| 15 | Declareren | 47 | Revalidatie |
| 16 | Geneeskundige noodhulp buiten het woonland | 48 | Fysiotherapie en oefentherapie |
| 17 | Coulance | 49 | Ergotherapie |
| 18 | Wijziging van premie en/of voorwaarden | 50 | Logopedie |
| 19 | Geschillen | 51 | Dieetadvisering |
| 20 | Fraude | 52 | Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus |
| 21 | Aansprakelijkheid OZF | 53 | Hulpmiddelen |
| 22 | Geldend maken van zorgaanpakken | 54 | Prenatale screening |

Deel B - Vergoedingsvoorwaarden

Artikel

- | | | | |
|----|--|----|--|
| 23 | Algemeen | 55 | Bevalling en verloskundige zorg |
| 24 | Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis | 56 | Kraamzorg |
| 25 | Zelfstandig behandelcentrum | 57 | Verpleging buiten het ziekenhuis (extramuraal) |
| 26 | Plastische chirurgie | 58 | Vervoer van zieken |
| 27 | Medisch specialistische zorg (poliklinisch) | 59 | Buitenland |
| 28 | Medisch specialistische zorg (extramuraal) | 60 | Tandheelkundige zorg tot 18 jaar |
| 29 | Second opinion | 61 | Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - kaakchirurgie |
| 30 | Orgaantransplantaties | 62 | Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) |
| 31 | Dyslexiezorg | 63 | Implantaten |
| 32 | Eerstelijnspsychologische zorg | 64 | Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap |
| | | 65 | Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen |
| | | 66 | Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen |

Deel A: Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij: (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts dan wel een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, dan wel een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven, dan wel de rechtspersoon die zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse Wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet BIG.

Arts voor de Jeugdgezondheidszorg

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Audiologische zorg

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met gestoorde gehoorfunctie.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviseur.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheekhoudende waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medische specialistische zorg uitgedrukt in DBC-Zorgproducten. Dit traject heet Dbc's Op weg naar Transparantie (DOT). Een DBC-Zorgproduct is een declareerbare prestatie op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Dyslexie (ernstige)

Een lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van de verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- De terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- Advies en begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het door ons vastgestelde nadere Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

Fraude

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit.

Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS)

Gemiddeld maximaal tarief voor een groep geneesmiddelen met dezelfde medicinale werking.

Gezin

Eén volwassene, danwel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenafrek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidings-eisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële Regeling aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het door ons vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

IDEA-contract

De overeenkomst (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken) tussen ons en een apotheekhoudende waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Kraamcentrum

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan de door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Medisch adviseur

De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Medische noodzaak

De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen, waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut" en in het "Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)".

Multidisciplinaire samenwerking

Zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oefentherapeut

Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist, die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Seksuologisch hulpverlener

Eerstelijnspsycholoog, arts of verpleegkundige die in het bezit is van een registratie als seksuologisch hulpverlener van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en in het register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven. Dit specialisme bestaat pas sinds 1 januari 2009. Dit specialisme is een opvolging van de verpleeghuis-geneeskunde. Artsen die voor 1 januari 2009 de opleiding zijn begonnen, zijn geregistreerd als verpleeghuisarts, maar worden nu ook specialist ouderengeneeskunde genoemd.

Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'u (verzekeringsnemer)' wordt bedoeld degene die de zorgverzekering met ons is aangegaan.

Verblijf

Een opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan. Ingeval van een collectieve verzekeringsovereenkomst is de verzekeringnemer de instelling of persoon die als zodanig in de betreffende verzekeringsovereenkomst wordt genoemd.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten en door ons is geaccepteerd.

Ziekenhuis

Een instelling voor medische specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt ook begrepen het Nederlands Astma Centrum in Davos.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg leveren.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgverzekering

De Zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 2 Kring der verzekerden

Deze zorgverzekering omvat aanspraken op zorg en de vergoeding van de kosten van zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.

Artikel 3 Zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V., hierna aangeduid als 'OZF', 'wij' of 'ons'.

Artikel 4 Grondslag van de zorgverzekering**4.1 Verzekeringsovereenkomst**

Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting. Deze verzekeringsovereenkomst is ook gebaseerd op het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is, aan de verzekeringnemer.

4.2 Kosten van zorg

De zorg en/of de kosten van zorg op basis van deze zorgverzekering kunnen behoudens eigen bijdragen, door de verzekerde bij OZF worden gedeclareerd. Wanneer en voor zover een overeenkomst is gesloten tussen de zorgverlener en OZF zal de zorgverlener op grond daarvan rechtstreeks bij OZF declareren. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding wordt gegeven voor de werkelijk gemaakte kosten van medisch noodzakelijke zorg conform de door de Nza vastgestelde tarieven of door OZF met de zorgverlener overeengekomen prijzen en de vergoedingsvoorwaarden zoals vermeld in deel B van deze polis, geldig op de datum waarop de kosten waarvan vergoeding wordt gevorderd zijn gemaakt. In geval van een betaling door OZF van meer dan waarop volgens de polisvoorwaarden aanspraak bestaat, kan OZF het teveel betaalde verrekenen en wordt verzekerde geacht aan OZF te hebben verleend een volmacht tot automatische incasso voor het teveel betaalde.

4.3 Aanspraak op vergoeding van kosten

De aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgverzekering omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

4.4 Recht op zorg

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 5 Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van de zorgverzekering

5.1 Totstandkoming van de verzekering

5.1.1 Een verzekeringsovereenkomst komt tot stand door acceptatie door OZF van de verzekerden die door u (verzekeringnemer) zijn aangemeld. Aanmelding geschiedt door inzending van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.

5.1.2 Bij aanmelding gaan wij na of is voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Wanneer hieraan wordt voldaan, wordt een polisblad afgegeven en bestaat daarna aanspraak op en/of vergoeding van de kosten van zorg volgens deze wet.

5.1.3 Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener dan wel andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met de hiervoor bedoelde partijen uw BSN gebruiken.

5.2 Aanmelding op grond van artikel 9a t/m d van de Zorgverzekeringswet (Zvw)

5.2.1 Wanneer het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) u op grond van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering bij ons verzekerd heeft, kunt u gedurende een periode van 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CVZ u daarvan mededeling heeft gedaan, de desbetreffende verzekering vernietigen indien u aan het CVZ en aan ons kunt aantonen in de periode bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw, al krachtens een andere verzekering verzekerd te zijn geweest.

5.2.2 In afwijking van artikel 931 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek zijn wij bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was.

5.2.3 U kunt, zo nodig in afwijking van artikel 7 Zvw, tenzij het 4^e lid van dat artikel van toepassing is, de zorgverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw niet opzeggen gedurende de 1^e 12 maanden waarover deze loopt.

5.3 Ingangsdatum en duur van de verzekering

5.3.1 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de datum waarop OZF het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van 1 kalenderjaar.

5.3.2 Wanneer degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop wij het verzoek, bedoeld in artikel 5.3.1 ontvangen reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en u (verzekeringnemer) aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door u aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in artikel 5.3.1 en 5.3.2, gaat de verzekering op die latere dag in.

5.3.3 Wanneer de zorgverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

5.3.4 Wanneer de zorgverzekering ingaat binnen 1 maand nadat een andere zorgverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, 4^e lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt deze, zonedig in afwijking van artikel 925, 1^e lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

5.3.5 Een bij ons lopende zorgverzekering kunt u, behoudens hetgeen in artikel 5.3.1 is bepaald, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar en alleen na schriftelijke bevestiging van ons.

5.3.6 De collectieve zorgverzekering geldt ook voor uw gezin. Wanneer er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken zijn gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitskorting, dan worden uw kinderen daar schriftelijk over geïnformeerd.

5.4 Einde van de zorgverzekering

5.4.1 U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten zorgverzekering herroepen. U kunt de zorgverzekering binnen 14 dagen na ontvangst van uw polisblad schriftelijk of per e-mail zonder opgave van reden beëindigen. De zorgverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie aan u (verzekeringnemer) terugstorten en u de eventueel ontvangen schadekosten terugbetaalt aan ons.

5.4.2 U (verzekeringnemer) kunt de zorgverzekering beëindigen:

- Door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk. Indien de verzekering niet wordt opgezegd, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van 1 kalenderjaar.
- Door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december een basisverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering opzegt. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- Als u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde door een andere zorgverzekering wordt verzekerd. Als de opzegging bij ons voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering binnen is, kan de zorgverzekering beëindigd worden met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe zorgverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de 1^e dag van de 2^e kalendermaand volgend op de dag waarop u heeft opgezegd.

- Wanneer de reden van opzegging een overstap betreft van de ene collectieve basisverzekering naar de andere collectieve basisverzekering in verband met het beëindigen van of het aangaan van een (nieuw) dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de 1^e van de volgende maand.
- Bij beëindiging van deelname aan een collectieve zorgverzekering via een uitkeringsinstantie, wanneer de reden van opzegging betreft óf deelname aan een collectieve zorgverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, of door deelname aan een collectieve zorgverzekering wegens een nieuw dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat deelname van het collectief is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de 1^e van de volgende maand.

5.4.3 De zorgverzekering eindigt:

- Met ingang van de dag volgend op de dag waarop u niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de zorgverzekering voldoet.
- Op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
- Bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 20 in welk geval OZF niet gebonden is aan enige opzegtermijn.
- Bij overlijden.
- Als wij ten gevolge van wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u uiterlijk 2 maanden voor dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de zorgverzekering eindigt.

5.4.4 Wanneer uw zorgverzekering eindigt, delen wij u dit schriftelijk mee.

Artikel 6 Persoonsgegevens, zorgpolis, polisblad en zorgpas

6.1 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen Achmea voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om u te informeren over relevante producten en/of diensten, voor het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan de wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van uw persoonsgegevens is voor zorgverzekeraars de “Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars” van toepassing.

6.1.1 Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, of u wilt uw toestemming voor gebruik van uw e-mailadres intrekken, dan kunt u dit schriftelijk melden bij OZF Achmea, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.

6.1.2 In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij als Achmea uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacy-reglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

6.2 OZF verstrekt ten bewijs van de verzekering aan iedere verzekeringnemer een polisblad. Ook ontvangt iedere verzekerde een zorgpas ten behoeve van zorgverleners. Deze pas is strikt persoonlijk, geldt voor de daarop aangegeven periode en doet ook dienst als Europese Verzekeringskaart.

Op vertoon van de pas kan de verzekerde zorg invoeren bij de door de verzekeraar gecontracteerde zorgverlener(s) waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat. De verzekerde dient zich bij vertoon van de pas tegenover de zorgverlener op diens verzoek te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of een vreemdelingendocument. Aan de zorgpas kunnen geen rechten worden ontleend. Bij verlies van de pas dient de verzekerde dit direct aan OZF te melden waarna een nieuwe pas wordt toegezonden. OZF behoudt zich het recht voor per verloren pas een bedrag van € 7,50 in rekening te brengen.

6.3 Vanaf het moment dat de zorgverzekering ingaat, mogen wij aan derden (zorgverleners, leveranciers e.d.) inlichtingen vragen en geven voor zover dit nodig is om de verplichtingen uit hoofde van de zorgverzekering te kunnen nakomen. Onder inlichtingen wordt in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende redenen noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

Artikel 7 Premie

7.1 Premievaststelling

7.1.1 Voor alle verzekerden is de premie verschuldigd die door OZF wordt vastgesteld. Voor kinderen onder de 18 jaar is geen premie verschuldigd voor de basisverzekering.

7.1.2 Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de 1^e van de maand volgend op de maand waarin deze leeftijd bereikt wordt. De maandpremie wordt berekend aan de hand van de situatie per de 1^e van de betreffende maand.

7.1.3 Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervalt uw recht op collectiviteitskorting van deze collectiviteit.

7.2 Bedrag premie

De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico, die direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag en/of een eventuele collectiviteitskorting, die ook direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag.

7.3 Premiebetaling

7.3.1 U (verzekeringnemer) betaalt de premie bij vooruitbetaling.

7.3.2 Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen aanspraak op of vergoeding van kosten van zorg.

7.3.3 Als de zorgverzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie naar rato terugbetaald. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. In geval van fraude of misleiding kunnen wij van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.

7.4 Niet-tijdige betaling

7.4.1 U dient de premie conform de hiervoor gestelde regels te voldoen. Dit geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Bij niet-tijdige betaling kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u in rekening brengen.

7.4.2 Als u gekozen heeft voor premiebetaling per kwartaal of (half) jaar en u betaalt de premie niet binnen de gestelde betalingstermijn, dan behouden wij ons het recht voor u (verzekeringnemer) terug te zetten naar premiebetaling per maand. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.

7.4.3 Nadat wij u hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kunt u (verzekeringnemer) gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst.

7.4.4 Artikel 7.4.3 is niet van toepassing als wij aan u (verzekeringnemer) binnen 2 weken te kennen geven de opzegging te bevestigen.

7.5 Procedure rondom het niet betalen van de premie en bestuursrechtelijke premie

7.5.1 Indien er een achterstand in de premie is ontstaan ter hoogte van 2 maandpremies bieden wij u (verzekeringnemer) schriftelijk binnen 10 werkdagen een betalingsregeling aan. De betalingsregeling bestaat in ieder geval uit de volgende elementen:

- Een machtiging van u (verzekeringnemer) aan ons tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen.
- Afspraken over de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van u (verzekeringnemer) aan ons, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden.
- Een toezegging van ons, inhoudende dat wij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, zoals bedoeld in de tekst achter het 2^e aandachtsstreepje van dit artikel (7.5.1) zullen beëindigen, schorsen of opschorten, zolang u (verzekeringnemer) de machtiging of opdracht, bedoeld in de tekst achter het 1^e aandachtsstreepje van dit artikel (7.5.1), niet intrekt en de afspraken, zoals bedoeld in de tekst achter het 2^e aandachtsstreepje van dit artikel (7.5.1), nakomt.

7.5.2 Indien u (verzekeringnemer) een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in artikel 18a lid 1 Zvw is ontstaan, bestaat het aanbod ook uit een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

- De verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, én
- Deze, indien deze zorgverzekering bij ons is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in de tekst achter het 1^e aandachtsstreepje van artikel 7.5.1, aan ons heeft afgegeven.

7.5.3 In het aanbod staat ook opgenomen dat u (verzekeringnemer) een termijn van 4 weken heeft om het te aanvaarden. Indien u (verzekeringnemer) niet ingaat op de voorgestelde betalingsregeling of op andere wijze de betalingsachterstand niet voldoet dan ontvangt u (verzekeringnemer) bij een achterstand in de premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) ter hoogte van 4 maanden een waarschuwing (4-maandsbrief) dat u (verzekeringnemer) zult worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke premieregime als de

achterstand in premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) is gestegen tot 6 maanden. U (verzekeringnemer) heeft het recht om binnen 4 weken nadat deze voorgenomen melding aan u (verzekeringnemer) kenbaar is gemaakt hiertegen bezwaar te maken.

7.5.4 Indien artikel 7.5.2 van toepassing is dan zenden wij de verzekerden afschriften van de stukken die wij in het kader van artikel 7.5.1 tot en met 7.5.3 aan u (de verzekeringnemer) sturen. Dit geschiedt gelijktijdig.

7.5.5 Indien wij ons standpunt op de betwisting handhaven kunt u (verzekerde of verzekeringnemer) binnen een termijn van 4 weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover voorleggen aan een onafhankelijke instantie op grond van artikel 114 Zvw of aan de rechter (artikel 18b lid 2 Zvw).

7.5.6 Zodra er een achterstand in premie (zonder incassokosten en rente) ter hoogte van 6 maanden is bereikt melden wij dit, onder vermelding van de voor heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u (verzekeringnemer en/of verzekerde), aan het CVZ, en aan u (verzekeringnemer en/of verzekerde). Vanaf dat moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons, maar zal het CVZ een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) opleggen. Deze premie is hoger dan de standaardpremie en kan direct op uw inkomen worden ingehouden. Deze melding geschiedt niet:

- Als de premieachterstand door u (verzekeringnemer) tijdig is betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt.
- Gedurende de in artikel 7.5.5 genoemde termijn.
- In geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist.
- Indien u (verzekeringnemer) zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en kunt aantonen dat u in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten (artikel 18c lid 2 Zvw).
- Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 7.5.1 ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de verschuldigde premie ter hoogte van 4 maandpremies is ontstaan en zolang nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

7.5.7 Indien u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CVZ, de verschuldigde premie, vordering uit hoofde van zorgkostennota's, wettelijke rente en eventuele incassokosten heeft voldaan, melden wij u af bij het CVZ. De bestuursrechtelijke premie-inning zal worden stopgezet en u (verzekeringnemer) betaalt de premie weer aan ons.

7.5.8 Wij stellen u (verzekeringnemer en verzekerde) en het CVZ direct op de hoogte van de datum waarop:

- De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgedaan.
- De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt.
- Door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, 2^e lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.

7.5.9 Bij (her)inschrijving na wanbetaling dient u 2 maanden premie vooruit te betalen.

Artikel 8 Automatische incasso

8.1 Betalingen van de premie, verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, wettelijke eigen bijdragen, eigen betalingen en eventuele overige vorderingen geschieden bij voorkeur per automatische incasso. Indien u kiest voor een andere betaalwijze dan per automatische incasso kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

8.2 Wij streven ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso 14 dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan u (verzekeringnemer) te versturen. Dit is echter niet van toepassing voor de premie. De vooraankondiging van de premie vindt 1-malig plaats via toezending van het polisblad.

Artikel 9 Verplichtingen van de verzekerde

9.1 U bent verplicht:

- Bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van uw zorgpas en 1 van de volgende geldige documenten: een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of een vreemdelingendocument.
- De behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, wanneer de medisch adviseur daarom vraagt.
- Aan ons, onze medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, rekening houdend met de privacyregelgeving.
- Ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.
- Aan ons, binnen 30 dagen nadat u gedetineerd bent, de ingangsdatum en de duur van de detentie te melden.
- Aan ons, binnen 2 maanden nadat u in vrijheid bent gesteld, de datum van invrijheidstelling te melden.

De verplichtingen onder de laatste 2 bullets worden u opgelegd in verband met de wettelijke bepaling over de opschorting van dekking en de premieplicht tijdens de duur van de detentie.

9.2 Wanneer de belangen van ons worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft u geen aanspraak op zorg dan wel behoeven wij geen kosten te vergoeden.

9.3 U (verzekeringnemer) bent verplicht ons binnen 1 maand op de hoogte te stellen van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, langdurig verblijf in het buitenland e.d. Kennisgevingen aan u (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u (verzekeringnemer) te hebben bereikt.

Artikel 10 Onrechtmatige inschrijving en verrekening

10.1 Wanneer ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat.

10.2 Wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door of ten behoeve van u betaalde kosten van zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. De verzekerde is niet gerechtigd de verschuldigde premie of een andere schuld aan OZF te verrekenen met een van OZF te vorderen vergoeding, tenzij met vooraf verkregen schriftelijke toestemming van OZF. OZF kan vorderingen en schulden van verzekerde voortvloeiend uit deze verzekering of een eventuele aanvullende verzekering onderling verrekenen. Deze verrekening door OZF is ook van toepassing op incasso- en deurwaarderskosten.

Artikel 11 Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen

11.1 Indien een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van u, moet u dit direct melden bij OZF, aangifte doen bij de politie en ons kosteloos medewerking verlenen en alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om het verhaal te halen bij de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

Vergoeding van medische kosten die veroorzaakt zijn door een derde vindt alleen plaats indien de verzekerde zijn desbetreffende vordering op die derde aan OZF overdraagt.

Iedere vergoeding betaald door OZF voorafgaande aan deze overdracht kan door OZF onmiddellijk van de verzekerde worden teruggevorderd of verrekend met andere nota's. Deze bepaling geldt niet indien en voor zover OZF door betaling van rechtswege in de rechten van de verzekerde treedt.

11.2 Indien tegelijkertijd 2 verzekeringen gelden voor kosten van medische zorg, kan in 1^e instantie aanspraak onder deze polis worden gemaakt. Indien de medische kosten het gevolg zijn van een gebeurtenis waarvoor verzekerde een andere verzekering heeft, wordt verzekerde geacht zijn rechten op de uitkering van die verzekering aan OZF te hebben overgedragen ten belope van de vergoedingen betaald door OZF aan verzekerde verband houdend met die gebeurtenis.

11.3 Verzekerde zal geen regeling treffen met een aansprakelijke 3^e of een verzekeraar zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van OZF.

Artikel 12 Aanspraak en uitsluitingen

12.1 Aanspraken

U heeft aanspraak op zorg c.q. vergoeding van kosten van zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De inhoud en omvang van deze zorg staat beschreven in hiervoor genoemde regelingen en wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie zoals vermeld op de nota en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

12.2 Uitsluitingen

U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken en door u niet afgehaalde hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten (ongeacht of het verzoek tot levering door u of door de voorschrijver bij de zorgverlener is ingediend).

12.3 Evenmin bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

- De eigen bijdrage krachtens de AWBZ en die van bevolkingsonderzoek.
- Aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet).
- Kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg.
- Grieprikken, behandeling tegen snurken, behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose met een redressiehelm, behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan, behandelingen gericht op circumcisie en het afgeven van doktersverklaringen, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.

- Schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).
- U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten van laboratorium- en/of röntgenonderzoek aangevraagd door een huisarts of medisch specialist in de hoedanigheid van alternatief/complementair arts.
- U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf ten laste van uw verzekering. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de 1^e en 2^e graad van u (verzekerde) dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling bij ons wilt declareren.

12.4 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 op het financieel toezicht (Wft) van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het clausuleblad terroristmedekking van de NHT. Deze clausule en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen en is in te zien via onze website.

12.5 In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet een aanvullende bijdrage aan ons ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op het in lid 12.4 vermelde recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 13 Eigen risico

13.1 Verplicht eigen risico

13.1.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de zorgverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

13.1.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.

13.1.3 Het verplicht eigen risico van € 350,- wordt ingehouden op de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van zorgkosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering gemaakt worden. Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:

- De kosten van zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2014 door ons zijn ontvangen.
- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht.
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

- Een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld.
- Vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- Nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken.
- Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

13.1.4 Vrijstelling verplicht eigen risico

Vrijgesteld van het verplicht eigen risico zijn de kosten van het online programma "Kleur je Leven" vallend onder artikel 32 van de aanspraken van de OZF Zorgpolis. Vrijstelling vindt alleen plaats als het volledige programma daadwerkelijk wordt afgerond.

13.2 Vrijwillig gekozen eigen risico

13.2.1 Het vrijwillig gekozen eigen risico bedraagt € 0,- per verzekerde per kalenderjaar, tenzij een hoger vrijwillig gekozen eigen risico is overeengekomen. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder kan op verzoek van verzekerde (schriftelijk of per e-mail) een hoger vrijwillig gekozen eigen risico worden overeengekomen. De vrijwillig gekozen eigen risicoklassen bedragen € 0,-/€ 100,-/€ 200,-/€ 300,-/€ 400,- of € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis en kunt u vinden via onze website.

13.2.2 Het vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.

13.2.3 Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:

- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht.
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - Een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld.
 - Vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

- Nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken.
- Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

13.2.4 Wijziging vrijwillig gekozen eigen risico

De verzekerde kan jaarlijks met ingang van 1 januari het bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen. Wijzigingen dienen uiterlijk 31 december van het jaar voorafgaande aan het nieuwe verzekeringsjaar schriftelijk te worden meegedeeld aan OZF (schriftelijk of per e-mail).

13.3 Berekening verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

13.3.1 De kosten van zorg die vanuit de zorgverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico.

13.3.2 Wanneer u in de loop van het kalenderjaar de 18-jarige leeftijd bereikt, gaat het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico in per de 1^e van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. Het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.

13.3.3 Wanneer uw zorgverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.

13.3.4 Bij beëindiging van uw zorgverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar worden verminderd.

13.3.5 In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de zorgverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico.

13.3.6 Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico.

13.3.7 Zodra het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico is overschreden, worden de kosten vergoed volgens de vergoedingsvoorwaarden. Andere eigen bijdragen tellen niet mee voor de toepassing van deze bepaling.

13.4 Verrekening rechtstreekse betaling aan zorgverlener

Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande (verplicht en/of vrijwillig gekozen) eigen risicobedrag worden verrekend dan wel van de verzekerde, dan wel van de verzekeringnemer worden teruggevorderd. De verzekerde wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot automatische incasso van het eigen risico. Bij niet-tijdige betaling kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente in rekening brengen.

Artikel 14 Medisch adviseur

OZF is niet gehouden tot betaling van enige vergoeding indien verzekerde niet meewerkt aan een verzoek van OZF om een onderzoek door een medisch adviseur te ondergaan.

Artikel 15 Declareren

15.1 De nota's dienen als origineel kenbaar te zijn. U kunt de originele nota's digitaal bij ons aanleveren via onze website. Op het moment dat u van deze mogelijkheid gebruik maakt bent u verplicht de originele nota's tot 3 jaar nadat deze door ons zijn ontvangen, te bewaren. Wij behouden ons het recht voor deze originele nota's bij u op te vragen indien wij dat noodzakelijk achten.

U kunt de originele nota's ook voldoende gefrankeerd sturen naar: OZF Achmea, Afdeling Declaratieservice, Postbus 94, 7550 AB Hengelo. Nota's waarop vergoeding wordt gegeven, worden niet geretourneerd. Ingediende nota's dienen zodanig gespecificeerd te zijn, dat OZF aan de hand daarvan kan beoordelen in hoeverre de gedeclareerde kosten voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. Vergoeding vindt alleen dan plaats wanneer wij beschikken over een originele en duidelijk gespecificeerde nota. Kopienota's, herinneringen, pro forma nota's, begrotingen of kostenramingen e.d. accepteren wij niet als originele nota en worden niet vergoed.

De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is. Buitenlandse nota's dienen te zijn vergezeld van het volledig ingevulde declaratieformulier buitenland.

15.2 Nota's dienen te worden voorzien van het relatienummer, de naam van de verzekerde die de zorg genoot, een akkoordverklaring plus de handtekening van de verzekeringnemer met betrekking tot de geleverde prestatie, een vermelding, indien van toepassing, dat de kosten het gevolg zijn van een ongeval en eventueel andere relevante aantekeningen.

15.3 Betaling van vergoedingen geschiedt door overboeking in Euro's op de Nederlandse bank- of girorekening van verzekeringnemer. Bij betaling op buitenlandse rekeningnummers kunnen bankkosten in rekening worden gebracht.

15.4 Wij kunnen de in artikel 15.3 genoemde betalingen verrekenen met bedragen die u ons nog verschuldigd bent.

15.5 U bent verplicht om in voorkomende gevallen de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij ons in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevraagd voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

In het geval u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij ons indient, behouden wij ons het recht voor om een lagere vergoeding toe te kennen dan waar u volgens de aanspraak recht op had. Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die langer dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg bij ons worden ingediend, niet in behandeling genomen.

Artikel 16 Geneeskundige noodhulp buiten het woonland

In medische noodsituaties buiten het woonland kan beroep worden gedaan op de door OZF aangewezen alarmcentrale Eurocross Assistance. Een opname in een zorginstelling in het buitenland dient zo spoedig mogelijk (binnen 48 uur) aan Eurocross te worden gemeld. Onder woonland wordt verstaan het land waar men zich metterwoon heeft gevestigd voor een periode van langer dan 3 maanden. Eurocross Assistance is 24 uur per dag bereikbaar voor het melden van opnames en voor adviezen of hulp in noodsituaties, verstrekt betalingsgaranties bij opnames, onderhoudt contact met de verzekerde, familie en behandelende artsen, verzendt geneesmiddelen die ter plaatse niet verkrijgbaar zijn, organiseert en verzorgt repatriëring van de patiënt naar zijn woonland en organiseert het vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde naar het woonland. De kosten van repatriëring die niet geschiedt in opdracht van of in overleg met en onder goedkeuring van Eurocross Assistance, blijven voor rekening van de verzekerde. De ziektekosten uitgaande boven het dekkingsmaximum van deze polis blijven voor rekening van de verzekerde. Voor zover deze kosten door Eurocross zijn betaald, worden deze geacht voor rekening van de verzekerde te zijn betaald en wordt verzekerde geacht aan OZF een volmacht tot automatische incasso te hebben verleend van de voor zijn rekening betaalde onverzekerde kosten.

Artikel 17 Couulance

In bijzondere gevallen en voor zover dit niet in strijd is met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting kan OZF een tegemoetkoming geven waar de polis geen (volledige) vergoeding kent. Aan een couulancebetaling kunnen geen aanspraken worden ontleend.

Artikel 18 Wijziging van premie en/of voorwaarden

18.1 OZF heeft het recht de grondslag van de premie te wijzigen. Een dergelijke wijziging treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u (verzekeringsnemer) is meegedeeld.

18.2 U (verzekeringsnemer) kunt de zorgverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging u is meegedeeld.

18.3 OZF heeft het recht de voorwaarden van de verzekering te wijzigen. Als een wijziging in de voorwaarden en/of aanspraken c.q. vergoedingen ten nadele van u plaatsvindt, kan de verzekeringsnemer de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. U (verzekeringsnemer) kunt de zorgverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging door ons aan u (verzekeringsnemer) is meegedeeld.

Artikel 19 Geschillen

19.1 Op deze polis is het Nederlands recht van toepassing.

19.2 Wanneer u het niet eens bent met een door ons genomen beslissing of u bent ontevreden over onze dienstverlening dan kunt u uw klacht binnen 6 maanden nadat de beslissing aan u is meegedeeld of de dienstverlening aan u is verleend voorleggen aan de afdeling Klachtenbehandeling. U kunt uw klacht per brief, e-mail, telefonisch, internet of per faxbericht aan ons voorleggen.

19.3 Na ontvangst wordt uw klacht opgenomen in ons klachtenregistratiesysteem en u ontvangt een ontvangstbevestiging. Binnen 15 werkdagen ontvangt u een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de afhandeling van uw klacht, dan informeert de afdeling Klachtenbehandeling u hierover.

19.4 Wanneer u het niet eens bent met de afhandeling van uw klacht dan heeft u de mogelijkheid een herbeoordeling bij ons aan te vragen. Uw herbeoordelingsverzoek kunt u per brief, e-mail, telefonisch, internet of per faxbericht bij de afdeling Klachtenbehandeling indienen. U ontvangt hiervan een ontvangstbevestiging. Binnen 15 werkdagen ontvangt u een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de herbeoordeling van uw klacht, dan informeert de afdeling Klachtenbehandeling u hierover.

19.5 In afwijking van het voorgaande lid, of wanneer de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen voldoet, kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl).

19.6 De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen kan uw verzoek niet in behandeling nemen als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan. Het staat u altijd vrij om naar de burgerlijke rechter te stappen, zelfs nadat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen een bindend advies heeft uitgebracht.

19.7 Ongeacht het in de overige leden van dit artikel bepaalde hebben consumenten, zorgverleners en zorgverzekeraars te allen tijde het recht een klacht in te dienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door ons gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt de zorgverlener, zorgverzekeraar en consument tot bindend advies.

Voor meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ verwijzen wij u naar de brochure "Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen". Deze brochure kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Artikel 20 Fraude

20.1 Algemeen

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.

20.2 Verval van recht op vergoeding

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien u (verzekeringsnemer) en/of verzekerde en/of een bij vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Gevolgen

Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:

- Aangifte doen bij de politie.
- De verzekeringsovereenkomst beëindigen en u pas 5 jaar na beëindiging een nieuwe verzekeringsovereenkomst kunt sluiten.
- Registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.
- Uitgekeerde vergoedingen en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

Artikel 21 Aansprakelijkheid OZF

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk, ook niet in die gevallen waarin de zorg of hulp van die zorgverlener deel uit maakt van de dekking van de Zorgverzekering.

Artikel 22 Geldend maken van zorgaanspraken

22.1 Keuze zorgverlener

Als u zorg nodig heeft die deel uit maakt van de zorgverzekering heeft u de keuze uit elke zorgverlener of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met ons.

Wij verstrekken informatie over de zorgverleners en instellingen met wie/waarmee een dergelijke overeenkomst bestaat. U kunt ze ook vinden via de Zorgzoeker op onze website.

22.2 Niet-gecontracteerde zorg

Als u zorg wenst van een zorgverlener of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd, heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. In deel B Vergoedingsvoorwaarden van deze polisvoorwaarden beschrijven wij, wanneer van toepassing, de lagere vergoeding en/of de eigen betaling die u verschuldigd bent.

Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen betaling verschuldigd is, heeft u aanspraak op zorg en/of vergoeden wij de kosten van zorg tot maximaal:

- Het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief.
- Indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vergoeding van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

U kunt telefonisch contact met ons opnemen voor informatie over de hoogte van de vergoeding. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

22.3 Verrekening kosten

Wanneer en voor zover OZF meer vergoedt dan waartoe wij door de overeenkomst zijn gehouden, wordt de verzekerde geacht aan ons een volmacht te hebben verleend tot automatische incasso op onze naam van het door verzekerde aan zorgverlener teveel betaalde.

22.4 Zorgbemiddeling

U heeft recht op zorgbemiddeling.

22.5 Acute zorg/noodhulp

In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft, wordt de toestemming tot het invoeren van niet-gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van de kosten. De verzekerde dient in dat geval OZF zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

Deel B: Vergoedingsvoorwaarden

Artikel 23 Algemeen

- Deze verzekeringsovereenkomst omvat de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg in geheel Nederland. Zie artikel 59 "Buitenland" voor aanspraken op zorg in het buitenland.
- Aanspraak bestaat op (gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten van) de noodzakelijke medische zorg zoals hierna omschreven met uitzondering van de uitsluitingen genoemd in artikel 12.3.
- Bij een verwijzing dient de indicatie en zo mogelijk de voorgeschreven behandeling duidelijk te worden aangegeven.
- Op verzoek van OZF dient u de huisarts of specialist te machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur kenbaar te maken.

Artikel 24 Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. Wij vergoeden de kosten van:

- Verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de 3^e klasse.
- Medisch specialistische zorg.
- De bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname of dagbehandeling.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerd ziekenhuis heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij eens door ons gecontracteerd ziekenhuis. De door ons gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audiciën.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie moet u ons tenminste 3 weken voor ziekenhuisopname om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige of een andere medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ zijn de artikelen 32 en 33 van toepassing.

Artikel 25 Zelfstandig behandelcentrum

Wij vergoeden bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum de kosten van:

- Verblijf, inclusief verpleging en verzorging.
- Medisch specialistische zorg.
- De bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. De door ons gecontracteerde zelfstandige behandelcentra kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audiciën.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons tenminste 3 weken voor de dagbehandeling om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige of een andere medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

Artikel 26 Plastische chirurgie

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist indien de behandeling leidt tot correctie van:

- Afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- Verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

- De volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfgevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- Verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij een geboorte aanwezige chronische aandoening.
- De buikwand (het abdominoplastiek).
- Primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard) bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij eens door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten van behandeling voor het operatief plaatsen en het operatief vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie, het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak, liposuctie van de buik, behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslappt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

Artikel 27 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

- Medisch specialistische zorg.
- De bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:

- Behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.
- Behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) als de indicatie en de behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)".

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerd ziekenhuis heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerd ziekenhuis. De door ons gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audiciën.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 33 van toepassing.

Artikel 28 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

Wij vergoeden de kosten van de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Wij vergoeden de kosten van:

- Medisch specialistische zorg.
- De bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook de behandeling van specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:

- Behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.
- Behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) als de indicatie en de behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)".

Bij behandeling door een hiervoor niet door ons gecontracteerde extramuraal werkend specialist heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde extramuraal werkende medisch specialisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde extramuraal werkende specialisten kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audiciën.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 33 van toepassing.

Artikel 29 Second opinion

Wij vergoeden de kosten van een second opinion. Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een 2^e, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de 1^e behandelaar. Het oordeel of advies kan zowel door u als door de behandelend arts worden gevraagd.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door uw behandelaar. Dit kan een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut zijn.
- De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van u, zoals deze al besproken is met de 1^e behandelaar.
- U dient met de second opinion terug te keren naar de 1^e behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.
- U moet een kopie van het medisch dossier van de 1^e behandelaar kunnen overleggen tijdens de second opinion bij de 2^e behandelaar.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze zorgverzekering valt.

Artikel 30 Orgaantransplantaties

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van:

- Transplantatie in een ziekenhuis van de weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1^e, 2^e of 3^e graad van de verzekerde is.
- De specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor, het onderzoek, de preservatie, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.
- Transplantatie in een zelfstandig behandelcentrum indien dit op grond van wet- en regelgeving is toegestaan.

De donor heeft recht op de vergoeding van de kosten van:

- Zorg, waarop volgens deze polis aanspraak bestaat, gedurende ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen en uitsluitend wanneer de verleende zorg verband houdt met die opname.
- Het vervoer in de 2^e klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel - wanneer en voor zover medisch noodzakelijk - per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige zin.
- Het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, en de overige transplantatie kosten, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland.

Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten.

Bij transplantatie in een niet door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

De door ons gecontracteerde zelfstandige behandelcentra kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Wij moeten u bij een hiervoor niet door ons gecontracteerd ziekenhuis vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. De door ons gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Artikel 31 Dyslexiezorg

Wij vergoeden de kosten van diagnose en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg op 7-, 8-, 9-, 10-, 11- of 12-jarige leeftijd aanvangt. De zorg dient te worden uitgevoerd door een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie waar gewerkt wordt op basis van multidisciplinaire samenwerking onder eindverantwoordelijkheid van een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagooggeneralist die op grond van de voor hun beroep geldende en geëxpliceerde standaarden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici in de zorg. Bij deze multidisciplinaire samenwerking dienen de Richtlijnen multidisciplinaire samenwerking Diagnostiek en behandeling ernstige dyslexie, zoals opgesteld door de beroepsverenigingen NIP, NVO, LBRT en NVLF te worden gevolgd.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden alleen de kosten van het stellen van de diagnose wanneer u bent doorverwezen door de school die hieraan voorafgaand met de verzekerde het Protocol Leesproblemen en Dyslexie heeft doorlopen en op basis hiervan het vermoeden heeft dat er sprake is van ernstige dyslexie, zonder dat er sprake is van andere lees- en spellingsproblemen waarvoor al een behandeltraject via GGZ of gemeente bestaat.
- Om daarnaast voor vergoeding van de behandeling in aanmerking te komen dient er in het diagnostisch onderzoek ernstige dyslexie, niet deel uitmakende van complexe problematiek, te worden vastgesteld conform de criteria van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling en dienen de behandelingen volgens dit protocol te geschieden. Het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.
- Voor vergoeding van de kosten van zowel de diagnose als van behandeling moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 32 Eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist en/of seksuologisch hulpverlener en/of kinder- en jeugdpsycholoog. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

De zorg omvat ten hoogste 5 zittingen (van maximaal 1 uur) eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per zitting. De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog of orthopedagoog-generalist of seksuologisch hulpverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Eerstelijnspsychologische zorg kan ook worden verleend via internet door middel van programma's die wij hebben erkend. Een overzicht met de door ons erkende internetprogramma's en de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen kunt u vinden via onze website of bij ons opvragen. Voor deze internetprogramma's geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 50,- per programma.

Voorwaarden

- U moet, met uitzondering van het internetprogramma "Kleurjeleven.nl", zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, of een arts voor jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b 5^e lid van de AWBZ.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van (ortho)pedagogische hulp, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.
- Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

Artikel 33 Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ)

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog. Wij vergoeden de kosten van:

- De specialistische geestelijke gezondheidszorg.
- De met de behandeling gepaard gaande verpleging.
- De bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Als de behandeling plaatsvindt in een GGZ-instelling, dan dient dat onder verantwoordelijkheid van een psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog plaats te vinden (hoofdbehandelaar).

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.

De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b 5^e lid van de AWBZ.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

Artikel 34 Psychiatrische ziekenhuisopname

Wij vergoeden de kosten van opname in een GGZ-instelling (zoals een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) gedurende ten hoogste 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en niet-psychiatrische ziekenhuisopname.

Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- De specialistische geestelijke gezondheidszorg conform artikel 33.
- Het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging.
- De bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde GGZ-instelling vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde GGZ-instelling. De door ons gecontracteerde GGZ-instellingen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde GGZ-instellingen kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet voor opname in een GGZ-instelling (zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b 5^e lid van de AWBZ.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van verblijf verband houdende met de behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

Artikel 35 Niet-klinische dialyse

Wij vergoeden de kosten van dialyse in een ziekenhuis, dialysecentrum of bij u thuis al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van u en van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Daarnaast vergoeden wij bij thuisdialyse:

- De kosten die verband houden met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn.
- De kosten van het in bruikleen geven van de dialyse apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), en van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse.
- De kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.
- De overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.
- De kosten die verband houden met de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Bij behandeling door een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet bij thuisdialyse vooraf een begroting van de kosten overleggen.

Artikel 36 In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie

36.1 IVF

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van de 1^e, 2^e en 3^e poging In Vitro Fertilisatie (IVF) per te realiseren doorgaande zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen, zolang u de leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt.

Een poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende 4 fasen, te weten:

1. Rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw.
2. De follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen).
3. Bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium.
4. De terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde de zwangerschap te doen ontstaan. Daarbij geldt dat bij de 1^e en 2^e poging, slechts 1 embryo mag worden teruggeplaatst, als u de leeftijd van 38 jaar nog niet bereikt heeft.

Een poging gaat pas als een poging tellen indien er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die zijn afgebroken voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap tellen mee voor het aantal pogingen. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt als een 1^e poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Aan uw aanvraag moet een medische verklaring ten grondslag liggen.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.
- Bij een fysiologische (spontane) zwangerschap wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de 1^e dag na de laatste menstruatie.
- Bij een zwangerschap na een IVF-behandeling wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste 10 weken te rekenen vanaf de follikelpunctie of, indien de IVF heeft plaatsgevonden door middel van het terugplaatsen van de ingevroren embryo's, een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen te rekenen vanaf de implantatie.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel) prestaties farmacie van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.

36.2 Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

U heeft aanspraak op vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, zolang u de leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Aan uw verzoek moet een medische verklaring ten grondslag liggen.
- U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de toegepaste geneesmiddelen, als u de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven voor een andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling dan de 4e en volgende IVF-behandeling.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel) prestaties farmacie van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.

36.3 Invriezen van sperma

U heeft aanspraak op het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma als onderdeel van medisch specialistische behandelingen als deze behandelingen onbedoeld infertiliteit tot gevolg kunnen hebben.

Voorwaarden

De zorg is onderdeel van een medisch specialistisch oncologisch zorgtraject (of niet oncologisch vergelijkbare behandelingen) dat het volgende omvat:

- Een grote operatie aan/om de geslachtsdelen.
- Een chemotherapeutische behandeling en/of een radiotherapeutische behandeling waarbij de geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

36.4 Eicelvitricatie

U heeft aanspraak op vitrificatie (invriezen) van humane eicellen en embryo's bij de volgende medische indicaties:

- Behandelingen met chemotherapeutica die een risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis met zich meebrengen.
- Radiotherapeutische behandelingen waarbij de ovaria in het stralingsveld liggen en permanente schade kunnen oplopen.
- Operatieve behandelingen waarbij op medische indicatie beide ovaria of grote delen daarvan moeten worden verwijderd.

Daarnaast zijn er nog een aantal additionele indicaties benoemd die óf samenhangen met kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit (medische indicatie) óf met doelmatigheidsoverwegingen, namelijk:

- Additionele medische indicatie: bij vrouwen met Fragiele X syndroom, Turner syndroom (XO) of galactosemie omdat zij een aantoonbaar verhoogd risico op premature ovarieële insufficiëntie (POI) (vóór de 40ste verjaardag) hebben.
- IVF-gebonden indicaties: tijdens het verloop van een IVF poging (mits deze poging op zich onder de basisverzekering valt):
 - Bij onverwacht ontbreken van semen van voldoende kwaliteit.
 - Invriezen van eicellen in plaats van invriezen van embryo's.

Bij medische indicaties omvat de aanspraak de volgende onderdelen van de behandeling:

- Follikelstimulatie.
- Eicelpunctie.
- Vitricatie van eicellen.

Bij de indicaties die samenhangen met het verloop van een IVF poging omvat de aanspraak alleen het vitrificeren van eicellen.

Voor het tot stand laten komen van een zwangerschap na ontdoeling van ingevroren eicellen bent u aangewezen op de fasen 3 en 4 van een IVF-behandeling, zoals beschreven in artikel 36.1. Daarbij geldt dat u op het moment van terugplaatsing de leeftijd van 43 jaar nog niet mag hebben bereikt.

Voorwaarden

- De vitrificatie moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Wij moeten u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Bij de vrouwelijke verzekerde wordt op basis van de genoemde indicaties vitrificatie vergoed tot en met de leeftijd van 42 jaar.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel) prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.

Artikel 37 Oncologie onderzoek bij kinderen

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van de door Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion) uitgevoerde centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Artikel 38 Astma Centrum in Davos (Zwitserland)

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos.

Voorwaarden

- Een soortgelijke behandeling heeft in Nederland zonder succes plaatsgehad.
- U moet zijn doorverwezen door een longarts of kinderarts.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 39 Mechanische beademing

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg in een beademingscentrum.

Als de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis heeft u aanspraak op de vergoeding van de kosten van:

- Het door het beademingscentrum voor elke behandeling gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur.
- De met de mechanische beademing verband houdende medisch specialistische en de daarbij toegepaste farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een longarts.

Artikel 40 Trombosedienst

U heeft aanspraak op zorg door de trombosedienst.

De zorg omvat:

- Het regelmatig afnemen van bloedmonsters.
- Het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed.
- Het aan u ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kan meten.
- Het opleiden van uzelf in het gebruik van de in de vorige zin bedoelde apparatuur, en het begeleiden van u bij uw metingen.
- Het geven van adviezen aan u omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist.

Artikel 41 Audiologisch centrum

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van zorg in een audiologisch centrum. De zorg omvat:

- Onderzoek naar de gehoorfunctie.
- Advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur.
- Voorlichting over het gebruik van de apparatuur.
- Psychosociale zorg wanneer noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.
- Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, door een tot dat doel door ons gecontracteerd audiologisch centrum.

De door ons gecontracteerde audiologische centra kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, keel-, neus- en oorarts, specialist ouderengeneeskunde, triage-audiciën of arts voor de jeugdgezondheidszorg.

Artikel 42 Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van erfelijkheidsonderzoek en -adviesing. Het gaat om centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een tot dat doel door de zorgverzekeraar gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat:

- Het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek.
- Chromosoomonderzoek.

- Biochemische diagnostiek.
- Ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek.
- Erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Wanneer noodzakelijk voor het advies aan u zal het onderzoek ook omvatten onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

Artikel 43 Huisartsenzorg

U heeft aanspraak op geneeskundige zorg verleend door een huisarts, bedrijfsarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

De aanspraak omvat ook röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts of bedrijfsarts. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Artikel 44 Ketenzorg

Verzekerden van 18 jaar en ouder hebben aanspraak op ketenzorg voor Diabetes Mellitus type 2 en COPD als wij hierover met een zorggroep afspraken hebben gemaakt. Ketenzorg is een zorgprogramma voor een specifieke chronische aandoening zoals COPD of Diabetes Mellitus 2 waar meerdere zorgverleners uit verschillende disciplines aan deelnemen.

Verzekerden van 18 jaar en ouder die geen gebruik maken van ketenzorg via een door ons gecontracteerde zorggroep, hebben alleen recht op vergoeding van zorg voor Diabetes Mellitus 2 en COPD zoals huisartsen, diëtisten en medisch specialisten die plegen te bieden. De zorg wordt dan vergoed conform de artikelen 27, 28, 43 en 52 van deze polis. Bij Diabetes Mellitus type 2 heeft u eveneens recht op voetzorg conform artikel 52 van deze polis.

De door ons gecontracteerde zorggroepen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De zorgonderdelen die deel uit maken van de ketenzorg moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes Mellitus of de zorgstandaard COPD.

Artikel 45 Stoppen-met-roken-programma

Wij vergoeden maximaal 1 maal per kalenderjaar de kosten van een stoppen-met-roken-programma met als doel te stoppen met roken.

Het stoppen-met-roken-programma bestaat uit geneeskundige en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken, zoals huisartsen, medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden.

Wanneer u een programma volgt bij een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een hiervoor gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist of verloskundige.
- Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline, bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.

Artikel 46 Farmaceutische zorg

Algemeen

Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- De terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- Advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Voor een omschrijving van deze (deel)prestaties verwijzen wij u naar het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

Wij vergoeden de kosten voor terhandstelling, advies en begeleiding van:

- Alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft afgesloten.
- De bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door ons en zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg, indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract: andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, wanneer het rationele farmacotherapie betreft.

Dit zijn geneesmiddelen die:

- Door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid.
- Volgens artikel 40, 3^e lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, 1^e lid, onder mm, van die wet of; volgens artikel 40, 3^e lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een 3^e land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.

- Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Bij levering van farmaceutische zorg door een apotheekhoudende zonder contract vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde apotheekhoudende. De door ons gecontracteerde apotheekhoudenden met een IDEA-contract of een contract met preferentiebeleid kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheekhoudenden kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen. De door Achmea vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten kunt u vinden via onze website. Evenals het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg en de door Achmea aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U kunt de maximale vergoedingen, het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg en de lijst met geregistreerde middelen ook bij ons opvragen.

Voorwaarden geneesmiddelen en dieetpreparaten

- De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijke gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).

- De geneesmiddelen moeten geleverd worden door een apotheekhoudende. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen heeft u uitsluitend recht op vergoeding van een niet door Achmea aangewezen geneesmiddel als er sprake is van medische noodzaak. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door Achmea aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. De voorschrijver dient dit op het recept aan te geven.
- Wij vergoeden de kosten van dieetpreparaten en de geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden alleen, wanneer is voldaan aan de voorwaarden die wij stellen in de bijlage "nadere voorwaarden voor vergoeding" van het Achmea reglement Farmaceutische Zorg.

Voorwaarden van (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties geldt dat wij aanvullende eisen stellen ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden waaronder de farmaceutische zorg gedeclareerd mag worden. In dat geval vergoeden wij deze (deel)prestaties uitsluitend indien aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg kunt u vinden voor welke (deel)prestaties deze bepaling geldt.

Uitsluitingen

De volgende geneesmiddelen en/of deelprestaties farmacie komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische noodzaak bestaat, zoals beschreven in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg in de bijlage 1 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' onder nummer 64 Anticonceptiva.
- Geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis.
- Farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen.
- Geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, 3^e lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet.
- Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, 3^e lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
- Geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.
- Andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorgmiddelen (middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn).
- Alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen (voor een beschrijving per (deel)prestatie farmacie, zie het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg).
- Homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Artikel 47 Revalidatie

47.1 Medisch specialistische revalidatie

Wij vergoeden de kosten van medisch specialistische revalidatie, maar uitsluitend als:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag.
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- In een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. U heeft, bij revalidatie in een klinische situatie, recht op vergoeding van de kosten voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Voor de berekening van 365 dagen tellen ook mee de overige opnames in (psychiatrische) ziekenhuizen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- In een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Bij behandeling door een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde zorgverlener kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

47.2 Geriatrische revalidatie

Wij vergoeden de kosten van geriatrische revalidatie. Deze zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van u, zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg als:

- De zorg aansluit op verblijf in een ziekenhuis (als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering) in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan een verblijf in een verpleeghuis (als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ) gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, én
- De zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering.

Bij behandeling door een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
- De duur van de geriatrische revalidatie bedraagt maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Artikel 48 Fysiotherapie en oefentherapie

Let op! Met chronische aandoeningen bedoelen wij de aandoeningen die op de zogenaamde 'Chronische lijst' (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) staan vermeld. De overheid heeft deze lijst opgesteld. De naam van deze lijst doet denken dat alle aandoeningen die chronisch zijn op deze lijst staan, dit is echter niet het geval! Daarnaast staan ook niet-chronische aandoeningen op deze lijst. Wilt u weten of uw aandoening op deze lijst voorkomt dan kunt u dit aan uw fysiotherapeut vragen. De lijst kunt u ook vinden in de brochure 'Paramedische Zorg', welke u kunt downloaden via onze website of bij ons opvragen. U kunt bij vragen ook contact met ons opnemen.

48.1 Chronische aandoeningen

Wij vergoeden per aandoening de kosten van de 21^e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. De behandelingsduur van bepaalde aandoeningen is gemaximeerd. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de brochure "Paramedische Zorg" en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vergoeden wij ook de kosten van de 1^e 20 behandelingen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 14,50 per zitting. De door ons gecontracteerde fysiotherapeuten of oefentherapeuten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Op de vergoeding fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure "Paramedische Zorg". Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de zorgverzekering.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde huidtherapeut. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van een individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.

- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden, niet-nagekomen afspraak, eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Wij vergoeden niet de kosten van de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

48.2 Niet-chronische aandoeningen

Voor verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van 9 behandelingen per kalenderjaar door een fysiotherapeut of oefentherapeut.

Als u na deze 9 behandelingen nog steeds last heeft van de aandoening vergoeden wij, als dit medisch noodzakelijk is, maximaal 9 extra behandelingen. Het totaal komt dan op maximaal 18 behandelingen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 14,50 per zitting. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Op de vergoeding fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure "Paramedische Zorg". Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Bij DTF door een Pluspraktijk geldt de screening en intake en het onderzoek na deze screening echter slechts als 1 behandeling. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTF en DTO kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde huidtherapeut. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van een individuele of groepsbehandeling die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden, niet-nagekomen afspraak, eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Wij vergoeden niet de kosten van de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

48.3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie

Wij vergoeden 1 maal per indicatie de kosten van de 1^e 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut bij urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde bekkenfysiotherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde bekkenfysiotherapeut. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Op de vergoeding bekkenfysiotherapie is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie vanuit de basisverzekering.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden, niet-nagekomen afspraak, eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Wij vergoeden niet de kosten van de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

Artikel 49 Ergotherapie

Wij vergoeden de kosten van 10 uur advisering, instructie, training of behandeling per kalenderjaar door een ergotherapeut met als doel uw zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde ergotherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde ergotherapeut. De door ons gecontracteerde ergotherapeuten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ergotherapeuten kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen. Op de vergoeding ergotherapie is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van ergotherapie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde ergotherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze ergotherapeuten hebben wij afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTE (Directe Toegang Ergotherapie) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde ergotherapeuten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden, niet nagekomen afspraak, eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 50 Logopedie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde logopedist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde logopedist. De door ons gecontracteerde logopedisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde logopedisten kunt u eveneens vinden via onze website of bij ons opvragen. Op de vergoeding logopedie is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, tandarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van kosten van logopedie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde logopedisten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze logopedisten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTL (Directe Toegankelijkheid Logopedie) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde logopedisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid.

- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden, niet nagekomen afspraak, eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 51 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van 3 uur dieetadvisering per kalenderjaar door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen diëtisten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde diëtist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde diëtist. De door ons gecontracteerde diëtisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde diëtisten kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Op de vergoeding dieetadvisering is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van dieetadvisering vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde diëtisten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze diëtisten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTD (Directe Toegang Diëtist) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde diëtisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden, niet-nagekomen afspraak, eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 52 Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus

Wij vergoeden aan verzekerden met diabetes de kosten van voetonderzoek, en behandeling bij een matig verhoogd of hoog risico op ulcera, zoals vastgelegd in de zorgprofielen van de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVVP) en Provoet en voor zover deze valt binnen de basisverzekering, door een podotherapeut of pedicure.

Voorwaarden

- Als de behandeling wordt uitgevoerd door een pedicure, stellen wij de volgende eisen:
 - De pedicure moet, met de kwalificatie Diabetische Voet (DV) of als medisch pedicure, geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
 - Als het gaat om een (pedicure) chiropedist of een pedicure in de zorg, dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.

- U moet bij behandeling in verband met diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger) 1-malig een medische indicatie van de huisarts, een medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen.
- Op de nota moet de zorgverlener het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermelden. Ook dient op de nota zichtbaar te zijn dat een pedicure ingeschreven staat in het register van ProCert of in het RPV.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure aan verzekerden met Diabetes Mellitus type 2 die aanspraak hebben gemaakt op ketenzorg voor Diabetes Mellitus type 2 waarin de voetbehandeling is opgenomen (artikel 44).
- Wij vergoeden niet de kosten van hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen.

Artikel 53 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

- Levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom; hiervoor geldt in sommige gevallen een wettelijke eigen bijdrage of maximum vergoeding.
- Het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen.
- Reservehulpmiddelen; overeenkomstig het Achmea Reglement Hulpmiddelen.

Het Achmea Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Wanneer u een hulpmiddel aanschafft bij een niet door ons gecontracteerde leverancier, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde leverancier. U moet er dan rekening mee houden dat u een bedrag moet bijbetalen. Informatie over hulpmiddelen en de door ons gecontracteerde leveranciers kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen. Conform het Achmea Reglement Hulpmiddelen omvat de vergoeding, in afwijking van artikel 12.1 van de algemene voorwaarden basisverzekering en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.

Voorwaarde

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 3 van het Achmea Reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers heeft u altijd vooraf toestemming nodig.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing op hulpmiddelen die deel uitmaken van medisch specialistische zorg. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 24 tot en met 28.

Artikel 54 Prenatale screening

Voor alle hierna genoemde onderdelen van prenatale screening geldt dat de zorgverlener die het uitvoert in het bezit moet zijn van een WBO-vergunning of een samenwerkingsverband heeft met een regionaal centrum met een WBO-vergunning, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

54.1 Counseling

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op counseling waarbij wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt.

54.2 Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op het structureel echoscopisch onderzoek, ook wel de 20 weken echo genoemd.

54.3 Combinatietest

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het 1^e trimester van de zwangerschap. De aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden:

- Van 36 jaar of ouder.
- Jonger dan 36 jaar die op basis van een medische indicatie zijn doorverwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde verloskundigen die zijn gecontracteerd voor het uitvoeren van prenatale screening, de hiervoor door ons gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Artikel 55 Bevalling en verloskundige zorg

55.1 Met medische noodzaak

Voor de vrouwelijke verzekerde vergoeden wij de kosten van:

- Verloskundige zorg door een verloskundige of, als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Voor de verloskundige zorg door een verloskundige in een ziekenhuis geldt dat dit onder verantwoordelijkheid gebeurt van een medisch specialist.
- Het gebruik van de verloskamer, wanneer de bevalling plaats vindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch), de kosten van de ziekenhuisopname en de daarmee samenhangende zorg. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde verloskundige vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde verloskundige. De door ons gecontracteerde verloskundigen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde verloskundigen kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

55.2 Zonder medische noodzaak

Voor de vrouwelijke verzekerde vergoeden wij de kosten van:

- Het gebruik van de verloskamer, wanneer er geen medische indicatie voor bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting bestaat. Voor het gebruik van de verloskamer geldt een wettelijke eigen bijdrage.
- Verloskundige zorg door een verloskundige of, als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde verloskundige vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde verloskundige. De door ons gecontracteerde verloskundigen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of de vergoedingen bij niet-gecontracteerde verloskundigen kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Artikel 56 Kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van zorg en of de vergoeding van de kosten van kraamzorg:

• Thuis of in een geboorte- of kraamcentrum

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,- per uur. Als u de noodzakelijke kraamzorg laat verzorgen door een niet door ons gecontracteerd geboorte- of kraamcentrum, komt daarbij een extra eigen betaling van € 8,- per uur. De door ons gecontracteerde geboorte- en kraamcentra kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. De omvang van de kraamzorg hangt samen met uw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door het geboorte- of kraamcentrum in goed overleg met u, conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, vastgesteld. Het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden via onze website of bij ons opvragen.

• Bij verloskundige zorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie

Als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis verblijft, geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 16,- per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 114,50 per dag te boven gaat. U krijgt maximaal 10 dagen kraamzorg vergoed, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Informatie over onze kraamzorgservice vindt u in de brochure "Bevalling en Kraamzorg". Deze brochure kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Artikel 57 Verpleging buiten het ziekenhuis (extramuraal)

U heeft ook in de thuissituatie aanspraak op de verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Deze verpleging moet noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg. Het gaat hierbij om voorbehouden handelingen, die in opdracht van een medisch specialist worden uitgevoerd, en activiteiten waarover de specialist de directe regie voert en/of noodzakelijke instructie en voorlichting die direct verband houdt met de medisch specialistische behandeling.

Voorwaarden

- U moet nog onder behandeling staan van een medisch specialist.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve zorg.

Artikel 58 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

- Per ambulance.
- Zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (2e klasse), taxivervoer of een vergoeding van € 0,31 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:
 - Nierdialyse ondergaan.
 - Oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan.
 - Visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen.
 - Rolstoelafhankelijk zijn.
- Vervoer van een begeleider wanneer begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 95,- per persoon per kalenderjaar. Bij een niet door ons gecontracteerde taxi geldt een maximale kilometervergoeding van € 0,70 per kilometer. Wilt u weten welke taxivervoerders wij gecontracteerd hebben? Neemt u dan telefonisch contact op met onze Vervoerslijn via (071) 365 5 154. Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheidsclausule. U dient dan in verband met behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer, waarbij het niet verstrekken van dat vervoer voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt.

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

- Van en naar een zorgverlener, zorgverlenende instelling waarvan de zorg geheel of gedeeltelijk ten laste van deze basisverzekering komt.
- Naar een instelling waar u ten laste van de AWBZ zult verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel).
- Vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ onderzoek of een behandeling moet ondergaan.
- Vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk van de AWBZ wordt verstrekt.
- Van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning wanneer u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt krijgen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- Voor zittend ziekenvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn en informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer". Deze kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw zorgverzekering of de AWBZ vergoeden.
- Wanneer zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi, eigen auto of ambulance niet mogelijk is, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander middel van vervoer.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. In dat geval moeten wij vooraf toestemming hebben gegeven.
- Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

Artikel 59 Buitenland

59.1 Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:

- Zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.
- Zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd.
- Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de afspraken van de OZF Zorgpolis tot maximaal:
 - Wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent.
 - Het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief.
 - Wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

59.2 Bij gebruik van zorg in een land dat geen EU/EER-staat of verdragsland is, heeft u naar keuze aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de OZF Zorgpolis tot maximaal:

- Wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent.
- Het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief.
- Wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

59.3 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden kan voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaatsvinden, die meer kan bedragen dan de in lid 59.1 aangegeven vergoeding. Deze hogere vergoeding is alleen mogelijk wanneer wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend.

59.4 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener aan u in Euro's met inachtneming van de dagelijkse omrekenkoers zoals deze door de Europese Centrale Bank wordt gepubliceerd. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.

59.5 Nota's uit het buitenland

De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

Mondzorg artikelen 60 t/m 66

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticus, kaakchirurgen, orthodontisten en mondhygiënisten die plegen te bieden zoals beschreven in de artikelen 60 t/m 66.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend voor parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van tandheelkundige implantaten.

- Wanneer de tandheelkundige behandeling ergens anders plaatsvindt dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent, is voor aanspraak op de vergoeding van de kosten een schriftelijk advies van de huisarts of specialist vereist.

Artikel 60 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van de volgende tandheelkundige behandelingen:

- Periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 maal per jaar, tenzij u tandheelkundig meerdere keren per jaar op die hulp bent aangewezen.
- Incidenteel tandheelkundig consult.
- Het verwijderen van tandsteen.
- Maximaal 2 maal per jaar een fluorideapplicatie vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meerdere keren per jaar op die hulp bent aangewezen in welk geval wij u vooraf toestemming moeten hebben gegeven.
- Sealing.
- Parodontale hulp.
- Anesthesie.
- Endodontische hulp.
- Restauratie van gebitselementen met plastische materialen.
- Gnathologische hulp.
- Uitneembare prothetische voorzieningen.
- Tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, wanneer het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval.
- Chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.
- Röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg, tandarts, mondhygiënist of een tandprotheticus. Zij moeten bevoegd zijn voor het uitvoeren van de betreffende behandeling.
- Bij behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing van de tandarts, tandartsspecialist of huisarts nodig.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor fronttandvervangende met een implantaat en de prothetische vervolgbehandeling.
- Het plaatsen van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als u toestemming hebt voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 66).
- Als zorg nodig is zoals omschreven in artikel 64, 65 en 66 dient een machtiging te worden aangevraagd.

Artikel 61 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - kaakchirurgie

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek al dan niet gepaard gaand met een verblijf in een ziekenhuis, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie.

Voorwaarden

- De behandeling moet zijn uitgevoerd door een kaakchirurg.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg of een andere medische specialist.
- Als de behandeling wordt uitgevoerd in een ziekenhuis moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor:
 - Osteotomie (kaakoperaties) behalve als dit onderdeel is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling waarbij u toestemming heeft voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (artikel 66).
 - Kinplastiek als zelfstandige verrichting.
 - Plastische chirurgie.
- Extracties onder narcose mogen alleen op zwaarwegende medische gronden.
- Als de behandeling wordt uitgevoerd in een zelfstandig behandelcentrum kaakchirurgie moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor behandelingen onder narcose, kinplastiek als zelfstandige verrichting en plastische chirurgie.
- U heeft alleen maar aanspraak op ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging als de bijbehorende implantaten uit de basisverzekering worden vergoed.
- Het plaatsen van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als u toestemming hebt voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (artikel 66).
- De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Artikel 62 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

Wij vergoeden de kosten van vervaardiging en plaatsing van:

- Een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak.
- Een uitneembare volledige immediaatprothese.
- Een uitneembare volledige vervangingsprothese.
- Een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een volledige immediaatprothese, van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of tandprotheticus.
- Wanneer de prothese binnen 5 jaar of een immediaatprothese binnen een half jaar wordt vervangen, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- **Gecombineerde boven- en onderprothese**
Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een gecombineerde boven- en onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 1.200,-, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.

- **Volledige boven- of een volledige onderprothese**

Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een volledige boven- of een volledige onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 600,-, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.

Artikel 63 Implantaten

63.1 Implantaten

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken, tadeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten uit artikel 65.

63.2 Uitneembare volledige prothese op implantaten

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige prothese op implantaten wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- en/of onderkaak. Ook heeft u aanspraak op reparatie en rebasing van uitneembare volledige prothesen op implantaten.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan en kostenbegroting.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken, tadeloze kaak.
- Er kan ook aanspraak op de vergoeding van implantaten vanuit artikel 65.

Artikel 64 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

U heeft aanspraak op tandheelkundige zorg als u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap hebt en zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie welke u zou hebben gehad zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- U heeft alleen aanspraak op de vergoeding van de kosten wanneer geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige verstrekkingen vanuit de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Artikel 65 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- U een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- Een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- U volgens de gevalideerde angstschalen zoals omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien dit artikel niet van toepassing is.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er kan ook sprake zijn van aanspraak op implantaten vanuit artikel 63.

Artikel 66 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op orthodontische behandeling bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel.

Voorwaarden

- U heeft alleen aanspraak op de vergoeding van de kosten als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Voor de behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Voor vragen kijk op

www.ozf.nl
www.ozf.nl/contact
www.ozf.nl/zorgzoeker
www.ozf.nl/vergoedingen



Of bel naar

Klantenservice (074) 789 0 789
 Bereikbaar op werkdagen van 8.00 - 17.00 uur



Deze voorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2013 en vervangen de vorige versie.
Ook zijn deze alleen van toepassing als de betreffende dekking op uw polisblad staat.

OZF Achmea.
Uw zorgverzekeraar.



Polisvoorwaarden Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen 2013

Aanvullende verzekeringen
Tandheelkundige verzekeringen
OZF Wereld Zorgpolis

Inhoudsopgave

Polisvoorwaarden 2013

Aanvullende verzekeringen, Tandheeskundige verzekeringen
& OZF Wereld Zorgpolis

Deel A - Verzekeringsvoorwaarden

Artikel

- 1 Begripsomschrijvingen
- 2 Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van de verzekering
- 3 Premie
- 4 Verrekening
- 5 Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen
- 6 Eigen risico
- 7 Wijziging van premie en/of voorwaarden
- 8 Fraude
- 9 Geldend maken van zorgaanspraken

Deel B - Vergoedingsvoorwaarden aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal

Artikel

- 10 Algemeen
- 11 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie
- 12 Alternatieve geneeswijzen
- 13 Bevalling en kraamzorg
- 14 Brillen, contactlenzen en ooglasers/lensimplantatie
- 15 Buitenland
- 16 Farmaceutische zorg
- 17 Fysiotherapie
- 18 Herstelingsoord
- 19 Herstel en Balans
- 20 Hospice

- 21 Huidbehandeling
- 22 Hulpmiddelen
- 23 Leefstijlinterventies
- 24 Lidmaatschap patiëntenvereniging
- 25 Paramedische zorg (overig)
- 26 Preventieve onderzoeken
- 27 Psoriasis dagbehandeling
- 28 Psychische hulpverlening
- 29 Specialistische zorg
- 30 Stottertherapie
- 31 Sportmedisch onderzoek en Sportarts
- 32 Therapeutische vakantiecampen
- 33 Verblijf en vervoer van partner/gezinsleden
- 34 Vervoer van zieken
- 35 Ziekenhuisbezoek

Deel C - Vergoedingsvoorwaarden tandheeskundige verzekeringen Tand Compact en Tand Royaal

Artikel

- 36 Tandheeskunde

Deel D - Aanvullende voorwaarden OZF Wereld Zorgpolis

Artikel

- 37 Algemeen
- 38 Kring der verzekerden

Deel A: Verzekeringsvoorwaarden

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden, artikelen 1 t/m 22 van de OZF Zorgpolis, gelden met uitzondering van artikel 4.1 1^e zin ook voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.

Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Deze beschrijven wij hieronder.

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Hospice

Een instelling voor tijdelijke opvang van ongeneeslijk zieke patiënten en hun naasten in de laatste fase van hun leven.

Ongeval

Een plotselinge en onvoorziene gebeurtenis buiten de wil van verzekerde. Die gebeurtenis veroorzaakt medisch aantoonbaar lichamelijk letsel van buitenaf.

Wij/ons

OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgverzekeraar

Voor de uitvoering van de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen is dat OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Artikel 2 Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van de verzekering

2.1 Totstandkoming van de verzekering

2.1.1 Iedereen met recht op de OZF Zorgpolis kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. Aanmelden kan door het sturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier. U kunt een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aangaan. Hierop is 1 uitzondering die in artikel 2.2 staat.

2.1.2 Wij kunnen een aanmelding voor een aanvullende verzekering weigeren wanneer:

- U (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die u eerder met ons afsloot.
- U zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de OZF Zorgpolis.
- Uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
- U op het moment van aanmelding al zorg heeft of deze te verwachten is, die hoort tot de aanspraken van de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.
- U geen zorgverzekering heeft afgesloten en het College voor Zorgverzekeringen u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Tijdens de periode van 12 maanden waarin u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen bij ons afsluiten.

2.1.3 Kinderen jonger dan 18 jaar mogen geen aanvullende verzekering afsluiten die qua dekking uitgebreider is dan de aanvullende verzekering van tenminste 1 premie-betalende ouder (of voogd).

2.2 Ingangsdatum en duur van de aanvullende verzekering

2.2.1 U kunt tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar een aanvullende (tandheelkundige) verzekering afsluiten.

De ingangsdatum ervan is met terugwerkende kracht 1 januari. Ze gaat in na schriftelijke bevestiging van ons. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.

2.2.2 U (verzekeringnemer) kunt bij ons een aanvullende verzekering tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar veranderen. De verandering gaat met terugwerkende kracht in per 1 januari nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan. Een verandering in uw aanvullende verzekering betekent niet dat daar waar er sprake is van termijnen van zorgaanspraken, uw historie niet langer meetelt. Vergoedingen die binnen deze termijnen al zijn gedaan tellen dus mee bij het bepalen van de (maximum) vergoeding in de nieuw afgesloten (tandheelkundige) verzekering.

2.3 Einde van de aanvullende verzekering

2.3.1 U (verzekeringnemer) kunt de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen beëindigen:

- Bij tussentijdse premieverhoging.
- Door deze op te zeggen (schriftelijk of per e-mail). Uw opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen eindigen per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane en door ons uitgevoerde opzegging is definitief.
- Door gebruik te maken van de opzegservice die zorgverzekeraars hiervoor gebruiken. Deze opzegservice houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) de huidige aanvullende verzekering weer opzegt. Wilt u (verzekeringnemer) geen gebruik maken van deze service? Maakt u (verzekeringnemer) dat dan kenbaar op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- Met ingang van de dag waarop u de OZF Zorgpolis beëindigt.

Indien u dat wilt kunt u de aanvullende (tandheelkundige) verzekering bij beëindiging van de OZF Zorgpolis voortzetten. Dit gebeurt dan alleen op individuele basis. Een eventuele collectieve premiekorting komt dus te vervallen.

2.3.2 Wij beëindigen zowel de aanvullende (tandheelkundige) verzekering van uzelf als van de verzekerde(n) die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd:

- Op een door ons te bepalen tijdstip in de toekomst wanneer de verschuldigde bedragen niet zijn betaald binnen de door ons in de 2^e schriftelijke aanmaning gestelde betalingstermijn.
- Met onmiddellijke ingang:
 - Wanneer u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.
 - Wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn.
 - Bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 20 van de OZF Zorgpolis.

Artikel 3 Premie

3.1 Premievaststelling

Voor alle verzekerden is de premie verschuldigd. OZF stelt die vast. Kinderen onder de 18 jaar zijn geen premie verschuldigd voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen mits tenminste 1 ouder (of voogd) een aanvullende (tandheelkundige) verzekering heeft die qua dekking niet minder uitgebreid is. Dit geldt nadrukkelijk niet voor de OZF Wereldzorgpolis. Is de dekking van een verzekerde onder de 18 jaar toch uitgebreider dan die van tenminste 1 ouder (of voogd)? Dan betalen zij het premietarief in de leeftijdsklasse van 18 tot en met 29 jaar. Dit geldt ook indien geen ouder of voogd verzekerd is.

Wij berekenen de maandpremie aan de hand van de situatie per de 1^e van de betreffende maand.

Verzekerden die 18 jaar worden zijn premie verschuldigd per de 1^e van de maand volgend op de maand waarin zij 18 jaar worden.

3.2 Hoogte premie

De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Overschrijdt u een leeftijdsgrens? Dan wordt uw premie hoger per de 1^e van de maand volgend op de maand waarin de overschrijding plaatsvindt. Als u deelneemt aan een collectiviteit met een doorsneepremie, dan is een premieaanpassing alleen van toepassing als u 65 jaar wordt.

3.3 Bedrag premie

De verschuldigde premie staat op het polisblad.

3.4 Niet-tijdige betaling

In aanvulling op artikel 7.4 en 7.5 van de OZF Zorgpolis geldt dat wij de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen beëindigen als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van onze 2^e schriftelijke aanmaning. De aanspraken vervallen dan met ingang van de 1^e dag van de maand na het verstrijken van gestelde betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan.

Wanneer de premieachterstand is voldaan, kunt u dezelfde aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en) opnieuw afsluiten. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan. Is de aanvraag akkoord? Dan is de ingangsdatum de 1^e van de maand volgend op de maand van de aanvraag.

Artikel 4 Verrekening

U mag een verschuldigde premie of een andere schuld aan ons niet verrekenen met een van ons te vorderen vergoeding. Dat mag alleen als wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming geven.

Wij kunnen vorderingen en schulden van u die ontstaan uit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en) en de OZF Zorgpolis onderling verrekenen. Deze verrekening door ons is ook van toepassing op incasso- en deurwaarderskosten.

Artikel 5 Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen

5.1 U kunt alleen aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en) als hiervoor geen of slechts gedeeltelijke dekking is via een wettelijke regeling.

Wij vergoeden vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en) geen:

- Vanuit de OZF Zorgpolis gegeven lagere vergoedingen in verband met het gebruik van niet-gecontracteerde zorg.
- Eigen risico op medische zorg vanuit de OZF Zorgpolis.
- Wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij daar een dekking voor is opgenomen in de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.

5.2 Er is geen dekking uit de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen als de medische zorg wordt gedekt vanuit enige wet of andere voorziening, of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering). Of als deze medische zorg daaronder gedekt zou zijn indien deze aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en) niet zou hebben bestaan.

Artikel 6 Eigen risico

Het verplicht eigen risico en het vrijwillig gekozen eigen risico is alleen van toepassing op de OZF Zorgpolis, niet op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.

Artikel 7 Verandering van premie en/of voorwaarden

7.1 OZF heeft het recht de grondslag van de premie te veranderen. Zo'n verandering gaat niet eerder in dan 6 weken na de dag waarop deze aan u (verzekeringnemer) is meegedeeld.

7.2 De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen bij verhoging van de premiegrondslag. De verzekeringnemer zorgt er dan voor dat de opzegging gebeurt tussen de datum waarop wij de verhoging van de premiegrondslag meedelen en het ingaan van die verhoging.

7.3 De opzegging, bedoeld in artikel 7.2, gaat in op de 1^e dag van de 2^e kalendermaand die volgt op de dag waarop de verzekeringnemer opzegt.

7.4 OZF heeft het recht de voorwaarden van de verzekering te veranderen. Als een verandering in de aanspraken c.q. vergoedingen voor u nadelig is, dan kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen. Dat kan niet als deze verandering rechtstreeks het gevolg is van een verandering van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. Dit kan schriftelijk of per e-mail. U heeft hiervoor 30 dagen nadat de verandering door ons is meegedeeld.

7.5 Wanneer een verandering in de premie ontstaat door het overschrijden van een leeftijdsgrens, dan kunt u deze verandering niet weigeren.

Artikel 8 Fraude

Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid en doelmatigheid van ingediende nota's. We doen dit zoals hierover bepaald is voor de OZF Zorgpolis of volgens de Zorgverzekeringswet. Bij rechtmatigheid is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd. Bij doelmatigheid is de prestatie door de zorgverlener de meest gewenste gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Artikel 9 Geldend maken van zorgaanspraken

Artikel 22.2 van de OZF Zorgpolis, niet-gecontracteerde zorg, is ook van toepassing op de aanvullende verzekering.

Deel B: Vergoedingsvoorwaarden

Aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal
(alleen van toepassing als deze dekking op uw polisblad staat)

Artikel 10 Algemeen

- Deze verzekeringsovereenkomst omvat de aanspraken op vergoeding van zorgkosten in Nederland. Zie artikel 15 "Buitenland" voor aanspraken op vergoeding van zorgkosten in het buitenland.
- U heeft aanspraak op gehele of gedeeltelijke vergoeding van kosten van noodzakelijke medische zorg zoals hierna omschreven.
- Op een verwijzing staat de indicatie en zo mogelijk de noodzakelijke behandeling duidelijk omschreven.
- Op verzoek van OZF machtigt u de huisarts of medisch specialist de reden van opname aan onze medisch adviseur kenbaar te maken.

Artikel 11 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie

Zijn bij ons 1 of meerdere kinderen tijdens de looptijd van de zorgverzekering wettig geadopteerd en bij ons ingeschreven in de OZF Zorgpolis? Dan vergoeden wij de kosten van:

- Adoptiekraamzorg door een hiervoor door ons gecontracteerd kraamcentrum óf
- Medische screening (preventief onderzoek) bij een adoptiekind uit het buitenland.

De door ons gecontracteerde kraamcentra kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Bij kraamzorg moet het adoptiekind op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en niet al deel uitmaken van het gezin.
- Een kinderarts voert de medische screening uit.
- De medische screening vormt een verplicht onderdeel van het adoptieproces.

Uitsluiting

Wij vergoeden medische screening van het adoptiekind niet, nadat de adoptie plaatsvond.

AV Compact

adoptiekraamzorg: maximaal 3 uur per dag gedurende 3 dagen óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

AV Royaal

adoptiekraamzorg: maximaal 3 uur per dag gedurende 3 dagen óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Artikel 12 Alternatieve geneeswijzen

Wij vergoeden consulten of behandelingen van alternatieve genezers of therapeuten die aangesloten zijn bij beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria.

U kunt het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Het consult vindt plaats in het kader van een medische behandeling.
- Het consult vindt plaats op individuele basis.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- Als de alternatief genezer of therapeut ook de huisarts is.
- Behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Werk- of schoolgerelateerde coaching.
- Afslankkuren.
- Laboratoriumonderzoeken op verwijzing van de alternatief genezer of therapeut.

AV Compact

maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal

maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 13 Bevalling en kraamzorg

13.1 Poliklinische bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis of geboortecentrum

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de vanuit de OZF Zorgpolis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie, geleid door een verloskundige of huisarts.

AV Compact

100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

AV Royaal

100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

13.2 Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboortecentrum

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de vanuit de OZF Zorgpolis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg thuis of in een geboortecentrum.

AV Compact

100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage, maximaal 24 uur per zwangerschap

AV Royaal

100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage, maximaal 24 uur per zwangerschap

13.3 Eigen bijdrage partusassistentie

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de vanuit de OZF Zorgpolis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor partusassistentie. Dat zijn de uren die de kraamverzorgende aanwezig is tijdens de bevalling.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

13.4 Verlengde kraamzorg/vervangende kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden verlengde kraamzorg door een hiervoor door ons gecontracteerd kraamcentrum.

De door ons gecontracteerde kraamcentra kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Bij medische noodzaak - dit dient te blijken uit een medische verklaring - vergoeden wij kraamzorg gedurende maximaal 5 dagen. Dit gaat in op de 11^e dag na de dag waarop de bevalling plaatsvond.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 200,- per dag bij kraamzorg via een gecontracteerd kraamcentrum

13.5 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden uitgestelde kraamzorg door een hiervoor door ons gecontracteerd kraamcentrum.

De door ons gecontracteerde kraamcentra kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen als het door ons gecontracteerde kraamcentrum de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk acht.
- U ontvangt alleen een vergoeding als u tijdens de 1^e 10 dagen gerekend vanaf de dag waarop de bevalling plaatsvond nog geen kraamzorg heeft gehad.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 300,- bij kraamzorg via een gecontracteerd kraamcentrum

13.6 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen. Dat kan via onze website.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

13.7 Zwangerschapscursus

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden het volgen van cursussen:

- Tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling en begeleiding tijdens de bevalling.
- Ter bevordering van het fysieke herstel, tot maximaal 6 maanden na de bevalling.

Voorwaarden

- U overlegt een bewijs van aanmelding en betaling aan ons.
- De cursus wordt gegeven door:
 - Een thuiszorginstelling.
 - Een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevalen.
 - Een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.
 - Een zorgverlener gekwalificeerd in hypnobirthing.
 - Een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij Zwanger en Fit.
 - Een zorgverlener die gekwalificeerd is in Psychoprofylaxe (angst voor de bevalling).
 - Mom in Balance.

AV Compact
maximaal € 50,- per persoon per zwangerschap
AV Royaal
maximaal € 75,- per persoon per zwangerschap

13.8 Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met borstvoedingsproblemen hulp en advies door een lactatiekundige.

Voorwaarden

De lactatiekundige:

- Is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).
- Of voldoet aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL.
- Of is in dienst van een door ons gecontracteerd kraamcentrum.

De door ons gecontracteerde kraamcentra kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 14 Brillen, contactlenzen en ooglaseren/lensimplantatie

14.1 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden brillen met glazen op sterkte en/of contactlenzen op sterkte mits geleverd door een opticien of optiekbedrijf.

AV Compact

maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

AV Royaal

maximaal € 200,- per persoon per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

Kortingsregeling

Naast bovenstaande vergoeding kunt u met een aanvullende verzekering bij Eye Wish Groeneveld, Specsavers en het Collectief van Zelfstandige Opticiens (CvZO) gebruik maken van een kortingsregeling. Toont u hiervoor uw zorgpas van OZF. Informatie over de kortingen vindt u via onze website, maar opvragen bij ons of bij de opticiens kan ook.

Voorwaarden

- U geeft bij aanschaf van de bril of contactlenzen in de winkel aan dat u van een kortingsregeling gebruik wilt maken.
- Eye Wish Groeneveld, Specsavers en het Collectief van Zelfstandige Opticiens (CvZO) declareert de vergoeding rechtstreeks bij ons. Als achteraf blijkt dat u géén recht heeft op de vergoeding van de aangeschafte bril of contactlenzen, dan wordt de vergoeding bij u teruggevorderd.

14.2 Ooglaseren/lensimplantatie

Wij vergoeden een ooglaserverhandeling en/of de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij lensimplantatie.

Voorwaarden

- U heeft in een periode van 6 maanden voorafgaande aan de ooglaserverhandeling/lensimplantatie géén vergoeding van ons ontvangen voor een bril of contactlenzen.
- De aanspraak op vergoeding voor brillen en contactlenzen vervalt voor de duur van 10 jaar vanaf de datum waarop de ooglaserverhandeling/lensimplantatie plaatsvindt.
- De oogarts die de behandeling uitvoert staat als refractiechirurg geregistreerd bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) of voldoet aan de betreffende kwaliteitseisen van het NOG. In het register van de NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft alleen recht op vergoeding als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.
- Wij vergoeden de meerkosten van een lens alleen als u recht heeft op vergoeding van de lensimplantatie vanuit de OZF Zorgpolis.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 500,- per oog voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Kortingsregeling

Naast vermelde vergoeding kunt u met een aanvullende verzekering bij Vision Clinics, Eyescan en Oogkliniek Heuvelrug gebruik maken van een kortingsregeling. Toont u hiervoor uw zorgpas van OZF. Informatie over de kortingsregeling vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 15 Buitenland

15.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland.

Wij vergoeden de medisch noodzakelijke zorg alleen als de zorg bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en/of niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet dus sprake zijn van een acute situatie die ontstaat als gevolg van een ongeval of ziekte waarbij direct medische zorg noodzakelijk is. Als u op grond van de OZF Zorgpolis aanspraak heeft op spoedeisende zorg in het buitenland, dan geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

Wij vergoeden:

- Behandeling door een huisarts of medisch specialist.
- Ziekenhuisopname en operatie.
- Door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen.
- Medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis.
- Tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen als wij ze ook in Nederland vanuit de OZF Zorgpolis vergoeden.
- De zorg is verleend door lokaal erkende zorgverleners.
- Het doel van uw verblijf in en/of de reis naar het buitenland was niet het ondergaan van de medische behandeling.
- U moet een ziekenhuisopname direct melden via Eurocross Assistance.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar vergoeden wij alleen als u een Tand Compact of Tand Royaal heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

AV Compact

aanvulling tot kostprijs bij een aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden

AV Royaal

aanvulling tot kostprijs bij een aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden

15.2 Vervoerskosten bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wij vergoeden vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisopname via onze Zorgbemiddeling in België of Duitsland en terug naar Nederland. Wij vergoeden door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus), vervoer per eigen auto en openbaar vervoer.

Voorwaarden

- U overlegt een specificatie van de gemaakte kosten aan ons.
- Er is sprake van wachttijdverkorting.
- U heeft vooraf toestemming verkregen via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak maakt. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is (071) 365 4 154.

Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer". Deze kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

gecontracteerd taxivervoer 100%
openbaar vervoer (2^e klasse) 100%
eigen vervoer € 0,31 per km

totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per persoon
per kalenderjaar

AV Royaal

gecontracteerd taxivervoer 100%
openbaar vervoer (2^e klasse) 100%
eigen vervoer € 0,31 per km

totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per persoon
per kalenderjaar

15.3 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wordt u via onze Zorgbemiddeling vanuit Nederland opgenomen in een ziekenhuis in België of Duitsland? Dan vergoeden wij op grond van artikel 15.2 voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15^e verblijfsdag:

- De overnachtingskosten in een in de buurt van het ziekenhuis gelegen gasthuis.
- Een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto, openbaar vervoer of taxivervoer van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarden

- Overlegt u een specificatie van de gemaakte kosten aan ons.
- Ook uw gezinsleden zijn bij ons aanvullend verzekerd.

AV Compact

overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen
eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer:
€ 0,31 per km maximaal 700 km per opname

AV Royaal

overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen
eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer:
€ 0,31 per km maximaal 700 km per opname

15.4 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Wij vergoeden consulten, vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van de volgende ziekten bij een reis naar het buitenland:

- Malaria.
- Difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP).
- Gele koorts.
- Tyfus.
- Cholera (of een verklaring/cholera stempel 'cholera not indicated').
- Rabiës (hondsdolheid).
- Früh Sommer Meningo Encephalitis (FSME).
- Hepatitis A/B.

Voor de geneesmiddelen en vaccinaties gelden de door ons vastgestelde maximale vergoedingen.

Wij hebben contracten met Meditel en de Travel Clinics van Arbo Vitale. Een lijst met vestigingen kunt u vinden via onze website of bij ons opvragen. U kunt Meditel bellen via (0900) 040 0 363. Bij een niet-gecontracteerde instelling kan een eigen betaling gelden.

Uitsluiting

Er is geen vergoeding indien de vaccinaties nodig zijn in verband met school, werk of stage in Nederland.

AV Compact

consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Arbo Vitale in Eindhoven en Voorburg: 100%, geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma 100%, of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij andere zorgverleners: maximaal € 75,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal

consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Arbo Vitale in Eindhoven en Voorburg: 100%, geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma 100%, of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij andere zorgverleners: maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

15.5 Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

- Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland.
- Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar Nederland zonder heropname als behandeling door eigen behandelaar wenselijk is voor (herstel van) de verzekerde.
- Vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden in het buitenland naar de woonplaats in Nederland.

Voorwaarden

- Het ziekenvervoer is het gevolg van spoedeisende zorg in het buitenland.
- Alarmcentrale Eurocross Assistance geeft u vooraf toestemming.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

Zie artikel 16 van de OZF Zorgpolis voor overige beperkingen.

Artikel 16 Farmaceutische zorg

16.1 Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden

- De homeopathische geneesmiddelen en antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen staan geregistreerd in de G-standaard van de Z-index als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel (Z-index is een database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die via de apotheek verkrijgbaar zijn).
- Een door ons gecontracteerde apotheekhoudende levert de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

De door ons gecontracteerde apotheekhoudenden kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

AV Compact
maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
AV Royaal
100%

16.2 Griepvaccinaties

Wij vergoeden griepvaccinaties mits deze niet vallen onder het landelijke vaccinatieprogramma.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
100%

16.3 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) die u betaalt voor farmaceutische zorg op grond van de OZF Zorgpolis.

Uitsluiting

Wij vergoeden de eigen bijdragen als gevolg van de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de deelprestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

16.4 Melatonine

Wij vergoeden melatonine tabletten.

Voorwaarde

De melatonine tabletten zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts, of (kinder)neuroloog die verbonden is aan een door ons gecontracteerde instelling.

De door ons gecontracteerde instellingen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
100% bij levering via internetapotheek eFarma, of maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar bij levering door overige gecontracteerde apotheekhoudenden

16.5 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's).

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel is opgenomen in het GVS.
- Het anticonceptiemiddel is voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de 1^e aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- Een door ons gecontracteerde apotheekhoudende levert het anticonceptiemiddel.

De door ons gecontracteerde apotheekhoudenden kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS). Zie hiervoor artikel 16.3.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Artikel 17 Fysiotherapie

17.1 Fysiotherapie

Wij vergoeden behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfdrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag een huidtherapeut ook uitvoeren.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde huidtherapeut. De door ons gecontracteerde huidtherapeuten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Heeft u op grond van de OZF Zorgpolis aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis. Op de aanspraak fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 14,50 per zitting. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg. Dit overzicht staat in de brochure "Paramedische Zorg".

Voorwaarde

U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten is afgesproken dat zij u behandelen zonder verwijzing van een arts. Dit noemen wij directe toegang fysiotherapie/oefentherapie (DTF/DTO). Bij DTF/DTO geldt de screening als 1 behandeling en de intake en onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Bij DTF/DTO door een PlusPraktijk geldt dit samen slechts als 1 behandeling. Kunt u in verband met uw klacht(en) voor behandeling niet in de praktijk komen? Dan geeft de verwijzer dit aan op de verwijzing. DTF en DTO kan nooit aan huis plaatsvinden.

De door ons gecontracteerde zorgverleners en PlusPraktijken kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- Een individuele of groepsbehandeling die alleen tot doel heeft om de conditie door training te verbeteren.
- Zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslag buiten reguliere werktijden, niet-nagekomen afspraak, eenvoudige/korte rapporten dan wel meer gecompliceerde/tijdrovende rapporten.
- De door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en geneesmiddelen.
- Een individuele behandeling als u in aanmerking komt voor groepsbehandeling zoals omschreven in artikel 17.2.

AV Compact

tot 18 jaar:

onbeperkt aantal behandelingen per persoon per kalenderjaar bij een door ons gecontracteerde zorgverlener maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener maximaal € 14,50 per zitting bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

vanaf 18 jaar:

maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar (bij door ons gecontracteerd en niet door ons gecontracteerd). maximaal € 14,50 per zitting bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

AV Royaal

tot 18 jaar:

onbeperkt aantal behandelingen per persoon per kalenderjaar bij een door ons gecontracteerde zorgverlener maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener maximaal € 14,50 per zitting bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

vanaf 18 jaar:

maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar (bij door ons gecontracteerd en niet door ons gecontracteerd) maximaal € 14,50 per zitting bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

17.2 Beweegprogramma's

Wij vergoeden beweegprogramma's door een hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeut en/of oefentherapeut. Een beweegprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten bewegen, maar dit niet kunnen. In het beweegprogramma leert u van een fysiotherapeut of oefentherapeut zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het beweegprogramma kunt voortzetten.

De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

De vergoeding geldt voor:

- Verzekerden met obesitas (BMI >30).
- Revaliderende verzekerden met voormalig hartfalen.
- Verzekerden met reuma (zoals gedefinieerd door het Reumafonds).
- Verzekerden met diabetes type 2.
- Verzekerden met COPD met een lichte tot matige ziektelast met een longfunctiewaarde van FEV1/VC <0.7, een benauwdheidsscore >2 op de MRC-schaal en een gezondheidsscore >1 tot 1,7 op de CCQ-schaal.

Voorwaarde

U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

AV Compact

maximaal € 175,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal

maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 18 Herstellingsoord

Wij vergoeden opname in een door ons gecontracteerd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg.

Een lijst met gecontracteerde herstellingsoorden kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Wij geven u vooraf schriftelijk toestemming.

Uitsluiting

Wij vergoeden behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg niet.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 65,- per dag tot maximaal 60 dagen per kalenderjaar

Artikel 19 Herstel en Balans

Wij vergoeden deelname aan het programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten uitgevoerd door instellingen onder de licentie van de Stichting Herstel en Balans. Het revalidatieprogramma Herstel en Balans is een groepsprogramma dat bestaat uit lichaamstraining en psycho-educatie.

Voorwaarde

U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

AV Compact
maximaal € 800,- per persoon voor de totale duur van de aanvullende verzekering
AV Royaal
maximaal € 1.000,- per persoon voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 20 Hospice

Wij vergoeden verblijfskosten in een hospice in Nederland.

Voorwaarde

Wij geven u schriftelijk toestemming.

Uitsluiting

Wij vergoeden de eigen bijdrage die op grond van de AWBZ in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice niet.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 40,- per dag per persoon tot maximaal € 1.200,-

Artikel 21 Huidbehandeling

21.1 Acnébehandeling

Wij vergoeden een acnébehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden

- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist staat met de specialisatie 'Acné' geregistreerd bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

Uitsluiting

Bij dezelfde indicatie bestaat geen aanspraak op vergoeding van camouflagetherapie (artikel 21.2).

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 350,- per persoon voor de totale duur van de aanvullende verzekering

21.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden

- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist staat met de specialisatie 'Camouflage' geregistreerd bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

Uitsluiting

Bij dezelfde indicatie bestaat geen aanspraak op vergoeding van acnébehandeling(en) (artikel 21.1).

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 350,- per persoon voor de totale duur van de aanvullende verzekering

21.3 Epilatiebehandeling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden elektrische epilatie en Intense Pulsed Light (IPL) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, of laserepilatie door een huidtherapeut of erkende laserkliniek.

Voorwaarden

- Er is sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling.
- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist staat met de specialisatie 'Elektrisch epilieren' geregistreerd bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 545,- per persoon voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 22 Hulpmiddelen**22.1 Eigen Bijdragen****22.1.1 Eigen bijdrage hoortoestellen**

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage van 25% op een hoortoestel.

Voorwaarde

U heeft recht op vergoeding van een hoortoestel vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 53, hulpmiddelen).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 250,- per toestel

22.1.2 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een pruik.

Voorwaarde

U heeft recht op vergoeding van een pruik vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 53, hulpmiddelen).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

22.2 Hoofdbedekking

Bij oncologische behandelingen kunt u ook voor een andere vorm van hoofdbedekking kiezen dan een pruik. Het gaat om een sjaal, mutsje, petje of bandana.

Voorwaarde

De hoofdbedekking is aangeschaft bij een door ons erkende speciaalzaak.

AV Compact

geen vergoeding

AV Royaal

maximaal € 75,- per persoon per kalenderjaar

22.3 Plaswekker

Wij vergoeden de aanschaf of huur van een plaswekker. Ook vergoeden wij het bijbehorende broekje.

AV Compact

maximaal € 100,- per persoon voor de totale duur van de aanvullende verzekering

AV Royaal

maximaal € 100,- per persoon voor de totale duur van de aanvullende verzekering

22.4 TENS bij bevalling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van een TENS voor pijnbestrijding tijdens de bevalling door een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts.

Voorwaarde

Een door ons gecontracteerde leverancier levert de apparatuur.

De door ons gecontracteerde leveranciers kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

100% van 1 apparaat voor de totale duur van de aanvullende verzekering

AV Royaal

100% van 1 apparaat voor de totale duur van de aanvullende verzekering

22.5 Steunzolen

Wij vergoeden steunzolen.

Voorwaarde

De steunzolen zijn geleverd door een leverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of voldoen aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

75% van 1 paar steunzolen per kalenderjaar tot maximaal € 150,-

22.6 Personenalarmering op medische indicatie

22.6.1 Alarmeringssysteem via Eurocross Assistance

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via Eurocross Assistance.

Voorwaarde

U heeft op grond van een medische indicatie recht op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 53, hulpmiddelen).

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

22.6.2 Alarmeringssysteem via een niet door ons gecontracteerde alarmcentrale

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een niet door ons gecontracteerde alarmcentrale.

Voorwaarden

- U heeft op grond van een medische indicatie recht op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 53, hulpmiddelen).
- Wij geven u vooraf toestemming. Hiervoor kunt u op werkdagen tussen 8.00 en 18.00 uur bellen met de Hulpmiddelenlijn via (071) 751 0 077.

AV Compact
maximaal € 35,- per persoon per kalenderjaar
AV Royaal
maximaal € 35,- per persoon per kalenderjaar

22.7 Babysensormatje van NannyCare

Wij vergoeden de aanschaf van het sensormatje van NannyCare in eigendom.

Voorwaarden

- Neemt u hiervoor rechtstreeks contact op met NannyCare.
- Uw kindje is bij ons aanvullend verzekerd.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

22.8 Trans-therapie

Wij vergoeden de huur van de apparatuur voor Trans-therapie voor behandeling van incontinentie.

Voorwaarden

- U bent doorverwezen door een arts, bekkenbodempfysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.
- De apparatuur wordt geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde leverancier.

De door ons gecontracteerde leveranciers kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

22.9 Plakstrips mammaprothese

Wij vergoeden plakstrips voor de bevestiging van uitwendig te dragen mammaprothesen na borstamputatie.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Artikel 23 Leefstijlinterventies

23.1 Dieetadvisering door een diëtist

Wij vergoeden dieetadvisering door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Deze vergoeding geldt als aanvulling op de aanspraak uit de OZF Zorgpolis (artikel 51).

Uitsluiting

Bij dezelfde indicatie bestaat geen aanspraak op vergoeding van voedingsvoorlichting (artikel 23.2).

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 120,- per persoon per kalenderjaar

23.2 Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of diëtist

Wij vergoeden voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of diëtist. Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten zonder medisch doel.

Voorwaarde

De gewichtsconsulent is aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of voldoet aan de kwaliteitseisen van BGN.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden groepsbehandelingen voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent niet.
- Bij dezelfde indicatie bestaat geen aanspraak op vergoeding van dieetadvisering (artikel 23.1).

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar

23.3 (Preventieve) cursussen

Wij vergoeden de volgende preventieve cursussen:

- Afvallen: georganiseerd door een thuiszorginstelling, 1 van de schriftelijke- en online programma's georganiseerd door Happy Weight of het 10-weekse voedings- en beweegprogramma "Afvallen & Afblijven" georganiseerd door een Achmea Health Center met 1 op 1 voedingsbegeleiding, personal coaching en groepslessen.
- Hartproblemen: een cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- Lymfoedeem: een bewustwordings-en/of zelfmanagementcursus die ten doel heeft zelf een actieve bijdrage te leveren aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. Een daartoe bevoegde docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd organiseert de cursus. Een lijst met bevoegde docenten kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.
- Stoppen met roken: georganiseerd door Allen Carr, I quit smoking of een thuiszorginstelling, hiervoor door ons gecontracteerde lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum SMOKE FREE en Lasercentra Noord-Oost Nederland.
- De 'Vrij van alcohol' training: georganiseerd door De Helderheid.
- Eerste hulp bij kinderongevallen: georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging of de internetcursus EHBO bij kinderen.
- EHBO: een cursus die opleidt tot het diploma 'Eerste Hulp' van het Rode Kruis of het certificaat 'Eerste Hulp' van het Rode Kruis georganiseerd door:
 - De plaatselijke EHBO-vereniging.
 - Iedereen EHBO (internetcursus).
 - Het Rode Kruis.
- Reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew: een cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hun ziekte, georganiseerd door de reuma patiëntenbond of een thuiszorginstelling.
- Diabetes type 2 patiënten: een basis- of vervolg educatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.
- Basis Reanimatiecursus: via de Nederlandse Hartstichting/AED.
- Online slaapcursus: een slaapcursus die online professioneel advies en praktische oplossingen biedt om beter te slapen, georganiseerd door Somnio.

Wij informeren u graag over de plaatsen waar u deze cursussen kunt volgen.

Voorwaarde

U overlegt aan ons een origineel bewijs van aanmelding en betaling.

AV Compact
75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar
AV Royaal
75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 24 Lidmaatschap patiëntenvereniging

Wij vergoeden het lidmaatschap van een patiëntenvereniging.

Voorwaarden

- De patiëntenvereniging is aangesloten bij 1 van onderstaande instanties:
 - De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).
 - De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad).
 - Het Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGz).
 - Het Platform Verstandelijk Gehandicapten (Platform VG).
- U overlegt aan ons een origineel bewijs van betaling.

Uitsluiting

Donaties of giften vergoeden wij niet.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 25,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 25 Paramedische zorg (overig)

25.1 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie

Wij vergoeden de behandeling door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut. Tot de behandeling rekenen wij ook de kosten van het aanmeten, vervaardigen, afleveren en repareren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen.

Voorwaarden

- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De behandelend podoloog staat als Register-Podoloog B geregistreerd bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoet aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- De behandelend podoposturaal therapeut is aangesloten bij de beroepsvereniging Omni Podo Genootschap.
- De behandelend podotherapeut is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVVP).

Uitsluitingen

- Wij vergoeden schoenen en schoenaanpassingen niet.
- Bij diabetes vergoeden wij voetonderzoek en voetbehandeling (classificatie Simm's 1 en hoger) niet. Hiervoor bestaat aanspraak vanuit de OZF Zorgpolis (zie artikelen 44 en 52).

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

25.2 Pedicurezorg

Wij vergoeden voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden

- U heeft reuma en/of diabetes.
- U overlegt 1-malig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons. Hieruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes en/of reuma.
- De pedicure staat met de kwalificatie Diabetische Voet (DV) en/of Reumatische Voet (RV) of als medisch pedicure geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Een (pedicure) chiropodist of een pedicure in de zorg staat geregistreerd in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- De zorgverlener vermeldt het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie op de nota. Ook staat op de nota dat de pedicure is ingeschreven in het register van ProCert of RPV.

Uitsluiting

Bij diabetes vergoeden wij voetonderzoek en voetbehandeling (classificatie Simm's 1 en hoger) niet. Hiervoor bestaat aanspraak vanuit de OZF Zorgpolis (zie artikelen 44 en 52).

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

25.3 Bewegen in extra verwarmd water

Wij vergoeden oefentherapie in een zwembad met extra verwarmd water.

Voorwaarden

- U heeft reuma.
- U overlegt 1-malig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons. Hieruit blijkt dat oefentherapie in een zwembad met extra verwarmd water nodig is in verband met reuma.
- De oefentherapie vindt in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaats.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

25.4 Osteopathie

Wij vergoeden osteopathie.

Voorwaarde

- De fysiotherapeut/osteopaat is aangesloten bij een door ons erkende vereniging (NOF of NRO/NVO).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 50,- per dag
voor maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar

25.5 Chiropractie

Wij vergoeden chiropractie.

Voorwaarde

De behandelaar is aangesloten bij een door ons erkende vereniging (NCA, DCF of SCN).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 35,- per dag
voor maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar

25.6 Shockwavetherapie

Wij vergoeden shockwavetherapie (ESWT).

Voorwaarden

- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- De behandelaar is aangesloten bij een door ons erkende vereniging (NVMST).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 50,- per behandeling
tot maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 26 Preventieve onderzoeken

26.1 Preventief onderzoek door een huisarts of specialist

Wij vergoeden preventief onderzoek voor vroege opsporing van:

- Baarmoederhalskanker (uitstrijkje).
- Borstkanker.
- Hart-en vaatziekten.
- Prostaatkanker.

Voorwaarden

- Een huisarts of een medisch specialist die in een door ons gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is, voert het onderzoek uit.
- Het onderzoek is conform de geldende wetgeving toelaatbaar.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

Wij vergoeden bevolkingsonderzoek, waarvoor niet de noodzakelijke vergunning is afgegeven, niet. Zo'n vergunning is noodzakelijk bij bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en prostaatkanker.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

26.2 Mammaprint

Wij vergoeden de kosten van een Mammaprint. Met behulp van de Mammaprint kan de behandelend arts in sommige gevallen een betere diagnose stellen en daarmee bepalen of chemotherapie wel of niet noodzakelijk is.

Voorwaarde

Het onderzoek moet worden uitgevoerd door het laboratorium Agendia.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

26.3 Zelftest darmkankerscreening

Wij vergoeden de kosten van een iFOBT-test in het kader van darmkankerscreening. Deze test kunt u thuis uitvoeren en wordt ook gebruikt in het landelijk bevolkingsonderzoek dat in 2013 start.

Voorwaarde

U bent 50 jaar of ouder.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 15,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 27 Psoriasis dagbehandeling

Wij vergoeden behandeling van psoriasis in een door ons gecontracteerd psoriasisdagbehandelingscentrum.

Een lijst met gecontracteerde psoriasisdagbehandelingscentra kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U overlegt vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasisdagbehandelingscentrum.
- Het psoriasisdagbehandelingscentrum geeft u vooraf schriftelijk toestemming.

AV Compact
maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
AV Royaal
maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 28 Psychische hulpverlening

28.1 Hoogduin, Schaap en Kladler

Wij vergoeden een aantal trajecten zoals overeengekomen met Hoogduin, Schaap en Kladler. Hoogduin, Schaap en Kladler is een landelijk opererende organisatie, gespecialiseerd in onderzoek en behandeling van psychische problematiek.

Voorwaarde

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van psychische hulpverlening vanuit de OZF Zorgpolis (artikelen 32 en 33).

Uitsluiting

Arbeidsgerelateerde aandoeningen van werknemers die zijn aangesloten bij een collectief contract vallen niet onder de dekking van deze polisvoorwaarden.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
gecontracteerd: 100%

28.2 Eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage op eerstelijnspsychologische zorg vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 32).

AV Compact
maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
AV Royaal
maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

28.3 Aanvullende eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden extra zittingen eerstelijnspsychologische zorg.

Dit betreft een aanvulling op de vergoeding eerstelijnspsychologische zorg vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 32). De voorwaarden en uitsluitingen die gelden in artikel 32 van de OZF Zorgpolis gelden ook op het recht van vergoeding van deze extra zittingen.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, seksuologisch hulpverlener, orthopedagoog-generalist of kinderen jeugdpsycholoog vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via onze website of bij ons opvragen. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

AV Compact
maximaal 2 zittingen per persoon per kalenderjaar
AV Royaal
maximaal 6 zittingen per persoon per kalenderjaar

Artikel 29 Specialistische zorg

29.1 Sterilisatie

Wij vergoeden een sterilisatie.

Voorwaarden

De behandeling vindt plaats in:

- De praktijk van een hiertoe bevoegde huisarts (als u een man bent).
- Een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling). Een hiertoe bevoegde huisarts of een hiervoor door ons gecontracteerde medisch specialist voert de behandeling uit.

De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

Wij vergoeden een hersteloperatie niet.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
100%

29.2 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie

29.2.1 Correctie van bovenoogleden (met medische indicatie)

Wij vergoeden plastisch chirurgische correctie van bovenoogleden.

Voorwaarden

- Er is sprake van zeer ernstige gezichtsveldbeperking.
- Een door ons gecontracteerde medisch specialist voert de behandeling uit.

De door ons gecontracteerde medisch specialisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

29.2.2 Correctie van de oorstand (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden een correctie van de oorstand van cosmetische aard. De aanleiding is het gevolg van persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Voorwaarde

Een hiervoor door ons gecontracteerde medisch specialist voert de correctie van de oorstand uit.

De door ons gecontracteerde medisch specialisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

AV Compact
100% tot 18 jaar
AV Royaal
100% tot 18 jaar

Artikel 30 Stottertherapie

Wij vergoeden stottertherapie:

- Volgens de methode van het Del Ferro instituut in Amsterdam.
- Volgens de Hausdörfermethode van het instituut 'Natuurlijk Spreken'.
- Volgens de BOMA-methode in het instituut 'De Pauw' in Harlingen.

Voorwaarde

U bent doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of tandarts.

AV Compact
maximaal € 225,- per persoon voor de totale duur van de aanvullende verzekering
AV Royaal
maximaal € 500,- per persoon voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 31 Sportmedisch onderzoek en Sportarts

31.1 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden een sportmedisch onderzoek door een sportarts in een Sport Medische Instelling.

Voorwaarde

De Sport Medische Instelling is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI). Voor meer informatie en een instelling bij u in de buurt: www.sportzorg.nl.

AV Compact
maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren
AV Royaal
maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren

31.2 Sportarts

Wij vergoeden een blessure- of herhalingsconsult door een sportarts in een Sport Medische Instelling.

Voorwaarde

De Sport Medische Instelling is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI). Voor meer informatie en een instelling bij u in de buurt: www.sportzorg.nl.

AV Compact
maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar
AV Royaal
maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 32 Therapeutische vakantiecampen

32.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen

Wij vergoeden verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Gezond Gewicht.
- Stichting de Luchtballon.
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland.
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen.
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp).
- Nederlandse Hartstichting (Jump).
- Bas van de Goor Foundation (wintersportkamp).

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 150,- per persoon (tot 18 jaar) per kalenderjaar

32.2 Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten

Wij vergoeden voor gehandicapten verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 33 Verblijf en vervoer van partner/gezinsleden

33.1 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Ondergaat u een poliklinische behandelcyclus? Dan vergoeden wij de overnachting in een in de buurt van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis. Een poliklinische behandelcyclus betreft behandelingen op 2 of meer aaneengesloten dagen.

AV Compact
maximaal € 35,- per dag
AV Royaal
maximaal € 35,- per dag

33.2 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, dan vergoeden wij:

- De overnachting van uw gezinsleden in een in de buurt van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis.
- Ongeacht wijze vervoer een vergoeding van € 0,31 per kilometer voor vervoer van uw gezinsleden per eigen auto, openbaar vervoer (2^e klasse) of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.

Wij vergoeden deze kosten ook als de behandeling op maximaal 55 kilometer vanaf de grens met België of Duitsland plaatsvindt en er geen sprake is van Zorgbemiddeling zoals bedoeld in artikel 15.3.

Voorwaarden

- U overlegt een specificatie van de gemaakte kosten aan ons.
- Uw gezinsleden zijn ook bij ons aanvullend verzekerd.

Uitsluiting

Wij vergoeden deze kosten bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis niet.

AV Compact
overnachtungskosten: maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer: € 0,31 per km
AV Royaal
overnachtungskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen, geen maximale vergoeding per kalenderjaar eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer: € 0,31 per km

Artikel 34 Vervoer van zieken

Wij vergoeden zittend ziekenvervoer als gebruik van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer vanuit de OZF Zorgpolis.

Wij vergoeden eigen vervoer per auto of taxivervoer naar en van:

- Een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname en ontslag.
- Een orthopedische instrumentmakerij voor het aanpassen van een prothese.
- Een inrichting waarin u ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Bij taxivervoer door een niet door ons gecontracteerde vervoerder ontvangt u slechts een gedeeltelijke vergoeding. Wilt u weten welke taxivervoerders wij gecontracteerd hebben? Belt u dan met onze Vervoerslijn via (071) 365 4 154.

Voorwaarden

- Wij geven u vooraf toestemming via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding van vervoer en op welke vorm van vervoer.
- Het vervoer houdt verband met zorg die vanuit de OZF Zorgpolis, de AWBZ of de aanvullende verzekering wordt vergoed.
- U laat zich behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden. Hierover kunnen wij met u vooraf andere afspraken maken.
- De afstand tot de zorgverlener mag niet meer dan 200 kilometer per rit zijn. Hierover kunnen wij met u vooraf andere afspraken maken.

Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer". Deze kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

geen vergoeding

AV Royaal

eigen vervoer € 0,31 per km
taxivervoer gecontracteerd 100%
taxivervoer niet-gecontracteerd maximaal € 0,70 per km
openbaar vervoer (2^e klasse) 100%

eigen bijdrage € 95,- per persoon per kalenderjaar
deze is niet verschuldigd als het maximum van de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer vanuit de OZF Zorgpolis is bereikt

totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 35 Ziekenhuisbezoek

Is een tot het gezin behorende OZF-verzekerde opgenomen in een in Nederland gelegen ziekenhuis of erkende revalidatie-instelling? Dan vergoeden wij het vervoer voor maximaal 3 bezoeken per kalenderweek. De 1^e 80 kilometer per bezoek zijn voor eigen rekening.

Voorwaarde

Uw gezinsleden zijn bij ons AV Royaal verzekerd.

Uitsluiting

Wij vergoeden deze kosten bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis niet.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

€ 0,31 per km ongeacht de wijze van vervoer

Deel C: Vergoedingsvoorwaarden

Tandheelkundige verzekeringen Tand Compact en Tand Royaal (alleen van toepassing als deze dekking op uw polisblad staat en als er sprake is van een gesaneerd gebit)

Artikel 36 Tandheekkunde

36.1 Reguliere tandheekkundige zorg en mondhygiëne

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder tandheekkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties voor 100%.

Een mondhygiënist mag ook mondhygiëne en kleine vullingen uitvoeren als u bent doorverwezen door een tandarts. Afhankelijk van welke behandeling u krijgt, kan een mondhygiënist zowel mondhygiëne, tandvleesaandoeningen als paradontologische behandelingen declareren. Als een mondhygiënist paradontologische behandelingen declareert, dan vergoeden wij 75% bij een Tand Compact, met inachtneming van de totale maximale vergoeding per kalenderjaar. Bij een Tand Royaal vergoeden wij dan 80%.

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor 75% als u een Tand Compact heeft, met inachtneming van de totale maximale vergoeding per kalenderjaar. Als u een Tand Royaal heeft vergoeden wij de overige behandelingen voor 80%.

Uitsluitingen

Wij vergoeden de volgende behandelingen niet:

- Keuringsrapporten en een niet nagekomen afspraak.
- Uitwendig bleken van tanden en kiezen.
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor.
- Orthodontie.
- Mondbeschermer.
- Tandheekkundige behandelingen uitgevoerd door een tandtechnicus.
- Abonnementen.
- Cosmetische behandelingen.
- Tandheekkundige verklaring.

Tand Compact

consulten, een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties: 100%
overige behandelingen: 75%

totale vergoeding is maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar

Tand Royaal

consulten, een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties: 100%
overige behandelingen: 80%

geen maximum vergoeding per persoon per kalenderjaar

36.2 Tandheekkundige zorg - eigen bijdrage uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

Wij vergoeden de op basis van de OZF Zorgpolis in rekening gebrachte (wettelijke) eigen betaling van 25% bij een uitneembare volledige prothese.

Uitsluiting

Geen vergoeding voor de eigen bijdrage voor prothesen op implantaten (artikel 63.2 OZF Zorgpolis).

Tand Compact

geen dekking

Tand Royaal

100%

36.3 Tandheekkundige zorg - kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief de techniekkosten.

Voorwaarde

Een tandarts of een kaakchirurg voert de behandeling uit.

Uitsluiting

Het verdelen van de kosten voor kronen, bruggen, inlays en implantaten over meerdere nota's.

Tand Compact

geen dekking

Tand Royaal

80% tot maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

36.4 Orthodontie (beugel)

Wij vergoeden aan verzekerden tot 22 jaar orthodontie (beugel).

Voorwaarde

Een tandarts of een orthodontist voert de behandeling uit.

Uitsluitingen

- Bij verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij reparatie of vervanging van die voorziening niet.
- Wij vergoeden een mondbeschermer niet.

Tand Compact

geen dekking

Tand Royaal

80% tot maximaal € 2.000,- voor de totale duur van de aanvullende verzekering tot de 22-jarige leeftijd

Deel D: Aanvullende voorwaarden

OZF Wereld Zorgpolis

(alleen van toepassing als deze dekking op uw polisblad staat)

Artikel 37 Algemeen

De voorwaarden van de OZF Zorgpolis zijn van toepassing op verzekerden met de OZF Wereld Zorgpolis, maar er is geen sprake van een wettelijke polis. Verwijzingen naar wetteksten, besluiten en regelingen kennen dus geen wettelijk kader.

Artikel 38 Kring der verzekerden

In de OZF Zorgpolis is sprake van een verzekeringsplicht. Die verzekeringsplicht geldt niet voor de OZF Wereld Zorgpolis. De kring der verzekerden bestaat uit eenieder die wij accepteren voor de OZF Wereld Zorgpolis. Wij hebben het recht om verzekerden op grond van (medische) selectie te weigeren.



OZF Achmea. Uw zorgverzekeraar.

Wij zijn een relatief kleine zorgverzekeraar waar 35 medewerkers zich met hart en ziel inzetten voor onze klanten. Persoonlijke aandacht en klantvriendelijkheid staan bij ons hoog in het vaandel. Wij werken zonder winstoogmerk. Naast individueel verzekerden hebben wij ook met een groot aantal bedrijven collectieve ziektekostencontracten afgesloten. Wij zijn gevestigd in Hengelo en opereren landelijk.

Kijk op

www.ozf.nl

www.ozf.nl/contact

www.ozf.nl/zorgzoeker

www.ozf.nl/vergoedingen



Bel naar



Klantenservice (074) 789 0 789

Bereikbaar op werkdagen van 8.00 - 17.00 uur

Schrijf naar

OZF Achmea

Afdeling Klantenservice

Postbus 94

7550 AB Hengelo



Zorgkosten declareren

• Digitaal:
www.ozf.nl/homescanning

• Per post:
OZF Achmea
Afdeling Declaratieservice

Postbus 94

7550 AB Hengelo



ZORGVERZEKERAAR

OZF



| **achmea**