



Ook in 2011 zijn wij er voor u!

Vergoedingswijzer



De beste zorgverzekeraar van Nederland

Al meer dan zestig jaar is PNO Ziektekosten dé zorgverzekeraar voor de mediasector. Zonder winstoogmerk en met de nadruk op persoonlijke dienstverlening, hoge kwaliteit en maximale keuzevrijheid. En onze klanten waarderen dit. Want voor de vierde keer op rij is PNO Ziektekosten ook dit jaar weer uitgeroepen tot 'Beste Zorgverzekeraar van Nederland'.

Onze inspanningen zijn er volledig op gericht om u steeds weer de best mogelijke kwaliteit en service te verlenen. Voor ons is het niet meer dan vanzelfsprekend om elk jaar opnieuw ons pakket verzekeringen zó samen te stellen dat het maximaal voldoet aan uw wensen.

Wij denken dat we daar voor 2011 ook weer in zijn geslaagd. Zo hebben we onze aanvullende verzekeringen uitgebreid met vergoedingen die uit de Basisverzekering zijn gehaald. Denk hierbij aan anticonceptie, fysiotherapie en loophulpmiddelen zoals krukken en rollators.

Nieuw in 2011 is de PNO ZorgConsulent. Iemand die u informatie en advies kan geven over behandelmethoden. En u kan helpen bij het kiezen van een zorgverlener. Ook is de PNO ZorgConsulent er voor u om via wachtlijstbemiddeling de wachttijd voor een behandeling of operatie te verkorten.

In deze vergoedingswijzer leest u welke behandelingen en verstrekkingen wij vergoeden, zowel in de Basisverzekering als in de aanvullende pakketten. Daarmee is het een handig naslagwerk als u snel wilt weten of en in welke mate een bepaalde behandeling wordt vergoed.

Vanzelfsprekend vindt u ook een praktische handleiding voor het indienen van declaraties. En geven we uitleg over vergoedingen van ziektekosten in het buitenland. We hebben ons uiterste best gedaan een compleet overzicht te bieden. Mocht u desondanks niet snel terugvinden wat u zoekt, of is iets niet meteen duidelijk? Neemt u dan gerust contact met ons op. Wij helpen u graag verder.

PNO Ziektekosten

Risicodraagster voor de Basisverzekering PNO Ziektekosten is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nr.12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nr. 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 459, 3990 GG Houten.
Telefoon: 030 639 62 62. Fax: 030 635 20 72. Internet: www.pnoziektekosten.nl.

Inhoudsopgave

PAG 3 UW ZIEKTEKOSTENVERZEKERING IN VRAAG EN ANTWOORD

1. Hoe weet ik of een behandeling door PNO Ziektekosten wordt vergoed?
2. Rekent PNO Ziektekosten rechtstreeks af met mijn behandelaar of moet ik zelf iets voorschieten?
3. Moet ik declaraties indienen zolang mijn eigen risico nog niet is overschreden?
4. Declaraties indienen: hoe werkt dat?

- ## **PAG 4**
5. Voor welke behandelingen is toestemming van PNO Ziektekosten vereist en hoe verloopt dat traject?
 6. Kan ik rechtstreeks naar een specialist of heb ik een verwijzing van de huisarts nodig?
 7. Ben ik vrij in het kiezen van een ziekenhuisbehandelaar of leverancier van hulpmiddelen?
 8. Doet PNO Ziektekosten aan wachtlijstbemiddeling?

- ## **PAG 5**
9. Hoe is bij PNO Ziektekosten de vergoeding geregeld van ziektekosten die gemaakt zijn in het buitenland?

- ## **PAG 6**
10. Kwaliteits- en prijsafspraken.
 11. Hoe werkt het eigen risico?
 12. Wanneer kan ik mijn vrijwillig gekozen eigen risico of mijn aanvullende verzekering wijzigen?
 13. Welke mutaties moet ik zelf aan PNO Ziektekosten doorgeven?

- ## **PAG 7**
14. Als ik medische kosten maak na een ongeval waarvoor iemand anders aansprakelijk is, vergoedt PNO Ziektekosten dan de schade?
 15. PNO Ziektekosten vergoedt bepaalde medische kosten niet. Hoe kan ik daar bezwaar tegen maken?

PAG 8 TREFWOORDENREGISTER

PAG 10 PNO ZORGCONSULENT

PAG 11 VERGOEDINGSVOORWAARDEN

Uw ziektekostenverzekering in vraag en antwoord

1. Hoe weet ik of een behandeling door PNO Ziektekosten wordt vergoed?

Uw PNO-ziektekostenverzekering bestaat uit een basispakket en eventueel een vrijwillige aanvullende verzekering, al dan niet aangevuld met een tandartsverzekering.

Het basispakket omvat in grote lijnen:

- geneeskundige zorg (door huisartsen, ziekenhuizen, medisch specialisten en verloskundigen);
- de kortdurende geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de eerste 8 behandelingen eerstelijns psychologische zorg;
- tandheeskundige zorg tot 18 jaar;
- specialistische tandheelkunde en kunstgebit;
- hulpmiddelen (soms is het bedrag dat vergoed wordt beperkt);
- kraamzorg;
- ziekenvervoer (ambulance en zittend vervoer);
- enige vormen van paramedische zorg (beperkte fysiotherapie/oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvies).

In het vergoedingsoverzicht in deze brochure ziet u per behandeling of deze al dan niet wordt vergoed uit de Basisverzekering, en of er voorwaarden zijn verbonden aan het declareren van de kosten. Het is uiteraard wél zo dat de polisvoorwaarden te allen tijde leidend zijn.

Behandelingen die niet vanuit het basispakket worden gedekt, kunt u eventueel verzekeren via aanvullende verzekeringen. PNO Ziektekosten biedt er vier aan: AV Jong, AV Standaard, AV Uitgebreid en AV Compleet, elk met een ruimere dekking dan de vorige. Of en zo ja in hoeverre een behandeling uit een van de aanvullende verzekeringen wordt vergoed, leest u eveneens in het vergoedingsoverzicht.

Naast de aanvullende verzekeringen biedt PNO Ziektekosten ook tandartsverzekeringen, in drie pakketten (Standaard, Uitgebreid en Compleet) met een oplopende dekking.

2. Rekent PNO Ziektekosten rechtstreeks af met mijn behandelaar of moet ik zelf iets voorschieten?

In toenemende mate rekenen ziekenhuizen en behandelaars rechtstreeks af met de verzekeraar. In die gevallen waarin de rekening naar u wordt gestuurd, kunt u twee dingen doen: de rekening zelf betalen en later bij PNO Ziektekosten declareren, of de rekening rechtstreeks door PNO Ziektekosten laten betalen. Dat laatste is overigens alleen mogelijk als de behandeling volledig door PNO Ziektekosten vergoed wordt. Als de rekening naar u wordt gestuurd blijft u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling. Het is dus zaak om uw declaraties snel bij PNO Ziektekosten in te dienen.

3. Moet ik declaraties indienen zolang mijn eigen risico nog niet is overschreden?

U dient de rekeningen in ieder geval zo snel mogelijk in te dienen. Wij gaan er vanuit dat u, zolang het bedrag van het door u gekozen en/of verplicht gestelde eigen risico niet is overschreden, de rekening zelf aan de betreffende zorgverlener heeft voldaan.

Nota's die door behandelaars bij PNO Ziektekosten worden aangeleverd, worden altijd door PNO Ziektekosten vergoed, ook als u nog een eigen risico heeft. PNO Ziektekosten verhaalt vervolgens het eigen risico op u.

4. Declaraties indienen: hoe werkt dat?

Declaraties moeten worden ingediend met een declaratieformulier.

U krijgt automatisch een nieuw declaratieformulier toegestuurd wanneer uw declaratie door PNO Ziektekosten is verwerkt. Extra declaratieformulieren kunt u telefonisch aanvragen op telefoonnummer (030) 639 62 62.

Vervolgens is het een kwestie van het zo volledig mogelijk invullen (en ondertekenen) van het formulier. Bij het declaratieformulier sluit u de originele nota's bij, die volledig gespecificeerd en op naam gesteld moeten zijn. Herinneringen, kopieën of kassabonnetjes worden niet geaccepteerd. Het aanleveren van gescande nota's is evenmin toegestaan. Wilt u de nota's s.v.p. vasthechten aan het declaratieformulier?

Voor een snelle afwikkeling van uw ingestuurde declaraties is het van belang om:

- de nota's snel in te sturen, dus niet op te sparen;
- alleen originele nota's mee te sturen en kopieën te maken voor uw eigen administratie;
- indien van toepassing een toelichting mee te sturen.

U kunt uw declaraties opsturen naar PNO Ziektekosten, Postbus 459, 3990 GG Houten. Inleveren bij het kantoor in Hilversum blijft overigens ook mogelijk.

5. Voor welke behandelingen is toestemming van PNO Ziektelkosten vereist en hoe verloopt dat traject?

Voor veel behandelingen is vooraf geen toestemming van PNO Ziektelkosten vereist. Wel geldt altijd de eis dat een behandeling medisch noodzakelijk moet zijn, wil er een vergoeding plaatsvinden.

Voor een aantal behandelingen, zowel in het basispakket als in de aanvullende pakketten, is wel toestemming vooraf van PNO Ziektelkosten vereist. Overigens betekent 'geen toestemming' niet dat een behandeling niet mag plaatsvinden, maar uitsluitend dat de kosten niet door PNO Ziektelkosten worden vergoed. De toestemmingsprocedure bestaat eruit dat er een medisch gemotiveerd verzoek tot behandeling moet worden ingediend bij PNO Ziektelkosten, waarna wordt beoordeeld of aan de vereisten voor toestemming wordt voldaan. Verderop in deze brochure kunt u per onderwerp lezen hoe de toestemmingsprocedure in zijn werk gaat.

In de meeste gevallen moet het toestemmingsverzoek door uw behandelend arts worden ingediend; soms is aanvullende informatie nodig. Gewoonlijk weten behandelaars en leveranciers precies hoe de toestemmingsprocedure werkt en nemen zij u dit werk uit handen. Een enkele keer zult u zelf actie moeten ondernemen. Het is dan ook verstandig altijd even bij uw behandelaar te informeren wie de toestemming gaat regelen. In sommige gevallen moet gebruik worden gemaakt van een speciaal formulier. Waar dat het geval is, kunt u lezen in deze brochure. De formulieren kunnen worden aangevraagd door te bellen naar het PNO Service Center: (030) 639 62 62.

6. Kan ik rechtstreeks naar een specialist of heb ik een verwijzing van de huisarts nodig?

In de Zorgverzekeringswet is bepaald dat medisch-specialistische hulp alleen mag worden ingeroepen na verwijzing van een huisarts, tandarts of een bedrijfsarts. PNO Ziektelkosten verlangt niet dat u verwijsbriefjes overlegt. Wél is het zo dat nadere informatie kan worden gevraagd.

7. Ben ik vrij in het kiezen van een ziekenhuisbehandelaar of leverancier van hulpmiddelen?

Jazeker, u bent daar geheel vrij in. Mocht u er niet uitkomen, dan helpen wij u graag. U kunt voor die hulp terecht bij de PNO ZorgConsulent, telefoonnummer (0800) 020 00 04. Voor wat de hulpmiddelen betreft heeft PNO Ziektelkosten, samen met andere ziektekostenverzekeraars, kwaliteitsafspraken en prijsafspraken gemaakt met een aantal (zorg)leveranciers. Een lijst van de betreffende leveranciers is op aanvraag verkrijgbaar. Zij is tevens in te zien via onze website www.pnozietekosten.nl. Wij adviseren u zoveel mogelijk gebruik te maken van de op deze lijst vermelde leveranciers, omdat dit de doorlooptijd van uw aanvraag versnelt en u hiermee kunt voorkomen dat u eventueel een bedrag moet bijbetalen.

8. Doet PNO Ziektelkosten aan wachtlijstbemiddeling?

Als u langer moet wachten op behandeling dan wenselijk is (vaak een kwestie van een tijdelijke wachtlijst in het ziekenhuis van uw keuze) dan kunnen wij proberen voor u een ziekenhuis of behandelcentrum te zoeken waar u sneller geholpen kunt worden. U kunt zich hiervoor wenden tot de PNO ZorgConsulent, telefoonnummer (0800) 020 00 04.

9. Hoe is bij PNO Ziektelkosten de vergoeding geregeld van ziektekosten die gemaakt zijn in het buitenland?

1. SPOEDEISENDE HULP BIJ (TIJDELIJK) VERBLIJF IN HET BUITENLAND:

Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan: geneeskundige hulp die niet kan worden uitgesteld tot de terugkomst in Nederland. Het gaat **niet** om kosten die bij vertrek redelijkerwijs te voorzien waren.

Bij **ziekenhuisopname** in het buitenland, of een medische noodsituatie die plotseling ontstaat, dient u contact op te nemen met de PNO Zorgassistance, telefoon +31 (0)88 668 97 71.

Dit nummer staat ook vermeld op de achterzijde van uw PNO-verzekeringsspas. De Alarmcentrale staat garant voor de kosten en handelt de volledige persoonlijke hulpverlening af.

De betaling van de ziekenhuisopname vindt plaats door de Alarmcentrale. Men brengt vervolgens deze kosten bij PNO Ziektelkosten in rekening. Door het inschakelen van de alarmcentrale hoeft u zelf geen kosten voor te schieten.

In **andere gevallen** dient u gespecificeerde en op naam gestelde nota's te vragen. U kunt deze declareren op de manier zoals u gewend bent. Is er sprake van vreemde valuta, dan gaat PNO Ziektelkosten op grond van de polisvoorwaarden uit van de wisselkoers die geldt op de dag waarop de nota door PNO Ziektelkosten wordt verwerkt. Wij zijn bereid de daadwerkelijke koers te hanteren, als die voor u wat voordeliger zal uitpakken. In dat geval is het wel noodzakelijk dat u bij de declaratie stukken voegt, bijvoorbeeld afschriften waaruit blijkt welke omrekenkoers is gehanteerd.

Niet-medische kosten zoals bereddingskosten worden niet vergoed door PNO Ziektelkosten.

LET OP!

Hoewel tijdens een (vakantie-)verblijf in het buitenland dezelfde risico's als in Nederland zijn verzekerd en ook ambulancevervoer naar Nederland grotendeels wordt vergoed, blijft het afsluiten van een reisverzekering zeer aan te raden. Bij PNO Ziektelkosten bent u namelijk alleen voor de medische kosten verzekerd.

2. HULP IN HET BUITENLAND MET HET DOEL OM DAAR EEN MEDISCHE BEHANDELING TE ONDERGAAN:
Bij reguliere poliklinische hulp – hulp waarvoor géén ziekenhuisopname nodig is – kunt u de behandeling ondergaan, en de rekeningen bij ons indienen. Houdt u er rekening mee dat PNO Ziektelkosten naar het buitenland géén rechtstreekse betalingen verricht, maar dat u de nota's zélf moet betalen. De rekeningen dienen zodanig te zijn gespecificeerd of toegelicht, dat duidelijk is om welke verzekerde het gaat, en welke behandelingen zijn verricht.

Bij een geplande ziekenhuisopname in het buitenland kan betaling pas plaatsvinden nadat door PNO Ziektelkosten van te voren toestemming is gegeven. Om die te krijgen dient u het volgende te overleggen:

- a. een verklaring van de behandelend specialist in Nederland, waaruit blijkt dat de behandeling geen uitstel duldt, en dat in Nederland geen mogelijkheden voorhanden zijn om de behandeling tijdig te laten plaatsvinden, en
- b. een aanvraag door het buitenlandse ziekenhuis, waaruit blijkt welke behandeling zal plaatsvinden, hoe lang de opname naar verwachting zal duren en wat de kosten zullen zijn.

LET OP!

Wanneer u alléén een aanvullende verzekering bij PNO Ziektelkosten hebt en uw Basisverzekering elders hebt ondergebracht, geldt het volgende: er zal géén vergoeding worden gegeven voor in het buitenland gemaakte medische kosten die op grond van de Zorgverzekeringswet door een andere verzekeraar moeten worden vergoed. Deze nota's dienen dan ook in eerste instantie bij de verzekeraar te worden ingediend waar u bent ingeschreven voor de basisdekking. Bij een (gedeeltelijke of gehele) afwijzing kunnen de nota's – of kopieën daarvan – worden ingediend bij PNO Ziektelkosten waarna zal worden bezien of verdere uitkeringen mogelijk zijn.

10. Kwaliteits- en prijsafspraken

U bent vrij in het kiezen van een ziekenhuis, hulpverlener of een leverancier van hulpmiddelen. Samen met andere ziektekostenverzekeraars heeft PNO Ziektelkosten in contracten met zorgverleners kwaliteits- en prijsafspraken gemaakt. De afgesproken prijzen zijn richtprijzen (prijzen die in Nederland als gebruikelijk worden gezien) die op de markt worden gehanteerd. Deze liggen vaak lager dan de prijzen, die worden gehanteerd als er geen contract is. Als u toch kiest voor de hulp van een niet gecontracteerd(e) ziekenhuis, hulpverlener of leverancier, en deze niet gecontracteerde instelling of hulpverlener brengt een hogere prijs in rekening dan die op de markt gebruikelijk is, dan kunnen wij de vergoeding beperken tot het marktconforme tarief. Wilt u weten of er sprake is van een gecontracteerde zorgverlener, wat wij als marktconform tarief hanteren, en of er andere mogelijkheden zijn, dan kunt u zich wenden tot de PNO ZorgConsulent, telefoonnummer (0800) 020 00 04.

11. Hoe werkt het eigen risico?

Voor premiebetalende verzekerden van 18 jaar en ouder geldt een verplicht eigen risico van € 170 per persoon per kalenderjaar. Bij het afsluiten van een ziektekostenverzekering kunnen personen van 18 jaar of ouder bovendien kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per persoon per kalenderjaar. Als u medische kosten maakt, tellen de kosten eerst mee om het bedrag van het verplicht eigen risico (tot maximaal € 170) vol te maken. Als de medische kosten het bedrag van € 170 overschrijden, tellen deze kosten mee voor het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico (variërend van € 100 tot maximaal € 500). U kunt éénmaal per kalenderjaar een eigen risico kiezen.

Het eigen risico heeft **alleen** betrekking op de verstrekkingen uit het basispakket, en dus niet op kosten die worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering(en). De kosten van de huisarts, van tandheelkundige hulp (basis), van in bruikleen verstrekte hulpmiddelen, van nacontroles van een donor van nier of lever ten behoeve van orgaantransplantatie en de directe kosten van verloskundige hulp, bevalling en kraamzorg, vallen **niet** onder het eigen risico.

Wilt u informatie over uw eigen risico, of wilt u de hoogte van uw eigen risico veranderen, neemt u dan contact op met het PNO Service Center, telefoonnummer (030) 639 62 62. U kunt de wijzingen ook doorgeven via de button "Mijn PNO" op de website www.pnoziektekosten.nl

12. Wanneer kan ik mijn vrijwillig gekozen eigen risico of mijn aanvullende verzekering wijzigen?

Het kan zijn dat u op een gegeven moment aanpassingen wilt in de hoogte van het door u gekozen vrijwillige eigen risico. Wanneer u dit eigen risico wilt wijzigen, dan wordt de wijziging van kracht op 1 januari van het jaar volgend op de dag waarop de betreffende wijziging door PNO Ziektekosten is ontvangen.

Hetzelfde principe geldt voor wijzigingen van de aanvullende verzekeringen. Wijzigingen kunt u uitsluitend schriftelijk doorgeven aan het PNO Servicecenter. Voor vragen kunt u contact opnemen met het PNO Service Center, telefoonnummer (030) 639 62 62.

13. Welke mutaties moet ik zelf aan PNO Ziektekosten doorgeven?

PNO Ziektekosten is aangesloten op de Gemeentelijke Basis Administratie, en verneemt zo automatisch mutaties zoals verhuizingen, huwelijk, gezinsuitbreiding, echtscheiding of overlijden. Wél is het zo dat een gezinsuitbreiding, in welke vorm dan ook, invloed kan hebben op de verzekering. Kortom: wanneer u wilt dat een polis wordt gesloten voor een nieuw gezinslid, dan dient u dat schriftelijk door te geven aan PNO Ziektekosten.

14. Als ik medische kosten maak na een ongeval waarvoor iemand anders aansprakelijk is, vergoedt PNO Ziektekosten dan de schade?

Ja, maar u bent wel verplicht aan PNO Ziektekosten te melden dat er een derde voor de schade aansprakelijk is. PNO Ziektekosten kan dan de schade verhalen op de aansprakelijke persoon c.q. diens verzekeraar. Op het declaratieformulier kunt u in voorkomende gevallen aangeven dat het gaat om kosten die zijn gemaakt als gevolg van zo'n ongeval.

15. PNO Ziektekosten vergoedt bepaalde medische kosten niet. Hoe kan ik daar bezwaar tegen maken?

Als u het niet eens bent met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kunt u de zorgverzekeraar verzoeken om heroverweging. Dit geldt ook voor de verzekeringnemer. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.

Als de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kunt u of de verzekeringnemer een geschil over de Basisverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die van deze stichting deel uitmaakt, kan een bindend advies geven.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen:

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 030 698 83 60

E-mail: info@skgz.nl

Internet: www.skgz.nl

U of de verzekeringnemer kunt zich ook wenden tot de bevoegde rechter.

Voor klachten over de wijze waarop de zorgverzekeraar u of de verzekeringnemer heeft behandeld, kunt u of de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en, in tweede instantie, tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar kunt u of de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

Telefoon: 0900 770 70 70

E-mail: informatielijn@nza.nl

Internet: www.nza.nl

Trefwoordenregister

PAG		PAG	
37	- acnebehandeling	12	- flaporen
33	- acupunctuur	33	- flebologie/proctologie
24	- afstandsbediening hoortoestellen	14	- fysiotherapie
39	- alarmcentrale	31, 32	- geestelijke gezondheidszorg
23, 26	- alarmeringssysteem	31	- gedragstherapie
33	- alternatieve (genees)middelen	23, 24	- gehoorapparaat
33	- alternatieve geneeswijzen	23, 24	- gehoorhulpmiddelen
30	- ambulance	23	- geleidehonden
21, 26	- anticonceptie	38, 39	- geneeskundige hulp in het buitenland
33	- antroposofische geneeswijzen	21, 22	- geneesmiddelen
21,22	- apotheek	23	- gezichtshulpmiddelen
14	- audiologische hulp	35	- griepinjectie
42	- basisarts	33, 34	- haptotherapie
23	- beeldschermloepen	42	- hardheidsclausule
35	- begeleiding bij stoppen met roken	15	- heilgymnast/masseur
11, 12, 13	- behandelingen in het ziekenhuis	40	- herstellingsoord
15	- bekkentherapie	13	- hersteloperatie na sterilisatie
36	- beweegprogramma's voor mensen met kanker	33	- homeopathie
11	- besnijdenis	23, 24	- hoortoestel
27, 28	- bevalling	30	- hospitium
40	- blessureconsult bij Sport Medisch Adviescentrum	36	- huidtherapie
23	- blindengeleide- en hulphonden	18	- huisarts
23	- borstprothese	23	- hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie
12	- borstvergroting	23	- hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden
29	- borstvoedingsproblemen	23	- hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering
25	- bril	23	- hulpmiddelen voor het toedienen van voeding
38, 39	- buitenland	23	- infuuspompen met toebehoren
37	- camouflagetherapie	23	- injectiespuiten en toebehoren
15	- Cesar oefentherapie	23	- inrichtingselementen van woningen
33, 34	- chiropractie	29	- ivf
11	- circumcisie	19	- kaakchirurg
27	- combinatietest	31, 32	- klinisch psycholoog
25	- contactlenzen	28	- kraampakket
12	- correctie bovenoogleden	27, 28	- kraamzorg
12	- correctie oorstand	19	- kunstgebit
42	- coulanceregeling	41	- kuuroord
17	- dieetadvisering	29	- lactatiekundige
22	- dieetpreparaten	36	- laserontharing
32	- dyslexie	26	- lichttherapie
23	- elastische kous	33	- lijst verenigingen alternatieve geneeswijzen
36	- elektrisch epilieren	12	- liposculptuur
23	- elektrostimulator	12	- liposuctie
33	- enzymtherapie	16	- logopedie
13	- erfelijkheidsonderzoek	17	- logopedie alternatief
17	- ergotherapie		
21, 22	- farmaceutische zorg		

PAG		PAG	
23	- longvibrators	25	- snurken, anti-snurk apparatuur
23, 24	- loophulpmiddelen	14	- snurken, anti-snurk behandeling
11	- MammaPrint	23	- solo-apparatuur
33	- manuele geneeskunde	11	- specialistische behandelingen
16	- manuele lymfedrainage door huidtherapeut	21	- spiraaltje
38, 39	- medische behandeling in het buitenland	38	- spoedeisende hulp in het buitenland
15	- Mensendieck oefentherapie	40	- Sport Medisch Adviescentrum
33	- Moermantherapie	12	- sterilisatie
20	- mondhygiëniste	26	- steunpessarium
18, 19, 20	- mondzorg	25	- steunzolen
33	- natuurgeneeswijze	17	- stottertherapie (logopedie)
33	- neuraaltherapie	23	- tactiel-leesapparatuur
37	- obesitas	18, 19, 20	- tandarts
15	- oefentherapie Cesar/Mensendieck	19	- tandprotheticus
25	- ooglaseren	30	- taxivervoer
23	- oogprothesen	23	- thuisdialyse-apparatuur
20	- orthodontische behandeling	30	- thuiszorg
20	- orthodontist	23	- trombose-zelfcontrole (bloedstolling)
33	- orthomanele geneeswijze	35	- vaccinaties
33	- orthomoleculaire geneeskunde	12	- vasectomie
33	- osteopathie	23	- verbandmiddelen
41	- ouderverblijf bij opname kind	27	- verloskundige hulp
38	- overgangsconsulent	23	- vernevelaars
37	- overgewicht	30	- vervoer naar plaats van behandeling
14	- paramedische hulp	23	- verzorgingsmiddelen
37	- pedicure	29	- vruchtbaarheidsbehandeling
26	- pessarium	36	- warmwatertherapie
11, 12	- plastische chirurgie	23	- zelfmeetapparatuur voor bloedstolling
25	- plaswekker	23	- zelfzorggeneesmiddelen
33	- podologie	30	- ziekenvervoer
25	- podotherapeutische supplementen	10	- ZorgConsulent
33	- podotherapie	40	- zorghotel
23, 24	- pruik	23	- zuurstofapparaten
31, 32	- psycholoog		
32	- psychiater		
32	- psychotherapeut		
32	- psychotherapie		
25	- refractiechirurgie		
42	- reïntegratie		
41	- reiskosten ziekenbezoek		
39	- repatriëring		
13	- revalidatie		
30	- rolstoeltaxi		
41	- Ronald McDonaldhuis		
23	- schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen		
40	- second opinion		

PNO ZorgConsulent

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van PNO Ziektelasten. Dat houdt in dat wij meer doen dan het uitbetalen van nota's. U kunt bij ons terecht voor wachtlijstbemiddeling, het regelen van zorg en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg. Hiervoor kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent.

De onderstaande diensten regelt de ZorgConsulent graag voor u:

- Bemiddeling om de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname te verkorten;
- Jaarlijkse gezondheidscheck-up (medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie, bloeddrukmeting, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en houdings- en bewegingsapparaat) of sport-of beweegkeuring (medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat). De gezondheidscheck-up wordt alleen vergoed als u een aanvullende verzekering heeft afgesloten;
- Voorlichting, advies of informatie over mogelijke behandelmethode(n) of een operatie;
- Telefonisch contact met een arts of diëtist voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen of voeding;
- Begeleiding en advies bij het regelen van een second opinion;
- Informatiemateriaal over gezond leven, bewegen en voeding;
- Het zoeken van een zorgverlener, bijvoorbeeld huisarts, tandarts of psycholoog;
- Informatie over patiëntenverenigingen.

Het is mogelijk dat er toestemming nodig is voor behandelingen waarnaar de ZorgConsulent u bemiddelt. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden of vraag het de ZorgConsulent.

U kunt contact opnemen met de PNO ZorgConsulent op werkdagen van 8.30 – 17.30 uur op het gratis telefoonnummer (0800) 020 00 04.

Zorg in het ziekenhuis

SPECIALISTISCHE BEHANDELINGEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Alle voorkomende behandelingen, met uitzondering van: <ul style="list-style-type: none"> - plastisch chirurgische ingrepen - circumcisie (besnijdenis) - sterilisatie - hersteloperatie na sterilisatie Voor deze ingrepen zijn hieronder aparte rubrieken opgenomen.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Bijzonderheden	Geen.			

MAMMAPRINT

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	100%	100%	100%	100%
Omschrijving	PNO Ziektelasten vergoedt de kosten van een MammaPrint, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint is een diagnostische test voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.			
Door wie?	Een MammaPrint kan alleen worden uitgevoerd op voorschrift van de behandelend medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis of een ZBC (Zelfstandig Behandel Centrum).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

PLASTISCH CHIRURGISCHE BEHANDELINGEN (BASISVERZEKERING)

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Behandelingen gericht op het opheffen van een lichamelijke functiestoornis én die een geneeskundig doel hebben.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een medisch specialist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. De aanvraag geschiedt, indien nodig, door de zorgverlener, waarna PNO Ziektelasten de toestemming verleent.			
Bijzonderheden	Onder deze rubriek vallen niet: <ul style="list-style-type: none"> - correctie van de bovenoogleden - correctie van de oorstand - een borstvergroting Informatie over deze behandelingen vindt u in de volgende rubriek.			

PLASTISCH CHIRURGISCHE BEHANDELINGEN (AANVULLENDE VERZEKERING)

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	0%	50%	75%
Omschrijving	De volgende vormen van plastisch chirurgische behandelingen: - correctie van de bovenoogleden; - correctie van de oorstand; - een borstvergroting.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een medisch specialist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. U kunt deze aanvragen met een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring van uw behandelend arts. Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt. Behandelingen met een overwegend cosmetisch doel worden niet vergoed.			
Bijzonderheden	Omdat de kosten niet volledig worden vergoed, zal de tegemoetkoming aan u worden overgemaakt, dus niet aan de zorgverlener. In het algemeen zal liposuctie of liposculptuur, uitgevoerd in een Zelfstandig Behandel Centrum, een cosmetisch karakter hebben en derhalve niet worden vergoed.			

CIRCUMCISIE (BESNIJDENIS)

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%, indien medisch noodzakelijk	0%	0%	50%	100%
Omschrijving	Verwijderen van de voorhuid.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een arts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt uit de Basisverzekering of de aanvullende verzekering.			
Bijzonderheden	De kosten van een besnijdenis op religieuze gronden worden niet vergoed. Indien de kosten niet volledig worden vergoed, wordt de tegemoetkoming aan u overgemaakt, dus niet aan de hulpverlener.			

STERILISATIE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	0%	50%	75%
Omschrijving	Sterilisatie bij zowel man (vasectomie) als vrouw.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een arts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Omdat de kosten niet volledig worden vergoed, zal de tegemoetkoming aan u worden overgemaakt, dus niet aan de hulpverlener.			

HERSTELOPERATIE NA STERILISATIE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	0%	50%	75%
Omschrijving	Hersteloperatie na een eerdere sterilisatie bij zowel man als vrouw.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een arts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Omdat de kosten niet volledig worden vergoed, zal de tegemoetkoming aan u worden overgemaakt, dus niet aan de hulpverlener.			

REVALIDATIE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.			
Waar?	In een ziekenhuis of een erkende revalidatie-instelling.			
Door wie?	Een multidisciplinair team.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

ERFELIJKHEIDSONDERZOEK

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.			
Waar?	Een centrum voor erfelijkheidsonderzoek.			
Door wie?	Een medisch specialist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

AUDIOLOGISCHE HULP

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Audiologische hulp omvat: - onderzoek naar de gehoorfunctie - advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur - voorlichting over het gebruik van de apparatuur - psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie - hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar, door een audiologisch centrum, op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of KNO-arts.			
Waar?	Een audiologisch centrum.			
Door wie?	Een audioloog of KNO-arts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

BEHANDELING TEGEN SNURKEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	0%	50%	75%
Omschrijving	Poliklinische ingreep om snurken tegen te gaan.			
Waar?	In een ziekenhuis.			
Door wie?	Een KNO-arts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. De kosten worden alleen uit de aanvullende verzekering vergoed, als er op grond van de medische indicatie geen vergoeding mogelijk is vanuit de Basisverzekering én PNO Ziektelasten van tevoren toestemming heeft gegeven op basis van een gemotiveerde (schriftelijke) aanvraag door uw behandelend arts.			
Bijzonderheden	Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener is niet mogelijk, omdat er geen volledige vergoeding wordt gegeven.			

Paramedische hulp

FYSIOTHERAPIE DOOR EEN VRIJGEVESTIGDE FYSIOTHERAPEUT

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100% (beperkt) alleen bij chronische aandoeningen	Maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal 18 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal 36 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal 52 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	<p><i>Basispakket</i> Fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder:</p> <p>De eerste 12 behandelingen worden niet vergoed. Vanaf de dertiende behandeling worden de noodzakelijke behandelingen vergoed, op basis van een verwijzing door een arts of medisch specialist, in geval er sprake is van een chronische aandoening. Door de overheid is een lijst samengesteld van de betreffende aandoeningen, waarop tevens is aangegeven welke behandelduur maximaal van toepassing is (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe. Ze is ook te raadplegen op www.pnozietekosten.nl.</p> <p>Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden maximaal 9 behandelingen bekkentherapie in verband met urine-incontinentie vergoed. De therapie moet gegeven worden door een bekkentherapeut.</p>			

	<p>Fysiotherapie voor verzekerden jonger dan 18 jaar:</p> <p>De noodzakelijke behandelingen worden vergoed, op basis van een verwijzing door een arts of medisch specialist, in geval er sprake is van een chronische aandoening.</p> <p>Door de overheid is een lijst samengesteld van de betreffende aandoeningen, waarop tevens is aangegeven welke behandelduur maximaal van toepassing is (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe. Ze is ook te raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.</p> <p>Fysiotherapie voor verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens de eerste 9 behandelingen bij niet-chronische aandoeningen door een fysiotherapeut per indicatie.</p> <p>Op verwijzing van een arts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal 9 extra behandelingen door een fysiotherapeut per indicatie indien sprake is van een ontoereikend resultaat.</p> <p><i>Aanvullend pakket</i></p> <p>Wanneer een vergoeding vanuit het basispakket niet mogelijk is, kan, afhankelijk van de afgesloten aanvullende verzekering, een vergoeding worden gegeven voor maximaal 9, 18, 36 of 52 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een AV Jong worden bij een chronische indicatie de eerste 12 behandelingen vergoed.</p>
Door wie?	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet Beroepen in de Gezondheidszorg (verder de Wet BIG). Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG, of een fysiotherapeut die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.
Bijzonderheden	Onder meer aan de hand van een diagnosecode, die door de fysiotherapeut wordt gebruikt, zal PNO Ziektelasten bepalen of er sprake is van een aandoening waarvoor langdurige fysiotherapie is aangewezen. Indien dat het geval is, kunnen de kosten (vanaf de dertiende behandeling) vanuit de Basisverzekering worden vergoed.

OEFTHERAPIE MENSENDIECK/CESAR DOOR EEN VRIJGEVESTIGDE OEFTHERAPEUT

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100% (beperkt) alleen bij chronische aandoeningen	Maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal 18 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal 36 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal 52 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	<p><i>Basispakket</i></p> <p>Oefentherapie Mensendieck/Cesar voor verzekerden van 18 jaar en ouder:</p> <p>De eerste 12 behandelingen worden niet vergoed. Vanaf de dertiende behandeling worden de noodzakelijke behandelingen vergoed, op basis van een verwijzing door een arts of medisch specialist, in geval er sprake is van een chronische aandoening.</p> <p>Door de overheid is een lijst samengesteld van de betreffende aandoeningen, waarop tevens is aangegeven welke behandelduur maximaal van toepassing is (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe. Ze is ook te raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.</p> <p>Oefentherapie voor verzekerden jonger dan 18 jaar:</p> <p>De noodzakelijke behandelingen worden vergoed, op basis van een verwijzing door een arts of medisch specialist, in geval er sprake is van een chronische aandoening.</p> <p>Door de overheid is een lijst samengesteld van de betreffende aandoeningen, waarop tevens is aangegeven welke behandelduur maximaal van toepassing is (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe. Ze is ook te raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.</p> <p>Oefentherapie Mensendieck/Cesar voor verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens de eerste 9 behandelingen niet-chronische oefentherapie door een oefentherapeut Mensendieck/Cesar, per indicatie. Op verwijzing van een arts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal 9 extra behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/Cesar per indicatie, indien sprake is van een ontoereikend resultaat.</p>			

	<p><i>Aanvullend pakket</i></p> <p>Wanneer een vergoeding vanuit het basispakket niet mogelijk is, kan, afhankelijk van de afgesloten aanvullende verzekering, een vergoeding worden gegeven voor maximaal 9, 18, 36 of 52 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een AV Jong worden bij een chronische indicatie de eerste 12 behandelingen vergoed.</p>
Door wie?	Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.
Bijzonderheden	Onder meer aan de hand van een diagnosecode, die door de oefentherapeut wordt gebruikt, zal PNO Ziektelasten bepalen of er sprake is van een aandoening waarvoor langdurige therapie is aangewezen. Indien dat het geval is, kunnen de kosten (vanaf de dertiende behandeling) vanuit de Basisverzekering worden vergoed.

MANUELE LYMFEDRAINAGE DOOR HUIDTHERAPEUT

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100% (beperkt) alleen bij chronische aandoeningen	0%	Maximaal 18 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal 36 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal 52 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Behandeling van ernstig lymfoedeem. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden de eerste 12 behandelingen van ernstig lymfoedeem niet vergoed vanuit het basispakket.			
Door wie?	Een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

LOGOPEDIE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Behandeling door een logopedist, op voorschrift van de (tand-)arts of orthopedagoog, gericht op een geneeskundig doel of op verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen.			
Door wie?	Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid. PNO Ziektelasten kan tijdens de behandeling vragen om nadere informatie om de medische noodzaak te toetsen.			

LOGOPEDIE ALTERNATIEF/STOTTERTHERAPIE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	Maximaal € 750 per verzekerde voor de duur van de verzekering	Maximaal € 1200 per verzekerde voor de duur van de verzekering	Maximaal € 1500 per verzekerde voor de duur van de verzekering
Omschrijving	Stottertherapie die in groepsverband wordt gegeven volgens één van de volgende methoden: Del Ferro, De Paauw en Hausdörfer.			
Door wie?	Een instelling waar bovengenoemde therapieën worden gegeven.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

ERGOTHERAPIE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%, maximaal 10 uur per kalenderjaar	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut op voorschrift van een arts, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.			
Door wie?	Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

DIEETADVISERING

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%, maximaal 16 kwartieren per verzekerde per kalenderjaar	0%	10 kwartieren extra per verzekerde per kalenderjaar	15 kwartieren extra per verzekerde per kalenderjaar	20 kwartieren extra per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een arts of tandarts.			
Door wie?	Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De kosten van af te leveren (voedings)preparaten en (genees)middelen worden niet vergoed.			

Huisartsenhulp

HUISARTSENHULP

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Daaronder vallen ook onderzoeken in (huisartsen)laboratoria en ziekenhuizen die door de huisarts worden voorgeschreven. Niet vergoed worden de kosten van: <ul style="list-style-type: none"> - geneeskundige keuringen, zoals een sport- of rijbewijskeuring; - algemene preventieve maatregelen, zoals hulp van consultatiebureaus, bevolkingsonderzoeken en de gebruikelijke vaccinatieprogramma's; - zwangerschapstesten; - behandelingen met een cosmetisch doel; - behandelingen binnen het kader van bepaalde afvalprogramma's (Biamed e.d.). 			
Door wie?	Een huisarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Er bestaat een zogenaamd inschrijvingstarief. Let wel: een inschrijving kan per persoon maar bij één huisarts plaatsvinden. Voor iedere ingeschreven patiënt mag de huisarts per kwartaal een vast tarief berekenen. Dit bedrag wordt volledig vergoed. Deze kosten worden niet betrokken bij de afrekening van het verplichte en vrijwillige eigen risico. Onderzoeken in (huisartsen)laboratoria en ziekenhuizen die door de huisarts worden voorgeschreven, worden wel betrokken bij het afrekenen van het verplichte en vrijwillige eigen risico.			

Mondzorg

TANDHEELKUNDIGE HULP VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	De tandheelkundige zorg door tandartsen : <ul style="list-style-type: none"> - periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen; - incidenteel tandheelkundig consult; - het verwijderen van tandsteen; - fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen; - sealing; - parodontale hulp; - anesthesie; - endodontische hulp; - restauratie van gebitselementen met plastische materialen; - gnathologische hulp; - uitneembare prothetische voorzieningen; - tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien 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 een tandheelkundig implantaat; - röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp. 			
Door wie?	Een tandarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Alleen voor tandheelkundige implantaten is voorafgaande toestemming vereist. Het hiervoor benodigde formulier is op aanvraag verkrijgbaar.			
Bijzonderheden	Aanvullend diagnostisch onderzoek (UPT-codes C22, C28, C29 en C65) en kroon- en brugwerk worden voor verzekerden jonger dan 18 jaar niet vergoed uit de Basisverzekering.			

TANDHEELKUNDIGE HULP IN BIJZONDERE GEVALLEN (VOOR ALLE VERZEKERDEN ONGEACHT DE LEEFTIJD)

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	<ol style="list-style-type: none"> Tandheelkundige zorg door tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten die noodzakelijk is: <ol style="list-style-type: none"> indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan; indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de bedoelde constructie dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. Orthodontische hulp in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groei stoornis van het tandkaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek. Parodontale chirurgie (tandvlesbehandelingen) valt hier niet onder. Het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat valt hier ook niet onder (zie hiervoor wat vermeld is onder punt 2 van deze rubriek en onder de rubriek Tandheelkundige hulp door tandartsen en mondhygiënist). 			
Door wie?	<p>Tandarts: Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.</p> <p>Kaakchirurg: Een tandartsspecialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.</p> <p>Orthodontist: Een tandartsspecialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.</p>			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten genoemd onder de punten 1, 2 en 3 is voorafgaande toestemming vereist. De aanvraag kan door de hulpverlener bij ons worden ingediend.			
Bijzonderheden	Ongecompliceerde extracties door de kaakchirurg komen niet voor vergoeding in aanmerking.			

KUNSTGEBIT

Basispakket	Tandarts Standaard	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Compleet
75%, tot een maximumbedrag van € 600 per kaak (tandarts) of 75%, tot een maximumbedrag van € 450 per kaak (tandprotheticus)	Max. € 500 per verzekerde per kalenderjaar	Max. € 850 per verzekerde per kalenderjaar	Max. € 1100 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.		
Door wie?	Een tandarts of tandprotheticus. De aanschafkosten van een kunstgebit dat vervaardigd is door een tandtechnicus worden niet vergoed.		
Aanvraag en toestemming vooraf?	<p>Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening, vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600 per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.</p> <p>Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 450 per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige prothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.</p>		
Bijzonderheden	Het verschil tussen de aanschafprijs van het kunstgebit en het bedrag dat wordt vergoed vanuit het basispakket, wordt vergoed vanuit de aanvullende tandartsverzekeringen voor zover de maximaal verzekerde bedragen niet worden overschreden. Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie (door een tandarts, tandprotheticus of tandtechnicus) en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.		

TANDHEELKUNDIGE HULP DOOR TANDARTSEN OF MONDHYGIËNISTEN (VOOR ALLE VERZEKERDEN ONGEACHT DE LEEFTIJD)

Basispakket	Tandarts Standaard	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Compleet
0%	Max. € 500 per verzekerde per kalenderjaar	Max. € 850 per verzekerde per kalenderjaar	Max. € 1100 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	De hulp omvat de tandheelkundig noodzakelijke zorg door tandartsen of mondhygiënisten, voor zover deze niet is gedekt vanuit de Basisverzekering. Hulp met een overwegend cosmetisch karakter, zoals het bleken van elementen (UPT-codes E90, E95, E97 en E98), wordt niet vergoed.		
Door wie?	Tandarts: Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG. Mondhygiënist: Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".		
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.		
Bijzonderheden	Orthodontie: Voor orthodontie door een tandarts of orthodontist: zie de hiernavolgende rubrieken Orthodontie. Implantaten: De aanschafkosten van implantaten en de eigen bijdrage voor een overkappingsprothese vallen ook onder deze rubriek, voor zover ze niet worden vergoed vanuit de Basisverzekering.		

ORTHODONTIE VOOR PERSONEN JONGER DAN 18 JAAR

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%	100%	100%
Omschrijving	Gebitsregulatie.			
Door wie?	Een tandarts of orthodontist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

ORTHODONTIE VOOR PERSONEN VAN 18 JAAR EN OUDER

Basispakket	Tandarts Standaard	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Compleet
0%	100%, maximaal € 800 voor de duur van de verzekering	100%, maximaal € 1200 voor de duur van de verzekering	100%, maximaal € 1600 voor de duur van de verzekering
Omschrijving	Gebitsregulatie.		
Door wie?	Een tandarts of orthodontist.		
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. U kunt dit aanvragen door middel van een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring van de behandelend tandarts of orthodontist. Het hiervoor benodigde formulier is op aanvraag verkrijgbaar. Aan de hand van de verklaring wordt bepaald of een vergoeding kan worden verstrekt.		
Bijzonderheden	Vergoeding van de kosten van orthodontie kan alleen plaatsvinden als de behandeling deel uitmaakt van een traject waarbij een functionele afwijking wordt gecorrigeerd. De kosten van orthodontie als er sprake is van overwegend esthetische problematiek, in geval van terugkerende klachten na een eerdere behandeling en in geval van een parodontaal zwak of slecht onderhouden gebit, worden niet vergoed.		

Farmaceutische zorg

GENEESMIDDELEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	a. geregistreerde geneesmiddelen die door PNO Ziektelasten zijn aangewezen op basis van de ministeriële regeling en b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft.			
Door wie?	De apotheek of de apotheekhoudend huisarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden nadere voorwaarden. In die gevallen dient vooraf toestemming te worden gegeven. De aanvraag zal over het algemeen door de behandelend arts worden ingediend. Wanneer dit niet het geval is zal PNO Ziektelasten u hieromtrent benaderen.			
Bijzonderheden	Alleen geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts, specialist of tandarts én die zijn aangeschaft bij een apotheek worden vergoed. Voor de middelen die binnen de reguliere geneeskunde worden gebruikt, maar niet worden vergoed vanuit de Basisverzekering en voor de middelen die in de alternatieve geneeskunde worden gebruikt, verwijzen wij naar de daar op betrekking hebbende rubrieken. De bijbetaling, die geldt voor bepaalde geneesmiddelen, wordt niet vergoed vanuit het basispakket.			

GENEESMIDDELEN VOOR ANTICONCEPTIELE DOELEINDEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100% tot 21 jaar	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar
Omschrijving	Anticonceptiva en hormoon bevattende spiraaltjes.			
Door wie?	Een apotheek.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Alleen voor verzekerden tot 21 jaar worden de kosten uit het basispakket vergoed. Alleen anticonceptiva die zijn voorgeschreven door een arts of medisch specialist én die zijn aangeschaft bij een apotheek worden vergoed. Een eventuele eigen bijdrage (GVS-bijbetaling) voor de in deze rubriek genoemde (genees)middelen, wordt uitsluitend vergoed wanneer u een van de aanvullende verzekeringen heeft afgesloten.			

DIEETPREPARATEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Dieetpreparaten.			
Door wie?	Dieetpreparaten kunnen worden aangeschaft bij een apotheek of bij een gespecialiseerde leverancier.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja, er moet sprake zijn van een ernstige aandoening. Het verzoek om toestemming voor vergoeding van dieetpreparaten dient altijd tijdig en vóóraf door de verzekerde te worden ingediend, vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts of medisch specialist.			
Bijzonderheden	<p>Om aan te kunnen geven wanneer u voor een vergoeding in aanmerking komt, moet onderscheid worden gemaakt tussen dieetproducten en dieetpreparaten.</p> <p>Een <i>dieetproduct</i> is een voedingsmiddel dat een andere samenstelling heeft dan normale voeding maar er verder wel op lijkt. Denk bijvoorbeeld aan suikervrije jam of zoutarme kaas.</p> <p>Een <i>dieetpreparaat</i> is een voedingsmiddel dat niet alleen een andere samenstelling maar ook een andere vorm heeft dan een normaal product. Een dieetpreparaat lijkt dus niet meer op een gewoon voedingsmiddel. Vloeibare voeding is daarvan een voorbeeld. Alleen dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) worden in bepaalde gevallen vergoed.</p> <p>De indicaties, voorwaarden en een lijst van de dieetpreparaten zijn vermeld in het reglement farmaceutische zorg van PNO Ziektekosten dat desgewenst kan worden toegestuurd. Het reglement is tevens in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl.</p>			

MIDDELEN DIE BINNEN DE REGULIERE GENEESKUNDE WORDEN GEBRUIKT, MAAR NIET WORDEN VERGOED VANUIT DE BASISVERZEKERING

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	Max. € 250 per verzekerde per kalenderjaar	Max. € 375 per verzekerde per kalenderjaar	Max. € 500 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	<p>Het gaat om de volgende middelen en kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zelfzorgmiddelen en (genees)middelen, die niet worden vergoed op grond van de Basisverzekering - de bijbetaling die geldt voor bepaalde geneesmiddelen (hiervoor stuurt de apotheek een aparte rekening die op de gebruikelijke wijze gedeclareerd kan worden) - ongeregistreerde farmaceutische producten (niet- geneesmiddelen) - voor zover voor een werkzame stof, een of meer preferente geneesmiddelen zijn aangewezen: de kosten van niet aangewezen geneesmiddelen - apotheekbereidingen indien hiervoor geen vergoeding mogelijk is vanuit de Basisverzekering 			
Door wie?	Een apotheek en apotheekhoudend huisarts. Voor wat betreft de dieetpreparaten kan dit ook via een gespecialiseerde leverancier.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Het verzoek om toestemming voor vergoeding van de in deze rubriek bedoelde dieetpreparaten dient altijd tijdig en vóóraf door de verzekerde te worden ingediend, vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts of medisch specialist.			
Bijzonderheden	Alleen middelen die zijn voorgeschreven door een arts, specialist of tandarts én die zijn aangeschaft bij een apotheek worden vergoed. Geneesmiddelen voor anticonceptionele doeleinden zijn uitgezonderd van vergoeding.			

Hulpmiddelen

HULPMIDDELEN ALGEMEEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%, met eigen bijdragen of maximaal te vergoeden bedragen	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	<p>Verstrekking, vervanging, correctie of herstel van de volgende medische hulpmiddelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan; - uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem; - uitwendige hulpmiddelen ter correctie van stoornissen van de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren (niet zijnde brillen en lenzen); - gehoorhulpmiddelen (toestellen, oorschaaltjes, ringleidingen, infrarood of FM-apparatuur en maskeerders). Voor de toestellen gelden maximaal te vergoeden bedragen die wettelijk zijn bepaald; - hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming voorzieningen voor stomapatiënten; - incontinentie-absorptiematerialen; - hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (pessaria en koperhoudende spiraaltjes). Alleen voor verzekerden tot 21 jaar worden de kosten uit het basispakket vergoed; - loophulpmiddelen. Met ingang van 1 januari 2011 worden de volgende loophulpmiddelen niet langer uit het basispakket vergoed: rollators, elleboogkrukken, serveerwagens, loophulpmiddelen met 3 of 4 poten en looprekjes. Deze hulpmiddelen worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering (zie pagina 24); - injectiespuiten en toebehoren; - uitwendige hulpmiddelen, te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe (elastische kousen en een aan/uittrekhulp); - hulpmiddelen bij diabetes; - draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren; - schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen, orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen; - hulpmiddelen voor het toedienen van voeding; - hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering (waaronder de aansluitkosten van persoonlijke alarmeringsapparatuur); - uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van functiestoornissen in het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend; - beeldschermloepen; - uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn; - solo-apparatuur met toebehoren; - tactiel-leesapparatuur met toebehoren; - vervanging van hoortoestellen die kunnen aangesloten op een te implanteren beengeleider (BAHA-hoortoestel); - zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden; - inrichtingselementen van woningen (géén sta-opstoelen); - blindengeleide- en hulphonden; - hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie; - de apparatuur voor thuisdialyse; - verbandmiddelen, als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen. 			
Door wie?	<p>In principe bent u op grond van uw restitutiepolis vrij in de keuze van een leverancier. PNO Ziektekosten heeft, samen met een aantal andere zorgverzekeraars, met een aantal leveranciers kwaliteitsafspraken en prijsafspraken gemaakt. Een lijst van de betreffende leveranciers is op aanvraag verkrijgbaar. Zij is tevens in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl.</p> <p>Wij adviseren u zoveel mogelijk gebruik te maken van de op deze lijst vermelde leveranciers, omdat dit de doorlooptijd van uw aanvraag versnelt en u hiermee kunt voorkomen dat u eventueel een bedrag moet bijbetalen.</p>			
Aanvraag en toestemming vooraf?	<p>Ja. U kunt dit aanvragen door middel van een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring van de behandelend arts of specialist. Aan de hand van de medische verklaring wordt bepaald of een vergoeding kan worden verstrekt.</p> <p>Onder welke voorwaarden, bij welke medische indicatie en eventueel bij welke leveranciers de hulpmiddelen kunnen worden aangeschaft, is nader uitgewerkt in het reglement hulpmiddelen van PNO Ziektekosten dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst kan worden toegestuurd. Het is tevens in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl.</p>			
Bijzonderheden	<p>Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage of een maximaal te vergoeden bedrag. Een en ander is uitgewerkt in het reglement hulpmiddelen van PNO Ziektekosten. Voor gehoorhulpmiddelen en pruiken is het mogelijk, afhankelijk van de afgesloten aanvullende verzekering, een aanvullende vergoeding te krijgen.</p>			

AFSTANDSBEDIENING VOOR EEN HOORTOESTEL

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	€ 100 per aanschaf per verzekerde per 5 jaar	€ 200 per aanschaf per verzekerde per 5 jaar	€ 300 per aanschaf per verzekerde per 5 jaar
Omschrijving	Een afstandsbediening is in dit geval een apparaat waarmee een hoortoestel niet ter plekke, maar vanaf een zekere afstand bestuurd, geregeld of bediend kan worden.			
Door wie?	Een leverancier van gehoorhulpmiddelen.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

HOORTOESTELLEN (EXTRA VERGOEDING BOVEN VERGOEDING UIT BASISPAKKET)

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	€ 500 per toestel per aanschaf vanuit de Basisverzekering	€ 850 per toestel per aanschaf vanuit de Basisverzekering	€ 1200 per toestel per aanschaf vanuit de Basisverzekering
Omschrijving	Hoortoestellen.			
Door wie?	Een leverancier van gehoorhulpmiddelen.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	De extra vergoeding wordt alleen gegeven wanneer er vanuit de Basisverzekering recht bestaat op vergoeding van een hoortoestel.			
Bijzonderheden	Vanuit de Basisverzekering geldt per toestel een maximaal te vergoeden bedrag. Bij de beoordeling wordt uitgegaan van een in uw situatie doelmatig toestel, hetgeen niet altijd betekent dat het meest geavanceerde (en veelal ook het duurste) toestel zal worden vergoed.			

PRUIKEN (EXTRA VERGOEDING BOVEN VERGOEDING UIT BASISPAKKET)

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	€ 150 per aanschaf vanuit de Basisverzekering	€ 225 per aanschaf vanuit de Basisverzekering	€ 300 per aanschaf vanuit de Basisverzekering
Omschrijving	Pruiken.			
Door wie?	Een leverancier van pruiken.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	De extra vergoeding wordt alleen gegeven wanneer er vanuit de Basisverzekering recht bestaat op vergoeding van een pruik.			
Bijzonderheden	Vanuit de Basisverzekering geldt een maximaal te vergoeden bedrag. Daarboven is een extra vergoeding mogelijk die afhankelijk is van de gekozen aanvullende verzekering.			

LOOPHULPMIDDELEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	€ 50	€ 100	€ 100	€ 100
Omschrijving	Elleboogkrukken, serveerwagens, loophulpen met 3 of 4 poten, looprekjes en rollators.			
Door wie?	Een leverancier van eenvoudige loophulpmiddelen.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	In de AV Jong geldt de vergoeding alleen voor elleboogkrukken.			

STEUNZOLEN EN PODOTHERAPEUTISCHE SUPPLEMENTEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	€ 150 per verzekerde per kalenderjaar	€ 150 per verzekerde per kalenderjaar	€ 150 per verzekerde per kalenderjaar	€ 200 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Steunzolen en podotherapie supplementen.			
Door wie?	Een podotherapeut of een leverancier van orthopedische hulpmiddelen.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

BRILLEN EN CONTACTLENZEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	€ 150 per verzekerde per vier kalenderjaren	€ 150 per verzekerde per vier kalenderjaren	€ 150 per verzekerde per vier kalenderjaren	€ 150 per verzekerde per vier kalenderjaren
Omschrijving	Brillen en contactlenzen wanneer de ogen gecorrigeerd moeten worden in geval van ver- of bijziendheid.			
Door wie?	Een opticien.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Voor brillen en contactlenzen wordt éénmaal per vier kalenderjaren een vergoeding gegeven. Deze vier jaren gaan in op 1 januari van het jaar waarin de eerste aanschaf is gedaan. Wanneer na de bedoelde vier jaar opnieuw rechten ontstaan, dan wordt de nieuwe periode geacht in te gaan op 1 januari van het jaar waarin de nieuwe te vergoeden bril of lens wordt aangeschaft. Contactlensvloeistof wordt niet vergoed. De vergoeding uit het aanvullend pakket wordt óók gegeven wanneer men de oogafwijking laat corrigeren door middel van refractiechirurgie (ooglaseren). De kosten van refractiechirurgie op zich worden namelijk niet vergoed. Rekeningen dienen op naam te zijn gesteld. Bovendien moet zijn aangegeven welke sterkte de glazen of lenzen hebben. De kosten van een reparatie aan een bril worden, bij de bepaling van de vergoeding, gezien als aanschafkosten.			

ANTI-SNURKAPPARATUUR

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	0%	50%	75%
Omschrijving	Apparatuur zoals een Snorex of een Activator.			
Door wie?	Een KNO-arts of orthodontist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. U kunt deze aanvragen met een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring van uw behandelend arts.			
Bijzonderheden	Geen.			

PLASWEKKER

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%	100%	100%
Omschrijving	Plaswekker.			
Door wie?	Een leverancier van plaswekkers.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De aanschafkosten (of huurkosten) en de bijbehorende middelen worden vergoed. Een plaswekker komt alleen voor een kind van 5 jaar of ouder voor een vergoeding in aanmerking.			

LICHTTHERAPIELAMP

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%	100%	100%
Omschrijving	Lamp voor lichttherapie als behandeling tegen een winterdepressie.			
Door wie?	Een leverancier van thuiszorgartikelen.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. U kunt deze aanvragen met een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring van uw behandelend arts.			
Bijzonderheden	De benodigde lichttherapielamp wordt in het algemeen in bruikleen verstrekt. U zult hiervoor een bruikleenovereenkomst moeten tekenen.			

STEUNPESSARIUM

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%	100%	100%
Omschrijving	Een ring voor bekkenbodemp Problemen.			
Door wie?	Een erkende leverancier, waaronder een medisch specialist of huisarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

HULPMIDDELEN VOOR ANTICONCEPTIELE DOELEINDEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100% tot 21 jaar	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar
Omschrijving	Pessaria en koperhoudende spiraaltjes.			
Door wie?	Een apotheek.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Alleen middelen die zijn voorgeschreven door een arts of medisch specialist én die zijn aangeschaft bij een apotheek worden vergoed. Verzekerden tot 21 jaar ontvangen een vergoeding uit het basispakket, vanaf 21 jaar is er alleen dekking in de aanvullende pakketten.			

ALARMERINGSSYSTEEM (ABONNEMENTSKOSTEN)

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%	100%	100%
Omschrijving	Abonnementkosten bij het gebruik van een alarmeringssysteem.			
Door wie?	In principe bent u op grond van uw restitutiepolis vrij in de keuze van een leverancier.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	De vergoeding wordt alleen gegeven wanneer er vanuit de Basisverzekering recht bestaat op vergoeding van de éénmalige aansluitkosten.			
Bijzonderheden	Alleen de abonnementskosten die noodzakelijk zijn om het alarmeringssysteem goed te laten functioneren worden vergoed. Extra abonnementen (bijvoorbeeld voor de thuiszorg) worden niet vergoed.			

Zorg in verband met een geboorte

VERLOSKUNDIGE HULP

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Verloskundige hulp vóór, tijdens en na de bevalling.			
Door wie?	Door een verloskundige, huisarts of medisch specialist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Verloskundige hulp omvat ook het Structurele Echoscopische Onderzoek (SEO), oftewel een tweedetrimesterecho voor alle zwangere vrouwen en de combinatietest (nekplooiemeting en serumtest) voor zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder, of voor zwangere vrouwen jonger dan 36 jaar met een medische indicatie die is gegeven door een huisarts, verloskundige of (medisch) specialist.			

KRAAMZORG

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%, maar wel met een eigen bijdrage	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	De verzorging, inclusief de assistentie bij de bevalling, van moeder en kind of van de moeder alleen.			
Door wie?	Een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden kraamverzorgende of een zelfstandig werkende kraamverzorgende met een erkend diploma.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	<p>De volgende situaties worden onderscheiden:</p> <p>1. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis met medische noodzaak Indien en voor zover verblijf dan wel poliklinische hulp in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis. Deze kosten vallen onder de rubriek: zorg in het ziekenhuis.</p> <p>2. Bevalling en/of kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak U kunt vrijwillig kiezen voor een poliklinische bevalling in het ziekenhuis. Een deel van de rekening van het ziekenhuis wordt dan vergoed uit de Basisverzekering (dit deel wordt jaarlijks wettelijk vastgesteld). Het overige deel van de nota is dan voor uw eigen rekening als u hiervoor niet aanvullend verzekerd bent.</p> <p>Indien de kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvindt zonder medische noodzaak, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige hulp en kraamzorg.</p> <p>Voor de kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 3,90 per uur voor zowel moeder als kind. Deze eigen bijdrage is voor uw rekening als u hiervoor niet aanvullend verzekerd bent. Daarnaast is wettelijk bepaald welk bedrag er maximaal per dag vergoed kan worden uit de Basisverzekering. Indien het ziekenhuis een hoger tarief in rekening brengt, dan is het meerdere voor uw rekening. Deze kosten zijn niet opgenomen in de aanvullende verzekeringen.</p> <p>3. Bevalling en/of kraamzorg in een kraamcentrum Indien na de bevalling (in een ziekenhuis of kraamcentrum) kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor de moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg. Voor de kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 3,90 per uur voor zowel moeder als kind. Deze eigen bijdrage is voor uw rekening als u hiervoor niet aanvullend verzekerd bent. Daarnaast is wettelijk bepaald welk bedrag er maximaal per dag vergoed kan worden uit de Basisverzekering. Indien het kraamcentrum een hoger tarief in rekening brengt, dan is het meerdere voor uw rekening. Deze kosten zijn niet opgenomen in de aanvullende verzekeringen.</p> <p>4. Bevalling en kraamzorg thuis Indien de bevalling en de kraamzorg thuis plaatsvinden, bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:</p> <p>a. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling</p>			

b. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt op basis van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg vastgesteld en toegekend door het kraambureau in overleg met de verzekeraar. Op de vergoeding blijft een eigen bijdrage van € 3,90 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

Indien **na de bevalling in een ziekenhuis** kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor de moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals hiervoor onder de punten a en b genoemd, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de onder punt b genoemde termijn van ten hoogste tien dagen.

EXTRA VERGOEDINGEN BEVALLING EN KRAAMZORG

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%	100%	100%
Omschrijving	Meerkosten bij een poliklinische bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie: Als u op de polikliniek van een ziekenhuis wilt bevallen, zonder dat hiervoor een medische noodzaak bestaat, maakt u in principe alleen gebruik van de verloskamer. Een deel van de rekening van het ziekenhuis wordt dan niet vergoed uit de Basisverzekering maar bij u in rekening gebracht. Extra kraamzorg: Er is sprake van extra kraamzorg wanneer er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan in eerste instantie vanuit de Basisverzekering mogelijk is. Eigen bijdrage per uur voor kraamzorg: Indien er vanuit de Basisverzekering sprake is van een eigen bijdrage per uur, dan wordt deze bijdrage vergoed vanuit de aanvullende verzekering.			
Door wie?	Een verloskundige. Een aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende of een zelfstandig werkende kraamverzorgende met een erkend diploma.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Toestemming vooraf voor extra kraamzorg is in alle gevallen vereist. Bij de aanvraag, die ook door een kraamcentrum mag worden ingediend, is een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring van de behandelend arts of van de verloskundige noodzakelijk.			
Bijzonderheden	Op grond van de ontvangen informatie zal PNO Ziektelasten bepalen voor hoeveel uur zorg nog vergoeding zal kunnen worden gegeven.			

KRAAMPAKKET

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	Maximaal € 35	Maximaal € 35	Maximaal € 35
Omschrijving	Een kraampakket (verband- en ontsmettingsmiddelen) bij thuisbevalling of poliklinische bevalling.			
Door wie?	Indien u het pakket aanschaft via PNO Ziektelasten, wordt het volledig vergoed. U kunt contact opnemen met PNO Kraamzorg Service op telefoonnummer (088) 668 97 07 of (088) 668 97 04. Als u het pakket elders aanschaft (bijvoorbeeld via de thuiszorgorganisatie), is het uiteraard de bedoeling dat het pakket als één product wordt gekocht en afgenomen. U dient daarbij dan wel te zorgen voor een gespecificeerde en op naam gestelde nota.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

HULP BIJ BORSTVOEDINGSPROBLEMEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	0%	Maximaal € 50 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Begeleiding door een lactatiekundige van vrouwen met borstvoedingsproblemen.			
Door wie?	Een gekwalificeerde lactatiekundige die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Hulpmiddelen voor borstvoeding worden niet vergoed.			

BEHANDELINGEN VAN VRUCHTBAARHEIDSTOORNISSEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
- De eerste, tweede en derde ivf/ICSI behandeling - De medisch specialistische zorg bij KI of IUI behandeling en bij ovulatie-inductie - Cryopreservatie van embryo's	0%	- De vierde ivf/ICSI behandeling - Cryopreservatie van semen en/of eicellen	- De vierde ivf/ICSI behandeling - Cryopreservatie van semen en/of eicellen	- De vierde ivf/ICSI behandeling - Cryopreservatie van semen en/of eicellen
Omschrijving	De behandeling omvat: - behandeling waarbij de bevruchting buiten het lichaam van de vrouw plaatsvindt in een reageerbuis (ivf/ICSI); - behandeling waarbij de bevruchting in het lichaam van de vrouw plaatsvindt (KI of IUI) en - vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen voorafgaand aan een ivf behandeling.			
Door wie?	Een medisch specialist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Alleen als het gaat om de kosten van de vierde behandeling. Daartoe dient een gemotiveerde verwijzing te worden overlegd van de behandelend specialist, waaruit blijkt welke medische indicatie aan de behandeling ten grondslag ligt.			
Bijzonderheden	De kosten van cryopreservatie van semen en/of eicellen, ten behoeve van de eerste vier behandelingen, kunnen na toestemming vanuit de aanvullende verzekeringen worden vergoed.			

GENEESMIDDELEN DIE DIENEN TER BEVORDERING VAN DE VRUCHTBAARHEID

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%, bij een eerste, tweede en derde ivf/ICSI behandeling en bij een KI, IUI behandeling of bij ovulatie-inductie	0%	100%, bij de vierde ivf/ICSI behandeling	100%, bij de vierde ivf/ICSI behandeling	100%, bij de vierde ivf/ICSI behandeling
Door wie?	Een apotheek.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een vergoeding kan uitsluitend worden gegeven als er sprake is van een aantoonbare lichamelijke afwijking of stoornis, waardoor de bevruchting niet op de normale wijze kan plaatsvinden. U moet een verklaring van de behandelend arts van die strekking overleggen.			
Bijzonderheden	Een eventuele eigen bijdrage (de bijbetaling op grond van het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)) voor de in deze rubriek genoemde geneesmiddelen, kan na toestemming vanuit de aanvullende verzekeringen worden vergoed.			

Thuiszorg

THUISZORG

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%	100%	100%
Omschrijving	Thuiszorg of de hulp in een hospitaal voor verzekerden, die in hun laatste levensfase verkeren.			
Door wie?	Gekwalificeerde hulpverleners, werkzaam bij thuiszorgorganisaties en in een hospitaal.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk.			
Bijzonderheden	Er kan alleen worden vergoed voor zover geen tegemoetkoming wordt verstrekt uit anderen hoofde, bijvoorbeeld op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De inkomensafhankelijke bijdrage in het kader van de AWBZ wordt niet vergoed.			

Ziekenvervoer

VERVOER PER AMBULANCE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland.			
Door wie?	Een erkende ambulancevervoerder.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

VERVOER PER (ROLSTOEL)TAXI, TREIN OF BUS, OF EIGEN AUTO NAAR DE PLAATS WAAR U BEHANDELD WORDT

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
Alleen in de hieronder bij punt 1 tot en met 5 vermelde situaties en met een eigen bijdrage per kalenderjaar	0%	In andere situaties dan hieronder bij punt 1 tot en met 5 vermeld zijn, mits vooraf toestemming is verleend en met een eigen bijdrage per kalenderjaar	In andere situaties dan hieronder bij punt 1 tot en met 5 vermeld zijn, mits vooraf toestemming is verleend en met een eigen bijdrage per kalenderjaar	In andere situaties dan hieronder bij punt 1 tot en met 5 vermeld zijn, mits vooraf toestemming is verleend en met een eigen bijdrage per kalenderjaar
Omschrijving	<p>Uit het basispakket wordt vergoed: Vervoer van en naar de plaats waar u behandeld wordt, in een van de volgende situaties:</p> <ol style="list-style-type: none"> u moet nierdialyse ondergaan u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen buiten de hiervoor genoemde situaties kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule als u in verband met de behandeling van een ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend vervoer, en het niet verstrekken van dat vervoer onredelijk zou zijn. <p>Uit het aanvullend pakket wordt vergoed: Vervoer van en naar de plaats waar u behandeld wordt, als er een medische noodzaak bestaat om vervoerd te worden. Dat is het geval wanneer de behandelend arts of specialist u verboden heeft zelfstandig te rijden of te reizen.</p>			
Door wie?	Vervoersbedrijven en eventueel eigen vervoer. Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen, kan PNO Ziektekosten een taxibedrijf het vervoer voor u laten regelen. Indien u hiervan gebruik wilt maken, kunt u contact opnemen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer (0900) 333 33 30. In dat geval regelt het taxibedrijf ook de aanvraag bij PNO Ziektekosten.			

Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja, in alle gevallen. Als u denkt in aanmerking te komen voor een vergoeding vanuit het basispakket (zie de punten 1 tot en met 5 hierboven), dient een speciaal formulier te worden ingevuld, dat op aanvraag verkrijgbaar is. Aan de hand van de gegevens op dit formulier kan door PNO Ziektelkosten beoordeeld worden of een vergoeding mogelijk is. In alle andere gevallen dienen declaraties vergezeld te gaan van een gemotiveerde aanvraag.
Bijzonderheden	In alle gevallen geldt een eigen bijdrage van € 92,- per kalenderjaar. Voor de bepaling of het bedrag van de eigen bijdrage is bereikt, worden de kosten die vergoed zijn uit de Basisverzekering en de kosten die vergoed zijn uit de aanvullende verzekering bij elkaar opgeteld. Bij vervoer met trein of bus wordt uitgegaan van de kosten in de laagste vervoersklasse. Bij vervoer met eigen auto wordt een vaste kilometerprijs van € 0,27 aangehouden.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG (NIET SPECIALISTISCHE GENEESKUNDIGE GGZ)

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%, maximaal 8 sessies per kalenderjaar	0%	0%	Een maximumbedrag van € 330 per verzekerde per kalenderjaar	Een maximumbedrag van € 660 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Onder eerstelijns psychologische zorg wordt verstaan kortdurende generalistische behandeling van lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problematiek. Op de vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg blijft een eigen bijdrage van € 10,- per sessie voor rekening van de verzekerde.			
Door wie?	Een gezondheidszorgpsycholoog (BIG-geregistreerd), klinisch psycholoog (BIG-geregistreerd), kinder- en jeugdpsycholoog (NIP) of orthopedagoog-generalist (NVO).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De voorwaarden zijn vermeld in de overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektelkosten 2011 die desgewenst kan worden toegestuurd. De overeenkomst is in te zien via onze website www.pnozietekosten.nl .			

BEHANDELING VAN DYSLEXIE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	De vergoeding van kosten van de diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie voor kinderen van zeven jaar en ouder die basisonderwijs volgen, indien het diagnosticeren en behandelen geschiedt volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. De zorg kan niet worden vergoed als deze in 2011 aanvangt op of na het bereiken van de 11-jarige leeftijd.			
Door wie?	Gespecialiseerde praktijken en regionale instituten dyslexie, waarbij de eindverantwoordelijkheid voor diagnostiek en behandeling ligt bij gekwalificeerde psychologen en orthopedagogen. De hulp moet worden gegeven onder verantwoordelijkheid van: een GZ-psycholoog of orthopedagoog die staat ingeschreven in het kwaliteitsregister voor gekwalificeerde behandelaars van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De voorwaarden zijn vermeld in de overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten 2011 die desgewenst kan worden toegestuurd. De overeenkomst is in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl .			

PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUISOPNAME

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Specialistische psychiatrische behandeling en verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, gedurende ten hoogste 365 dagen. Tevens de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.			
Door wie?	Psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De voorwaarden zijn vermeld in de overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten 2011 die desgewenst kan worden toegestuurd. De overeenkomst is in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl .			

NIET-KLINISCHE SPECIALISTISCHE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Ambulante of extramurale behandeling.			
Door wie?	GGZ-instellingen, vrijgevestigde psychiaters/zenuwartsen, klinisch neuropsychologen of psychotherapeuten. Tevens de bij de behandeling behorende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De voorwaarden zijn vermeld in de overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten 2011 die desgewenst kan worden toegestuurd. De overeenkomst is in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl .			

Alternatieve geneeswijzen

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN/GENEESMIDDELEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	Maximaal € 300 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 450 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 600 per verzekerde per kalenderjaar

Omschrijving	<p>1. Alternatieve behandelingen (niet zijnde antroposofisch): Acupunctuur, chiropractie, enzymtherapie, flebologie/proctologie, haptotherapie, (klassieke) homeopathie, manuele geneeskunde, Moermantherapie, neuuraaltherapie, natuurgeneeswijze, orthomanele geneeswijze, osteopathie, orthomoleculaire geneeskunde, podologie, podotherapie en shiatsu-therapie.</p> <p>2. Antroposofische behandelingen: a. Het consult van een arts-antroposoof. b. Dieet-, spraak-, kunstzinnige-, uitwendige- en badtherapie en heileuritmie.</p> <p>3. Alternatieve geneesmiddelen: - antroposofische farmaceutische producten, - fytotherapeutische farmaceutische producten, - homeopatische farmaceutische producten en - ongeregistreerde farmaceutische producten (niet-geneesmiddelen) die binnen de alternatieve geneeskunde worden gebruikt. Deze geneesmiddelen dienen altijd door een arts te zijn voorgeschreven én door een apotheek te zijn afgeleverd.</p> <p>4. De kosten van onderzoeken in speciale laboratoria, die worden aangevraagd door alternatieve artsen, worden onder de noemer alternatieve geneeswijzen vergoed.</p>
Door wie?	<p>De onder punt 1, punt 2a en punt 2b genoemde alternatieve behandelingen worden vergoed, als zij worden toegepast door een arts. De onder punt 1 en punt 2b genoemde behandelingen worden óók vergoed, als zij worden toegepast door een: gekwalificeerde zorgverlener, tandarts, fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar of Mensendieck), acupuncturist, klassiek homeopaat, haptotherapeut, chiropractor, osteopaat, podoloog en podotherapeut (geen pedicure).</p> <p>Voorwaarde is wel dat deze zorgverleners aangesloten zijn bij en voldoen aan de kwaliteitsvereisten van een beroepsvereniging die voorkomt op de daartoe door PNO Ziektekosten gehouden lijst.</p> <p>Deze lijst luidt als volgt:</p> <p>Acupunctuur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Internationaal Register voor klassieke acupunctuur (IFU) - Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV) - Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA) - Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG) <p>Alternatieve geneeswijzen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) - Nederlandse Vereniging van Diëtisten werkzaam vanuit de Antroposofie (NVDA) - Nederlandse Vereniging voor Eurythmietherapie (NVE) - Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapie op antroposofische grondslag (NVKT) - SAMPO Vereniging van Actief Beeldende Therapeuten - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten (NVAF) - Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland antroposofische zorg (V&VN) - Nederlandse Beroepsvereniging voor Chinese Geneeswijze (NBCG YI) - Nederlandse CranioSacraal Vereniging (NCSV) - Register Craniosacraal therapie in Nederland (RCN) - Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN) - Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH) - Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH) - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG) - Vereniging voor Additieve Genezers in Nederland (VAG) - Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR) - Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke geneeskunde (ABNG-2000) - Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de natuurlijke geneeskunst (NWP) - Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT) - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG) - Artsenvereniging voor niet-toxische Tumor Therapie (ANTTT) - Beroepsorganisatie Therapeuten & Belangen associatie Consumenten (BATC) - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT) - Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG) (uitsluitend a-licentiehouders) - Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM) - Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT) - Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG) - Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT) - Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG) - Bond van Europese Reflexologen (BER) - Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT)

- Vereniging voor IOKHI Shiatsu-therapeuten (VIS)
- European Shiatsu Association, Sectie Nederland
- Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST)
- Beroepsgemeenschap voor Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de antroposofie (BPHA)
- Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK)
- Nederlandse Beroepsvereniging voor Hypnotherapeuten (NBVH)
- Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH)
- Nederlandse Vereniging voor Geestelijke en Natuurgeneeswijzen (NVGN)
- Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde (NVOMG)
- Nederlandse Vereniging van Postural Integration Therapeuten (NVPIT)
- Van Dixhoorn Vereniging (VDV)
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP)
- Vereniging van Integraaltherapeuten (VIT)
- Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen YI (NBCG Yi)
- Bond van Europese Reflexologen (BER)
- Beroepsvereniging voor APS Therapie (BVAT)
- Beroepsvereniging Ontspanningstherapeuten en Voetreflexologen Nederland (BOVN)
- Nederlandse Orde van Alternatieve Genezers (NOAG)

Chiropractie

- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA)
- Dutch Chiropractic Federation (DCF)
- Stichting Chiropractie Nederland (SCN)
- Christelijke Chiropractie Associatie (CCA)

Haptotherapie

- Vereniging van Haptotherapeuten (VVH)
- Haptotherapeuten, verbonden aan "Gezond Management B.V." Rotterdam
- Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen – vakgroep Haptotherapie (NVPA)

Osteopathie

- Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO)
- Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF)
- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)

Podotherapie

- Omni-Podo Genootschap (OPG)
- Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP - Stichting Loop)

Aanvraag en toestemming vooraf?

Nee.

Bijzonderheden

Met nadruk willen wij erop wijzen dat de betreffende lijst strikt wordt aangehouden. Wanneer de zorgverlener lid is van een andere organisatie, dan wordt er geen vergoeding gegeven. Meerdaagse alternatieve kuurbehandelingen worden niet vergoed.

Preventieve zorg

BEGELEIDING BIJ STOPPEN MET ROKEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Een stoppen-met-rokenprogramma dat op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg omvat, al dan niet in combinatie met geneesmiddelen. Een dergelijk programma wordt maximaal één keer per kalenderjaar vergoed. Intensievere begeleiding bij het stoppen met roken, zoals telefonische coaching door Stivoro of persoonlijke coaching door een huisarts, medisch specialist, verloskundige of verpleegkundige. Groepstrainingen zoals <i>Pakje Kans of Rookvrij! Ook jij?</i>			
Door wie?	Een instelling die bovengenoemde programma's aanbiedt.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Wanneer geneesmiddelen onderdeel uitmaken van het behandelprogramma worden deze alleen vergoed als deze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, verloskundige of verpleegkundig specialist.			

PREVENTIEVE GENEESMIDDELEN EN VACCINATIES

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 125 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	De gebruikelijke strikt medische preventie (geneesmiddelen en entstoffen) bij buitenlandse reizen en de niet medisch geïndiceerde griepinjecties.			
Door wie?	Een arts, apotheek of gezondheidsinstelling zoals de GG & GD en de Travel Clinic.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De kosten van bijvoorbeeld een vaccinatieboekje, muggenmelk en dergelijke worden niet vergoed.			

Vormen van therapie

BEWEGPROGRAMMA'S VOOR MENSEN MET KANKER

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	80%	80%	80%	80%
Omschrijving	Bewegprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en het leren omgaan met (rest) klachten voor mensen met kanker, mits uitgevoerd door een instelling met een licentie van de stichting Herstel & Balans; Bewegprogramma volgens de methode van CytoFys, OncoMove of Sportplan Tegenkracht tijdens een chemotherapie behandeling, onder begeleiding van een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum.			
Door wie?	zie onder Omschrijving			
Aanvraag en toestemming vooraf	Ja. Een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk. Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt.			
Bijzonderheden	Geen.			

WARMWATERGROEPSTHERAPIE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 175 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	De zorg omvat in groepsverband zwemmen in extra verwarmd water voor mensen met een ernstig probleem in het bewegingsapparaat.			
Door wie?	Onder auspiciën van een patiëntenvereniging door een fysiotherapeut of oefentherapeut.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk. Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt.			
Bijzonderheden	Geen.			

HUIDTHERAPIE: ELEKTRISCHE EPILATIE EN LASERONTHARING

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%, tot een maximumbedrag van € 1000 per verzekerde voor de duur van de verzekering	100%, tot een maximumbedrag van € 1250 per verzekerde voor de duur van de verzekering	100%, tot een maximumbedrag van € 1500 per verzekerde voor de duur van de verzekering
Omschrijving	Elektrische epilatie of laserontharing: Behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat en/of de hals.			
Door wie?	Elektrische epilatie kan alleen vergoed worden indien uitgevoerd door een gekwalificeerde huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of bij een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste, die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS). Laserontharing kan alleen vergoed worden wanneer de behandeling plaatsvindt door een huidtherapeut die lid is van de NVH of wanneer de behandeling plaatsvindt in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog is verbonden.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk. Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt.			
Bijzonderheden	Geen.			

HUIDTHERAPIE: OVERIG

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%, tot een maximum-bedrag van € 350 per verzekerde per kalenderjaar	100%, tot een maximum-bedrag van € 425 per verzekerde per kalenderjaar	100%, tot een maximum-bedrag van € 500 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	<p>Acnebehandeling: Huidtherapie bij actieve ernstige acne in het gelaat of peeling bij genezen acne met sterk ontsierende littekens in het gelaat.</p> <p>Camouflagetherapie: Lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat en/of de hals, inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's en crèmes, poeders en dergelijke. Ook tepelhofatoeage is een vorm van camouflagetherapie.</p> <p>Overige dermatologische therapieën voor zover de kosten daarvan niet vallen onder de reguliere tariefstructuur.</p>			
Door wie?	Een dermatoloog of een gekwalificeerde huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk. Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt.			
Bijzonderheden	De aanschafkosten van producten (zoals crèmes) bij acnebehandelingen worden niet vergoed.			

BEHANDELING VAN ERNSTIG OVERGEWICHT

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	50%, tot een maximum-bedrag van € 1750 per verzekerde voor de duur van de verzekering	50%, tot een maximum-bedrag van € 2250 per verzekerde voor de duur van de verzekering	50%, tot een maximum-bedrag van € 3500 per verzekerde voor de duur van de verzekering
Omschrijving	Behandeling in een gespecialiseerde kliniek op het gebied van ernstig overgewicht.			
Door wie?	Een Obesitaskliniek of een aan een ziekenhuis verbonden afdeling.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een gemotiveerde (schriftelijke) verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk. Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt.			
Bijzonderheden	PNO Ziektekosten kan deze nota's niet rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. U dient de nota's zelf bij PNO Ziektekosten te declareren.			

BEHANDELING DOOR EEN PEDICURE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	0%	Maximaal € 115 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 230 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Behandeling van diabetische of reumatische voet.			
Door wie?	Een gekwalificeerde pedicure, die in het bezit is van de aantekening diabetische voet respectievelijk reumatische voet.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Toestemming vooraf is in alle gevallen vereist. Bij de aanvraag moet een gemotiveerd voorschrift van de behandelend arts worden ingediend, waaruit blijkt dat er sprake is van ernstige voetklachten bij een diabetische of reumatische voet.			
Bijzonderheden	Geen.			

OVERGANGSCONSULENT

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	0%	Maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 125 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Begeleiding van vrouwen met overgangsklachten.			
Door wie?	Een gekwalificeerde overgangsconsulent die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VVOC).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Geneeskundige hulp in het buitenland

SPOEDEISENDE HULP OP BASIS VAN NEDERLANDSE TARIEVEN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%, maar wel op basis van Nederlandse tarieven	100%, voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100%, voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100%, voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100%, voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen
Omschrijving	<p>Spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of ongeval medisch noodzakelijk is.</p> <p>Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan, in het buitenland gemaakte kosten van geneeskundige hulp, die niet kan worden uitgesteld tot de terugkomst in Nederland. Het gaat niet om kosten die bij vertrek redelijkerwijs te voorzien waren. PNO Ziektekosten biedt uit de Basisverzekering overal ter wereld dekking van spoedeisende hulp tot maximaal de kosten die in Nederland gemaakt hadden moeten worden. Als de zorg in het buitenland dus duurder is dan in Nederland, dan dekt PNO Ziektekosten deze maar ten dele uit de Basisverzekering. Een aanvullende ziektekostenverzekering van PNO Ziektekosten kan dan uitkomst bieden. De aanvullende verzekering dekt niet het verplichte en eventuele vrijwillige eigen risico.</p> <p>Een reisverzekering is aan te raden in verband met niet medisch noodzakelijke kosten, zoals repatriëring van familieleden en andere persoonlijke hulpverlening.</p>			
Door wie?	De kosten kunnen alleen worden vergoed wanneer het gaat om hulp van hulpverleners of hulpverlenende instanties, die ook in Nederland onder de polisvoorwaarden van uw PNO-ziektekostenverzekering inclusief eventuele aanvullende verzekering(en) valt.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	<p>Bij ziekenhuisopname in het buitenland of een medische noodsituatie die plotseling ontstaat, dient u contact op te nemen met de alarmcentrale PNO Zorgassistance, telefoon +31 (0)88 668 97 71. Dit nummer staat ook vermeld op de achterzijde van uw PNO-verzekeringsspas. De alarmcentrale staat garant voor de kosten en handelt de volledige persoonlijke hulpverlening af. De betaling van de kosten vindt plaats door de alarmcentrale. De alarmcentrale brengt deze vervolgens bij PNO Ziektekosten in rekening. Door het inschakelen van de alarmcentrale hoeft u zelf geen kosten voor te schieten.</p> <p>Als u geen gebruik maakt van de dienstverlening van de alarmcentrale, dient u alles zelf te regelen. De betreffende rekeningen moeten dan door uzelf betaald worden aan de hulpverlener en kunnen pas achteraf bij PNO Ziektekosten gedeclareerd worden.</p> <p>Is er sprake van vreemde valuta, dan gaat PNO Ziektekosten op grond van de polisvoorwaarden uit van de wisselkoers die geldt op de dag waarop de nota door PNO Ziektekosten wordt verwerkt. Wij zijn bereid de daadwerkelijke koers te hanteren, als die voor u wat voordeliger uitpakt. In dat geval is het wel noodzakelijk dat u bij de declaratie stukken voegt, bijvoorbeeld afschriften, waaruit blijkt welke omrekenkoers is gehanteerd.</p>			

ALARMCENTRALE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	100%	100%	100%	100%
Omschrijving	De zorg omvat bemiddeling en financiële garantiestelling als tijdens vakantie, zakenreis, studietoel-einden of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, een ziekenhuisopname noodzakelijk is of op medisch gebied een noodsituatie ontstaat.			
Door wie?	PNO Zorgassistance.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	U dient bij een ziekenhuisopname of in geval van een noodsituatie contact op te nemen met de PNO Zorgassistance, waar men de hulpverlening ter hand zal nemen. PNO Zorgassistance is te bereiken op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 71.			

HULP IN HET BUITENLAND MET HET DOEL OM DAAR EEN MEDISCHE BEHANDELING TE ONDERGAAN

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%, maar wel op basis van Nederlandse tarieven	100%, voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100%, voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100%, voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100%, voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen
Omschrijving	De zorg omvat reguliere poliklinische hulp of reguliere klinische hulp, die onder medisch specialisten als gebruikelijk wordt beschouwd.			
Door wie?	De kosten kunnen alleen worden vergoed wanneer het gaat om hulp door hulpverleners of hulpverle-nende instanties, die ook in Nederland onder de polisvoorwaarden van uw PNO-ziektekostenverzekering, inclusief eventuele aanvullende verzekering(en) valt.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Voor reguliere klinische hulp (een ziekenhuisopname) en reguliere (poli)klinische hulp in een privé-kliniek. Om te kunnen beoordelen of er toestemming gegeven kan worden voor het declareren van de kosten, dient u vóóraf het volgende te overleggen: <ul style="list-style-type: none"> a. een verklaring van de behandelend specialist in Nederland, waaruit blijkt dat de behandeling geen uitstel duldt, en dat in Nederland geen mogelijkheden voorhanden zijn om de behandeling tijdig te laten plaatsvinden en b. een aanvraag door het buitenlandse ziekenhuis of de privé-kliniek, waaruit blijkt welke behandeling zal plaatsvinden, hoe lang de opname naar verwachting zal duren en wat de kosten zullen zijn. 			
Bijzonderheden	De gemaakte kosten worden volledig betaald, met dien verstande dat niet meer wordt vergoed dan wat er in Nederland gebruikelijk is. Houdt u er dus rekening mee, dat zonder een aanvullende verzekering, een deel van de kosten voor eigen rekening kan komen en u ook alles zelf dient te regelen. Is er sprake van vreemde valuta, dan gaat PNO Ziektekosten op grond van de polisvoorwaarden uit van de wis-selkoers die geldt op de dag waarop de nota door PNO Ziektekosten wordt verwerkt. Wij zijn bereid de daadwerkelijke koers te hanteren, als die voor u wat voordeliger uitpakt. In dat geval is het wel noodza-kelijk dat u bij de declaratie stukken voegt, bijvoorbeeld afschriften, waaruit blijkt welke omrekenkoers is gehanteerd.			

REPATRIËRING

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	Maximaal € 7500 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 7500 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 7500 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 7500 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	De zorg omvat het medisch noodzakelijke vervoer van de verzekerde per ambulance of het medisch noodzakelijke vervoer van de verzekerde per vliegtuig. Tevens omvat de zorg het vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland.			
Door wie?	PNO Zorgassistance.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Men dient bij een repatriëring contact op te nemen met de PNO Zorgassistance, waar men de hulp-verlening ter hand zal nemen. PNO Zorgassistance is te bereiken op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 71.			

Diversen

SECOND OPINION

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	De mening van een specialist of huisarts over een eerder door een andere specialist of huisarts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling.			
Door wie?	Een medisch specialist of een huisarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Voor begeleiding en advies bij het regelen van een second opinion kunt u contact opnemen met de ZorgConsulent, bereikbaar op werkdagen van 8.30-17.30 uur op het gratis telefoonnummer (0800) 020 00 04.			

SPORT MEDISCH ADVIESCENTRUM

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar	0%	0%	Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Een blessureconsult bij een Sport Medisch Adviescentrum na verwijzing van een arts.			
Door wie?	Een Sport Medisch Adviescentrum.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De kosten van een (sport)keuring worden niet vergoed. Uit de rekening moet duidelijk zijn voor welke blessure er een consult is aangevraagd.			

HERSTELLINGSOORD/ZORGHOTEL

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	Maximaal € 150 per dag	Maximaal € 150 per dag	Maximaal € 150 per dag
Omschrijving	Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel.			
Door wie?	Een erkend herstellingsoord.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van huisarts of specialist en het verblijf moet naar het oordeel van de medisch adviseur medisch noodzakelijk zijn vanwege één van de volgende redenen: <ul style="list-style-type: none"> - herstel van ziekte bij het ontbreken van adequate verzorging thuis; - herstel na een specialistische behandeling als somatische zorg en/of observatie noodzakelijk is; - herstel na mentale overbelasting (overspannenheid); - het leren leven met een handicap en het steun bieden bij het opbouwen van een toekomstperspectief. 			
Bijzonderheden	Geen.			

KUUROORD

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	Maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 750 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 1000 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Een kuurbehandeling in verband met reuma of een reumatische aandoening in Nederland of in het buitenland.			
Door wie?	Een gekwalificeerd kuurcentrum.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van huisarts of specialist en het verblijf moet naar het oordeel van de medisch adviseur medisch noodzakelijk zijn vanwege één van de volgende indicaties: <ul style="list-style-type: none"> - de ziekte van Bechterew - reumatoïde artritis - artritis psoriatica. 			
Bijzonderheden	De kosten van privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (en terug) of naar een kuuroord in Nederland, worden niet vergoed.			

REISKOSTEN ZIEKENBEZOEK

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%	100%	100%
Omschrijving	Vervoer in verband met ziekenbezoek aan een (mee)verzekerde gezinslid dat is opgenomen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis).			
Door wie?	Niet van toepassing.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. De verzekerde kan zelf een aanvraag indienen.			
Bijzonderheden	Het moet gaan om een langdurige opname (vier weken of meer) en de af te leggen afstand tussen het woonadres en de instelling moet minimaal 40 kilometer bedragen. De vergoeding wordt gebaseerd op een bedrag per kilometer van € 0,27 of op de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse.			

OUDERVERBLIJF BIJ OPNAME KIND

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%	100%	100%
Omschrijving	De zorg omvat een noodzakelijk verblijf van ouders in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling (bijvoorbeeld een Ronald McDonaldhuis), in geval van opname van een op de polis verzekerd kind.			
Door wie?	Een verblijfhuis, verbonden aan een ziekenhuis.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. De ouders kunnen zelf schriftelijk een aanvraag indienen.			
Bijzonderheden	Geen.			

BIJZONDERE VERGOEDINGEN, ALS ER REGLEMENTAIR GEEN AANSPRAAK BESTAAT

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
Vast te stellen door PNO Ziektekosten	Vast te stellen door PNO Ziektekosten	Vast te stellen door PNO Ziektekosten	Vast te stellen door PNO Ziektekosten	Vast te stellen door PNO Ziektekosten
Omschrijving	Vergoeding op grond van de hardheidsclausule in de Basisverzekering of op basis van het vergelijkbaar artikel in de overeenkomst aanvullende verzekering.			
Door wie?	Te bepalen door PNO Ziektekosten.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een bijzondere vergoeding of tegemoetkoming op grond van de coulanceregeling moet u voor aanvang van een behandeling schriftelijk aanvragen bij PNO Ziektekosten. Dit verzoek moet zo uitvoerig mogelijk gedocumenteerd worden, met een voorschrift en duidelijke indicatiestelling van de behandelend huisarts, tandarts of medisch specialist. Heeft de bewuste behandeling al plaatsgevonden voordat u uw verzoekschrift hebt ingediend dan wordt in principe afwijzend beslist. De medische noodzaak kan dan namelijk niet meer door de adviserend geneeskundige of adviserend tandarts worden beoordeeld. Wacht altijd eerst de beslissing van PNO Ziektekosten op uw verzoek om een bijzondere tegemoetkoming af, alvorens met de behandeling te beginnen.			
Bijzonderheden	Wat is een bijzondere vergoeding? Als er geen aanspraak bestaat op een reglementaire vergoeding of tegemoetkoming op grond van uw polisvoorwaarden kan PNO Ziektekosten op grond van de coulanceregeling niettemin besluiten een bijzondere vergoeding of tegemoetkoming te verlenen. Voorwaarde is daarbij dat het gaat om een voor betrokkene strikt noodzakelijke medische behandeling of behandelwijze.			

BASISARTS

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	0%	100%, tot een maximumbedrag van € 35 per consult	100%, tot een maximumbedrag van € 35 per consult	100%, tot een maximumbedrag van € 35 per consult
Omschrijving	Een basisarts is een arts die de artsenopleiding heeft afgerond, maar daarna geen specialisatie tot huisarts of medisch specialist heeft gevolgd. De zorg omvat consulten door een basisarts, die niet vallen binnen de alternatieve geneeswijzen.			
Door wie?	Een basisarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

REÏNTEGRATIE

Basispakket	AV Jong	AV Standaard	AV Uitgebreid	AV Compleet
0%	45%	45%	45%	45%
Omschrijving	Een integraal programma, gericht op behoud en/of herstel van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer van een bij PNO Ziektekosten aangesloten werkgever.			
Door wie?	Een op het gebied van reïntegratie gespecialiseerd bedrijf, één en ander te beoordelen door PNO Ziektekosten.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja.			
Bijzonderheden	De aanvraag moet worden ingediend door de werkgever, de bedrijfsarts of de ARBO-dienst, onder overlegging van de medische indicatie tot behandelen, en het behandelplan.			



PNO Ziektekosten

Postadres: Postbus 459, 3990 GG Houten

Telefoonnummer: (030) 6396262

www.pnoziektekosten.nl



PNO Ziektekosten

Postbus 459

3990 GG Houten

www.pnoziektekosten.nl