



Verzekeringsvoorwaarden UMC Aanvullende Verzekering 2013

De zorgverzekering voor universitair medische centra

| als geen ander |

umc
zorgverzekering

Welkom bij NV Zorgverzekeraar UMC

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw UMC Aanvullende Verzekering. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kunt u gebruikmaken van de uitgebreide inhoudsopgave. Daarnaast hebben wij voor uw gemak tekstblokken met een nadere uitleg of toelichting opgenomen in deze voorwaarden.

De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, hebben wij op deze pagina voor u op een rij gezet.

U kunt de informatie over uw UMC Aanvullende Verzekering ook vinden op www.umczorgverzekering.nl.

Natuurlijk kunt u met uw vragen ook telefonisch bij ons terecht. De telefoonnummers zijn hieronder opgenomen.

Met vriendelijke groeten,

NV Zorgverzekeraar UMC

Belangrijke telefoonnummers en adressen:

Klantenservice:	0900 - 80 18 (lokaal tarief) De Klantenservice van NV Zorgverzekeraar UMC heeft gespecialiseerde medewerkers paraat staan om uw vragen goed te beantwoorden. Wij zijn elke werkdag bereikbaar van 8.00 tot 20.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur.
Aanvragen toestemming:	U kunt uw aanvraag voor toestemming van een behandeling sturen naar: NV Zorgverzekeraar UMC Postbus 445 5600 AK Eindhoven
Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders:	0900 - 80 18 (lokaal tarief) Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders is ook te vinden op www.umczorgverzekering.nl/zorggids .
UMC Alarmcentrale:	+31 (0)40 29 75 690 (+ = internationaal toegangsnummer)
UMC Kraamzorg:	0900 - 99 77 442 (€ 0,10/min)
Vervoer:	Opvragen Formulier Verklaring Zittend Ziekenvervoer: 0900 - 80 18 (lokaal tarief)
Zorgadvies en bemiddeling:	0900 - 80 18 (lokaal tarief)

Inhoudsopgave

UMC Aanvullende Verzekering 2013

I. Algemeen gedeelte 5

Artikel 1.	Algemene bepalingen	5
Artikel 2.	Acceptatie	7
Artikel 3.	Premie	8
Artikel 4.	Overige verplichtingen	9
Artikel 5.	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	9
Artikel 6.	Begin, duur en beëindiging van de UMC Aanvullende Verzekering	9
Artikel 7.	Uitsluitingen	10
Artikel 8.	Klachten en geschillen	11

II. Zorgartikelen 12

Orthodontie 12

Artikel 9.	Orthodontische hulp voor verzekerden tot 18 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)	12
Artikel 10.	Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)	12

Tandheelkundige zorg 12

Artikel 11.	Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)	12
Artikel 12.	Tandprothetische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)	14
Artikel 13.	Inlays, kronen en bruggen (Plus, Top)	15
Artikel 14.	Orale implantologie in de niet-tandeloze kaak (Plus, Top)	15
Artikel 15.	Mondhygiëne en Parodontologie (Budget, Accent, Plus en Top)	16

Bevalling en kraamzorg 16

Artikel 16.	Eigen bijdrage kraamzorg (Plus en Top)	16
Artikel 17.	Vervangende kraamzorg (Budget, Accent, Plus en Top)	16
Artikel 18.	Lactatiekundig consult (Accent, Plus en Top)	16
Artikel 19.	Verlengde kraamzorg en nazorg pasgeborene door een kraamcentrum (Budget, Accent, Plus en Top)	16
Artikel 20.	Kraampakket (Budget, Accent, Plus en Top)	16

Paramedische zorg 17

Artikel 21.	Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)	17
Artikel 22.	Groepszwemmen voor reumapatiënten (Budget, Accent, Plus en Top)	17
Artikel 23.	Podotherapie en pedicure (Accent, Plus en Top)	18
Artikel 24.	Dieetadvisering (Budget, Accent, Plus en Top)	18
Artikel 25.	Zorg voor vrouwen in de overgang (Budget, Accent, Plus en Top)	18

Huidbehandelingen 18

Artikel 25.	Camouflagetherapie (Budget, Accent, Plus en Top)	18
Artikel 27.	Ontharing (Budget, Accent, Plus en Top)	18
Artikel 28.	Acnebehandeling (Budget, Accent, Plus en Top)	18

Geneeskundige zorg en geestelijke geneeskundige zorg 19

Artikel 29.	Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie (Accent, Plus en Top)	19
Artikel 30.	Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie (Accent, Plus en Top)	19
Artikel 31.	Circumcisie (Budget, Accent, Plus en Top)	20
Artikel 32.	Neurofeedback (Plus en Top)	20
Artikel 33.	Psycho-sociale hulp aan oncologiepatiënten (Budget, Accent, Plus en Top)	20

Geneesmiddelen en vitamines 20

Artikel 34.	Geneesmiddelen (Plus, Top)	20
Artikel 35.	Vitamines (Budget, Accent, Plus en Top)	20

Verblijf 20

Artikel 36.	Behandeling in een kuuroord (Budget, Accent, Plus en Top)	20
Artikel 37.	Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel (Budget, Accent, Plus en Top)	21
Artikel 38.	Logieskosten (Budget, Accent, Plus en Top)	21
Artikel 39.	Verblijf in een hospice voor terminale patiënten (Budget, Accent, Plus en Top)	21
Artikel 40.	Verblijf in een therapeutisch kinderkamp (Budget, Accent, Plus en Top)	21

Hulpmiddelen 21

Artikel 41.	Brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen (Accent, Plus en Top)	21
Artikel 42.	Steunzolen en therapiezolen (Accent, Plus en Top)	22
Artikel 43.	Steunpessarium (Accent, Plus en Top)	22
Artikel 44.	Supphosekousen (Accent, Plus en Top)	22
Artikel 45.	Wekapparatuur/plaswekker (Accent, Plus en Top)	22
Artikel 46.	Hoortoestellen en pruiken (Top)	22

Niet-reguliere behandelwijzen 22

Artikel 47.	Niet-reguliere behandelwijzen, consulten en/of behandeling door arts of therapeut (Budget, Accent, Plus en Top)	22
Artikel 48.	Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen (Budget, Accent, Plus en Top)	23

Preventieve zorg	23
Artikel 49. Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)	23
Artikel 50. Vervangende mantelzorg (Budget, Accent, Plus en Top)	23
Artikel 51. Sportgeneeskunde (Budget, Accent, Plus en Top)	24
Artikel 52. Medische check-up (Top)	24
Artikel 53. Preventieve cursussen voor gezondheidsbevordering en -opvoeding (Top)	24
Artikel 54. Vaccinaties in verband met reizen naar het buitenland (Top)	24
Buitenland	24
Artikel 55. Ziekenvervoer vanuit het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)	24
Artikel 56. Vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)	25
Artikel 57. Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)	25
III. Begripsomschrijvingen	26

UMC Aanvullende Verzekering 2013

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Algemene bepalingen

1.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk of per e-mail hebt doorgegeven.

Na het sluiten van de UMC Aanvullende Verzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

1.2. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de UMC Aanvullende Verzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk of per e-mail opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

1.3. UMC Aanvullende Verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende pakketten met het daarbij aangegeven pakket. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de UMC Aanvullende Verzekering. In de artikelen 1 t/m 8 worden de algemene voorwaarden vermeld. In de artikelen 9 t/m 57 wordt per aanvullend pakket de (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken, beschreven. Bij het artikel staat vermeld voor welke pakketten de vergoeding geldt.

1.4. Medische noodzaak

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vast-

gesteld aan de hand van de Evidence-Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.5. Ontlenen recht

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de UMC Aanvullende Verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in 2 kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de UMC Aanvullende Verzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend.

1.6. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Uw persoonsgegevens en andere gegevens gebruiken wij:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;
- voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties;
- voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand;
- voor onderzoek onder verzekerden of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude).

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist, www.stichtingcis.nl.

Vanaf de ingangsdatum van de UMC Aanvullende Verzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende zorgverzekering(en) te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij gebruiken in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw UMC Aanvullende Verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

1.7. Fraude

Als u fraude pleegt vervalt uw recht op vergoeding van de kosten van zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplegter in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplegter:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te

sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. U kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

1.8. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen. Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

1.9. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts en fysiotherapeut. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruik maakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet-erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven. Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

De door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden in de zorggids op onze website. U kunt ons bellen voor meer informatie over de gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel.

1.10. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Als u gebruik maakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met

de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief. Gaat u naar een door ons niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit kunt u in het betreffende zorg-artikel terugvinden.

De vergoeding van kosten van zorg wordt door ons altijd overgemaakt aan de verzekeringnemer.

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder die de zorg heeft verleend. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding. Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.11. Vergoeding van de kosten van zorg als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg.

De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald. Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft

een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwikkelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwikkelen Schadeclaims. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

1.12. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk of per e-mail aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg) verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van 1 maand. Het lidmaatschap eindigt op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

1.13. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 2. Acceptatie

2.1. Gezinsdekking

U en de bij u op de polis vermelde gezinsleden worden verzekerd voor hetzelfde dekkingspakket als u met uitzondering van mee te verzekeren kinderen vanaf 18 jaar. Als u vanwege tandheelkundige selectie niet wordt geaccepteerd voor een pakket behouden de andere verzekerden recht op het aangevraagde pakket, met uitzondering van de kinderen tot 18 jaar. Kinderen tot 18 jaar behouden alleen recht op het aangevraagde pakket voor zover en voor zolang er een andere verzekerde op de polis staat waarvoor u premie bent verschuldigd voor dat pakket.

2.2. Omzetting verzekeringspakket

Gedurende de looptijd van de UMC Aanvullende Verzekering kunt u het gekozen pakket omzetten naar een ander pakket. Hierbij is het bepaalde onder 2.3. van toepassing.

Gedurende de eerste contractstermijn is alleen omzetting naar een uitgebreider pakket mogelijk. U dient

een aanvraag tot omzetting vóór 31 december van het lopende jaar in te dienen. De omzetting gaat in op 1 januari van het daaropvolgende jaar.

2.3. Tandheelkundige selectie

Er geldt tandheelkundige selectie voor verzekerden vanaf 8 jaar voor UMCTop en vanaf 18 jaar voor UMC Plus:

- bij aanmelding voor een UMC Aanvullende Verzekering met het pakket UMC Plus of UMCTop;
- bij het omzetten van een pakket naar een pakket met een uitgebreidere dekking.

Voor een verzekerde die direct voorafgaand aan de ingang van de UMC Aanvullende Verzekering, pakket Plus een gelijkwaardig pakket elders had beoordelen wij of een tandheelkundige selectie nodig is.

Artikel 3. Premie

3.1. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is de premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18^e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de UMC Aanvullende Verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld:

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.2. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.2.1.** U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.2.2.** U betaalt de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen. Voor betaling per acceptgiro brengen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening.
- 3.2.3.** Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten is gemaximeerd tot € 250 per maand. Voor bedragen boven de € 250 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.3. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.3.1.** Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.
- 3.3.2.** Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.3.3.** U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.
- 3.3.4.** De verzekeringsvoorwaarden, waaronder de premie(betaling), zoals die gelden voor de individuele overeenkomst of de nieuwe collectieve overeenkomst, gaan in op de dag volgend op de dag waarop de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de betreffende collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.

3.4. Verrekenen

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop wij het gehele verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet-tijdige betaling de UMC Aanvullende Verzekering te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.5.2.** Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.5.3.** Als u al bent aangemaand voor niet-tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4.** Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.
- 3.5.5.** Als wij de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

4.1. Verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de UMC Aanvullende Verzekering;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke toestemming. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op vergoeding van de kosten van de verzekerde zorg schorsen.

4.2. Insturen van nota's

De kosten worden vergoed als u de originele nota naar ons opstuurt; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding brengen wij een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de *historical rates* van XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers van de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Verzoek

- Spaar uw nota's niet op. Stuur ze direct naar ons door.
- Voeg de originele nota('s) bij een declaratieformulier. Kopieën, duplicaten en betalingsherinneringen nemen wij niet in behandeling;
- U ontvangt uw originele nota's niet terug. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw eigen administratie.
- Maak voor de verzending gebruik van de retour-envelop. Hebt u geen retourenvelop ontvangen? Stuur uw declaratie dan naar het adres dat u voorin deze voorwaarden vindt.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de UMC Aanvullende Verzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de UMC Aanvullende Verzekering in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de UMC Aanvullende Verzekering

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de UMC Zorgverzekering aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

De UMC Aanvullende Verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de UMC Aanvullende Verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Einde van rechtswege

De UMC Aanvullende Verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- NV Zorgverzekeraar UMC door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet niet-tijdig meedeelt en wij daardoor kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, zullen wij deze kosten bij u terugvorderen.

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de UMC Aanvullende Verzekering schriftelijk of per e-mail opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

Opzeggen

U kunt jaarlijks per 1 januari uw UMC Aanvullende Verzekering opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de UMC Aanvullende Verzekering tussentijds schriftelijk of per e-mail opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de UMC Aanvullende Verzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de 1^e dag van de 2^e kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2.;
- als u bij ons deelnemer bent van een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering opzeg-

gen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding;

- in de situaties vermeld in artikel 6.2.

6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de UMC Aanvullende Verzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 1.8);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledig of onjuist inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot nadeel voor ons (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de UMC Aanvullende Verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane Vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van ons door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- vergoeding van kosten van zorg die in rekening worden gebracht door uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij wij vooraf toestemming hebben verleend.

Artikel 8. Klachten en geschillen

8.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

8.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw UMC Aanvullende Verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt ze namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

8.1.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegd rechter.

8.2. Klachten over onze formulieren

8.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website.

8.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

II. Zorgartikelen

Orthodontie

Artikel 9. Orthodontische hulp voor verzekerden tot 18 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)

Indicaties

1. Een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) mits de noodzaak tot behandeling het direct gevolg is van dat trauma of die ingreep;
2. Een orthodontische afwijking door gereteneerde frontelementen mits er een noodzaak aanwezig is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling;
3. Overige orthodontische behandelindicaties.

Door

Orthodontist of tandarts.

Vergoeding

- UMC Budget: 80% van de kosten voor indicaties 1 en 2;
- UMC Accent: 80% van de kosten voor indicaties 1 en 2 en 80% tot maximaal € 1.380 voor indicatie 3;
- UMC Plus: 80% van de kosten voor indicaties 1 en 2, 80% van de kosten tot maximaal € 2.500 voor indicatie 3;
- UMC Top: 100% van de kosten voor indicaties 1 en 2, 100% van de kosten tot maximaal € 2.500 voor indicatie 3.

Bijzonderheden

Vergoeding wordt alleen verleend als de eerste behandelingsmaand ligt voor de dag waarop de 18-jarige leeftijd wordt bereikt. Onder de eerste behandelingsmaand verstaan wij de kalendermaand waarin daadwerkelijk met de actieve behandeling wordt begonnen, bijvoorbeeld door het nemen van afdrukken voor apparatuur of het separeren van gebitselementen.

Niet vergoed worden

De kosten door onzorgvuldig gebruik van orthodontische apparatuur en niet-nagekomen afspraken.

Artikel 10. Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)

Indicaties

1. Een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) als de noodzaak tot behandeling het direct gevolg is van dat trauma of die ingreep;
2. Een orthodontische afwijking door gereteneerde frontelementen als er een noodzaak aanwezig is van

een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling.

Door

Orthodontist of tandarts.

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten voor de in dit artikel genoemde indicaties 1 en 2;
- UMC Top: 100% van de kosten voor de in dit artikel genoemde indicaties 1 en 2, voor andere orthodontische indicaties maximaal € 300 eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering.

Niet vergoed worden

De kosten door onzorgvuldig gebruik van orthodontische apparatuur en niet-nagekomen afspraken.

Tandheelkundige zorg

Prestatiebeschrijvingen tandheerkunde

Voor het bepalen van de vergoeding zijn de tandheelkundige behandelingen die zijn opgenomen in de Prestatiebeschrijvingen voor de mondzorg van de NZa van 1 januari 2013 uitgangspunt. Op het moment waarop deze verzekeringsvoorwaarden werden gedrukt was er nog geen definitieve besluitvorming rondom de prestatiecodes voor 2013. U vindt de definitieve prestatiecodes op onze website.

Artikel 11. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Tandarts.

11.1. Consulteren van de tandarts (C-codes)

Vergoeding

- Voor alle pakketten: 100% van de kosten voor een periodieke controle, incidenteel consult en schriftelijke medische anamnese (C11, C13, C22);
- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten voor toeslagen en diversen (C80 t/m C87); vervolgconsulten, diagnostiek en consulttoeslagen (C12, C80 t/m C87);
- UMC Top: 100% van de kosten voor toeslagen en diversen (C80 t/m C87); vervolgconsulten, diagnostiek en consulttoeslagen (C12, C80 t/m C87).

Niet vergoed worden

- Onderzoek en studiemodellen voor het opstellen van een behandelplan (C29);

- Planmatig beslijpen van een geheel boven- of onderfront (C65);
- Keuringsrapporten en gezondheidsverklaringen;
- Niet nagekomen afspraken;
- Voorbereiding behandeling op algehele narcose (C84).

11.2. Preventie/mondhygiëne (M-codes)

Vergoeding

Voor alle pakketten: 100% van de kosten tot een maximum van € 150 per kalenderjaar; voor het vaststellen van het kalenderjaar is de datum van behandeling bepalend.

Niet vergoed worden

Mondbeschermers (M61).

11.3. Anesthesie (A-codes)

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten;
- UMC Top: 100% van de kosten.

Niet vergoed wordt

Behandeling onder algehele narcose (A20).

11.4. Röntgenonderzoek (X-codes)

Vergoeding

Voor alle pakketten: 100% van de kosten.

Bijzonderheden

- Voor intra-orale röntgenfoto's (X10) geldt een maximum van 6 foto's per kalenderjaar, voor het vaststellen van het kalenderjaar is de datum van behandeling bepalend;
- Voor een orthopantomogram (X21, X22, X24, X25) geldt dat er per 2 kalenderjaren* slechts 1 wordt vergoed.

11.5. Lachgas sedatie (B-codes)

Vergoeding

Voor alle pakketten: 100% van de kosten.

11.6. Restauraties (vullingen) met plastische materialen (V-codes)

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten;
- UMC Top: 100% van de kosten.

Niet vergoed worden

- Een indirecte pulpa-overkapping (V60);
- Seal en polijsten (V30, V35, V40).

11.7. Pulpa (tandmerg)- en wortelkanaalbehandeling (E-codes)

Vergoeding

Voor alle pakketten: 100% van de kosten.

Niet vergoed worden

Bleken van tanden en kiezen (E90, E95, E97 en E98).

11.8. Chirurgische ingrepen (H-codes)

Vergoeding

Voor alle pakketten: 100% van de kosten.

11.9. Parodontologie (tandvleesbehandeling) (T-codes)

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten tot maximaal € 150 per kalenderjaar; voor het vaststellen van het kalenderjaar is de datum van behandeling bepalend;
- UMC Top: 100% van de kosten tot maximaal € 150 per kalenderjaar; voor het vaststellen van het kalenderjaar is de datum van behandeling bepalend.

Niet vergoed worden

- Toepassing lokaal medicament (T57);
- Gingivectomieën (T82, T83);
- Materiaalkosten bij aanbrengen regeneratiemateriaal (T84, T85).

11.10. Second Opinion (U20)

Vergoeding

Voor alle pakketten: 100% van de kosten.

11.11. Gnathologie (kaakgewrichtsbehandeling) (G-codes)

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel;
- UMC Top: 100% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Budget, Accent, Plus	Maximum Top
Uitgebreid functieonderzoek (G01)	€ 96	€ 120
Gedocumenteerde verwijzing (G03)	€ 43	€ 55
Occlusale spalk (G62)	€ 194	€ 220
Repositie spalk (G63)	€ 245	€ 280
Controlebezoek spalk (G64)	€ 19	€ 25
Indirect planmatig inslijpen (G65)	€ 210	€ 265
Occlusale opbeetplaat (G69)	€ 99	€ 110

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/-jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van - al dan niet voorlopige - plaatsing.

Niet vergoed worden

- Myografie (G02);
- Biofeedbacktherapie (G66);
- Behandeling triggerpoint (G67);
- Aanbrengen front/hoek tandbegeleiding (G33);
- Alle registratiemethoden (G10 t/m G20);
- Instructie spieroefeningen (G61).

Artikel 12. Tandprothetische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Budget, Accent, Plus en Top)

Maximum aantal prothesen

Voor vergoeding van gebitsprothese door tandarts en/of tandprotheticus samen geldt een maximum van 2 prothesen per 5 aaneengesloten kalenderjaren*

12.1. Tandprothetische zorg door tandarts
12.1.1 Partiële prothese (P-codes)

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 80% van de kosten tot het maximum als aangegeven in hierna volgende tabel;
- UMC Top: 100% van de kosten tot het maximum als aangegeven in hierna volgende tabel.

Verrichtingen	Maximum Budget, Accent, Plus	Maximum Top
Partiële kunsttharsprothese 1-4 el (P10)	€ 135	€ 150
Partiële kunsttharsprothese 5-13 el (P15)	€ 255	€ 285
Extra individuele afdruk met randopbouw (P16)	€ 75	€ 75
Extra voor gegoten anker (P18)	€ 50	€ 55
Frameprothese 1-4 el (P34)	€ 460	€ 500
Frameprothese 5-13 el (P35)	€ 560	€ 615
Wortelkap met stift (P31)	€ 205	€ 220
Extra per precisieverankering c.q. per staaftuuls (P32)	€ 240	€ 265

Geen maximum geldt voor de volgende verrichtingen

- Tissue conditioning (P56);
- Extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur (P17);
- Extra voor telescoopkroon (P33);
- Prothesetarief verhoogd met per immmediaat te vervangen element (P40);
- Extra per overkapt element (P29).

12.1.2 Rebasen (P-codes)

Vergoeding

Voor UMC Budget, Accent, Plus en Top: 100% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Budget, Accent, Plus	Maximum Top
Rebasen indirect zonder randopbouw (P51)	€ 75	€ 80
Rebasen indirect met randopbouw (P52)	€ 110	€ 125
Reparatie prothese zonder afdruk (P57)	€ 45	€ 50
Reparatie prothese met afdruk (P58)	€ 75	€ 80
Uitbreiding partiële prothese (P79)	€ 85	€ 90

Bijzonderheden

De vergoeding voor een reparatie van een partiële prothese wordt ook verleend als de reparatie is verricht door een gediplomeerd tandtechnicus.

12.2. Tandprothetische zorg door tandprotheticus
12.2.1 Partiële prothese

Vergoeding

80% van de kosten tot de maximumvergoeding als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Budget, Accent, Plus	Maximum Top
Frameprothese 1-4 elementen	€ 400	€ 500
Frameprothese 5-13 elementen	€ 500	€ 625
Partiële kunsttharsprothese 1-4 elementen	€ 120	€ 150
Partiële kunsttharsprothese 5-13 elementen	€ 220	€ 275

12.2.2. Rebasen

Vergoeding

Voor alle pakketten: 100% van de kosten (inclusief techniekkosten) tot de maximumvergoeding als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Budget, Accent, Plus	Maximum Top
Rebasen	€ 95	€ 120
Revisie van elementen	€ 75	€ 100
Reparatie prothese te weten: breuk, scheur, vastzetten van elementen	€ 35	€ 45

Bijzonderheden

De vergoeding voor een reparatie van een partiële prothese wordt ook verleend als de reparatie is verricht door een gediplomeerd tandtechnicus.

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/-jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van - al dan niet voorlopige - plaatsing.

Artikel 13. Inlays, kronen en bruggen (Plus, Top)

Door

Tandarts of kaakchirurg.

13.1. Restauraties met inlays, kronen en bruggen (R-codes)

Vergoeding

- UMC Plus: 80% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel;
- UMC Top: 100% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Plus	Maximum Top
Tweevlaksinlay (R12)	€ 175	€ 220
Drievlaksinlay (R13)	€ 235	€ 300
Kroon (R25)	€ 280	€ 350
Jacketkroon met/zonder schouderpreparatie (R26, R27)	€ 280	€ 350
Brugtussendeel 1e dummy (R40)	€ 195	€ 245
Brugtussendeel 2e en volgende dummy in hetzelfde tussendeel (R45)	€ 95	€ 120

Bijzonderheden

Per periode van 3 aaneengesloten kalenderjaren* worden bij plaatsing van inlays, kronen en/of brug-tussendelen maximaal 6 elementen vergoed.

Niet vergoed worden

- Direct composiet inlays (R08, R09, R10);
- Eenvlaksinlay (R11);
- Extra voor aangegoten pin (R14);
- Endokroon (R28);
- Toeslag voor brug op vijf- of meer pijlerelementen (R49);
- Metalen fixatiekap en gipsslot met (extra) afdruk (R50 en R55).

13.2. Restauraties met niet-plastische materialen

Vergoeding

- UMC Plus: 80% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel;
- UMC Top: 100% van de kosten tot het maximum als aangegeven in onderstaande tabel.

Verrichtingen	Maximum Plus	Maximum Top
Roestvrijstalen kroon, kunst-harsconfectiekroon (R29)	€ 39	€ 50
Opbouw plastisch materiaal (R31)	€ 24	€ 30
Gegoten opbouw indirecte methode (R32)	€ 115	€ 135
Gegoten opbouw directe methode (R33)	€ 115	€ 135
Intra-coronaire brugveranker-ring (R46)	€ 39	€ 50
Etsbrug zonder preparatie (R60)	€ 245	€ 265
Etsbrug met preparatie (R61)	€ 285	€ 315
Toeslag volgende dummy (R65)	€ 145	€ 150
Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van 2 bevestigingen (R66)	€ 32	€ 35
Kroon onder bestaand frame-anker (R70)	€ 43	€ 53
Vernieuwen porselein facet (R71)	€ 103	€ 115
Vernieuwen facet plastisch materiaal (R72)	€ 24	€ 30
Opnieuw vastzetten gegoten restauraties (R74)	€ 25	€ 35
Opnieuw vastzetten etsbrug (R75)	€ 39	€ 50
Extra voorgegoten opbouw onder bestaande kroon (R76)	€ 20	€ 25
Indirecte labiale veneering zonder preparatie (R78)	€ 170	€ 185
Indirecte labiale veneering met preparatie (R79)	€ 200	€ 220

Niet vergoed worden

- Aanbrengen extra retentie c.q. pinnen in facet (R73);
- Temporaire (nood)voorzieningen (R80, R85, R90).

Artikel 14. Orale implantologie in de niet-tandeloze kaak (Plus, Top)

Door

Kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding

- UMC Plus: 90% tot maximaal € 850 voor alle kosten van plaatsing van implantaten;
- UMC Top: 100% tot maximaal € 1.075 voor alle kosten van plaatsing van implantaten.

Bijzonderheden

Per periode van 3 aaneengesloten kalenderjaren* bestaat recht op de vergoeding zoals vermeld.

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/-jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van - al dan niet voorlopige - plaatsing.

Artikel 15. Mondhygiëne en Parodontologie (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Vrijgevestigde mondhygiënist.

Vergoeding

- UMC Budget: 80% tot een maximum van € 325 per kalenderjaar;
- UMC Accent: 80% tot een maximum van € 325 per kalenderjaar;
- UMC Plus: 80% tot een maximum van € 325 per kalenderjaar;
- UMC Top: 100% tot een maximum van € 325 per kalenderjaar.

Verwijzing door

Behandelend tandarts.

Bijzonderheden

Als sprake is van een klinische bevalling, dan wordt een vergoeding verleend van € 37 per dag over ten hoogste 8 achtereenvolgende in rekening gebrachte dagen minus het aantal door het ziekenhuis in rekening gebrachte dagen.

Artikel 18. Lactatiekundig consult (Accent, Plus en Top)

Door

Lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Omschrijving

Vergoeding per bevalling van een lactatiekundig consult voor de moeder als er problemen zijn bij het geven van borstvoeding. De kraamverzorgende of verloskundige bepalen of dit noodzakelijk is.

Vergoeding

- UMC Accent: maximaal € 50;
- UMC Plus: maximaal € 75;
- UMC Top: maximaal € 100.

Bevalling en kraamzorg

Artikel 16. Eigen bijdrage kraamzorg (Plus en Top)

Omschrijving

Vergoeding van de verschuldigde eigen bijdrage bij gebruik van kraamzorg die vanuit de UMC Zorgverzekering wordt vergoed.

Vergoeding

- UMC Plus: 100% tot een maximum van € 96;
- UMC Top: 100%.

Artikel 17. Vervangende kraamzorg (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Gedeeltelijke vergoeding van kraamzorg die niet plaatsvindt op grond van de UMC Zorgverzekering, maar die door u zelf is geregeld.

17.1. Door verpleegkundige of kraamverzorgende

Vergoeding

100% tot een maximum van € 100 per dag voor zorg waarin u zelf hebt voorzien. De vergoeding wordt verleend over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.

17.2. Overige kraamhulp waarin u zelf hebt voorzien

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 296.

Artikel 19. Verlengde kraamzorg en nazorg pasgeborene door een kraamcentrum (Budget, Accent, Plus en Top)

Vergoeding

100% van de kosten voor maximaal 12 uur, verdeeld over maximaal 4 dagen. Vergoeding van verlengde kraamzorg wordt uitsluitend verleend voor kraamzorg na de 10^e dag vanaf de bevalling op grond van medische noodzaak.

Artikel 20. Kraampakket (Budget, Accent, Plus en Top)

Vergoeding

Kraampakket in natura bij kraamzorg via UMC Kraamzorg.

Bijzonderheden

U krijgt alleen een kraampakket als u uw kraamzorg regelt via UMC Kraamzorg.

Paramedische zorg

Artikel 21. Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

- Fysiotherapeut bij individuele fysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie en fysiotherapie in groepsverband;
- Geriatrische fysiotherapeut bij geriatrische fysiotherapie;
- Manueel therapeut bij manuele therapie;
- Oedeemtherapeut of huidtherapeut bij lymfoedeemtherapie;
- Bekkenfysiotherapeut bij bekkenfysiotherapie;
- Oefentherapeut bij individuele oefentherapie (Cesar/Mensendieck) en oefentherapie in groepsverband.

Waar moet de zorg plaatsvinden

De zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Indicatie

1. De indicaties zoals vermeld in Bijlage 1 van het besluit zorgverzekering;
2. Alle overige medische indicaties.

Vergoeding

De maximale vergoeding per zitting is afhankelijk van de soort therapie. De maximale bedragen per soort staan in de onderstaande tabel onder 'Maximum per zitting' weergegeven.

- Bij indicatie 1 voor UMC Budget, Accent, Plus en Top: 100% van de kosten voor de eerste 20 zittingen per indicatie per kalenderjaar;
- Bij indicatie 2:
 - UMC Budget: 9 zittingen per indicatie per kalenderjaar;
 - UMC Accent en UMC Plus: 18 zittingen per indicatie per kalenderjaar;
 - UMCTop: 24 zittingen per indicatie per kalenderjaar.

Verrichtingen	Maximum per zitting
Individuele fysiotherapie en individuele oefentherapie	€ 28,50
Fysiotherapie in een groep van 2 t/m 4 personen	€ 28,50
Fysiotherapie in een groep van 5 t/m 10 personen	€ 16,30
Oefentherapie met 2 personen	€ 28,50
Oefentherapie met 3 personen	€ 25,75
Oefentherapie met 4 personen	€ 20,40
Oefentherapie in een groep van 5 t/m 10 personen	€ 16,30
Manuele therapie	€ 42,45
Geriatrische en psychosomatische fysiotherapie	€ 42,45
Bekkenfysiotherapie	€ 42,45
Lymfoedeemtherapie	€ 42,45
Lang consult fysiotherapie	€ 40,90
Toeslag uitbehandeling	€ 13,00
Inrichtingstoeslag	€ 6,00

Bijzonderheden

1. Bij meerdere vormen van fysiotherapie die naast elkaar worden verleend voor dezelfde indicatie wordt slechts vergoeding verleend voor 1 vorm;
2. Een eenmalig (oefen)fysiotherapeutisch onderzoek wordt vergoed op basis van 2 zittingen individuele oefen- of fysiotherapie en verstrekte hulpmiddelen worden eenmaal per kalenderjaar vergoed tot maximaal € 26;
3. Onder manueel therapeuten worden ook gerekend de Egg Shell®-therapeuten die werken volgens de methode Van der Bijl.

Niet vergoed worden

Fitness (al dan niet medisch van aard), conditietraining, preventieve training of revalidatie-/reconditioneringstraining, zelfs als dit onder fysiotherapeutische begeleiding plaatsvindt en arbocuratieve- of re-integratietrajecten.

Artikel 22. Groepszwemmen voor reumapatiënten (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Fysiotherapeut.

Omschrijving

Therapeutisch zwemmen voor reumapatiënten met meerdere reumapatiënten tegelijk in extra verwarmd water.

Vergoeding

100% van de kosten voor de in dit artikel genoemde indicatie.

Indicaties

Alle vormen van ernstige reuma.

Verwijzing door

Medisch specialist.

Artikel 23. Podotherapie en pedicure (Accent, Plus en Top)

Door

Podotherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVvP) of pedicure met aantekening diabetische voet en/of reumatische voet, geregistreerd in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 115 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

1. De kosten van een pedicure worden alleen vergoed bij behandeling van diabetes- en reumapatiënten;
2. De vergoeding is inclusief de door de podotherapeut voorgeschreven hulpmiddelen, met uitzondering van steunzolen. Voor de vergoeding van de kosten van steun- en therapiezolen, zie artikel 42.

Artikel 24. Dieetadvisering (Budget, Accent, Plus en Top)

Indicatie

Algemeen door de beroepsgroep van diëtisten aanvaarde indicaties.

Waar moet de zorg plaatsvinden

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

Maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 25. Zorg voor vrouwen in de overgang (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Overgangsconsulent van Care for Women of van de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulente.

Vergoeding

Eenmalig maximaal 4 consulten. Per consult worden 100% van de kosten tot maximaal € 50 vergoed.

Huidbehandelingen

Artikel 26. Camouflagetherapie (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Een huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici of een schoonheidsspecialist die in het bezit is van het diploma Voortgezette Opleiding of het vakdiploma specialisatie Camouflage mits geregistreerd bij de ANBOS.

Indicatie

Zichtbare aandoeningen die niet operatief kunnen worden verwijderd.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 165 per 3 aaneengesloten kalenderjaren inclusief de eventuele camouflageproducten.

Artikel 27. Ontharing (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Een huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici of een schoonheidsspecialist die in het bezit is van het diploma Voortgezette Opleiding of het vakdiploma specialisatie Elektrisch Ontharen, of, bij toepassing van technieken van ontharen met behulp van licht, het vakdiploma Ontharingstechnieken, mits geregistreerd bij de ANBOS.

Omschrijving

1. Elektrische ontharing door schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
2. Ontharing met lasertherapie door arts of huidtherapeut.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 445 per kalenderjaar.

Indicatie

Extreme haargroei in het gelaat van de vrouw.

Artikel 28. Acnebehandeling (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Een huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici of een schoonheidsspecialist die in het bezit is van het vakdiploma specialisatie Acne mits geregistreerd bij de ANBOS.

Indicatie

Ernstige vorm van acne.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 26 per behandeling voor in totaal 15 behandelingen per kalenderjaar.

Geneeskundige zorg en geestelijke geneeskundige zorg

Artikel 29. Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie (Accent, Plus en Top)

29.1. Reconstructieve chirurgie

Door

Medisch specialist.

Omschrijving

- Vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte;
- Bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of;
- Voor het opheffen van objectieveerbare functiestoornissen voor zover het een indicatie betreft zoals bij 'Indicatie' vermeld.

Indicatie

1. Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden die gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld. Hiervan is sprake als:
 - de pupil enigszins wordt bedekt door de onder rand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u ontspannen recht vooruit kijkt, of;
 - er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
 - er aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid bestaat.
2. Het operatief plaatsen of operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
3. Het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
4. Buikwandcorrectie indien sprake is van een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ($BMI \leq 30$);
5. Correctie van flaporen bij kinderen in de leeftijd tot 18 jaar.

Vergoeding

100% van de kosten.

Toestemming

U hebt voor indicatie 1 tot en met 4 vooraf toestemming van ons nodig. Bij de aanvraag moet u een medische verklaring en een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen over de aard en omvang van de afwijking en de toe te passen behandeling. Voor het aanvragen van toestemming voor de behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden, vragen wij u ook een foto mee te sturen (gemaakt door een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder indicatie, goed zichtbaar is.

Bijzonderheden

Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden als sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening is opgenomen in de zorgverzekering.

29.2. Cosmetische of Esthetische chirurgie

Vergoeding

- 50% van het honorarium van een medisch specialist;
- 50% van de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Toestemming

U hebt vooraf toestemming van ons nodig.

Bijzonderheden

Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien naar ons oordeel sprake is van bijzondere medische omstandigheden.

Artikel 30. Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie (Accent, Plus en Top)

Door

Medisch specialist.

Vergoeding

100% van de kosten.

Artikel 31. Circumcisie (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Huisarts of medisch specialist.

Omschrijving

Medisch noodzakelijke besnijdenis van de man.

Vergoeding

Maximaal € 600.

Artikel 32. Neurofeedback (Plus en Top)

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van neurofeedback voor verzekerden tot 18 jaar. Neurofeedback is een, door verschillende (buitenlandse) onderzoeken bewezen effectieve, behandelmethode bij ADHD en ADD. Door middel van training functioneren de hersenen beter. U kunt zich beter concentreren, waardoor (psychische) problemen verminderd kunnen worden.

Indicatie

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

Door

Psychotherapeut (BIG), klinisch (neuro)psycholoog, psychiater en gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven in het neurofeedbackregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Verwijsbrief van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Vergoeding

Maximaal € 1.000.

Artikel 33. Psychosociale hulp aan oncologiepatiënten (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Herstel & Balans® of therapeutisch centrum dat is aangesloten bij de federatie IPSO-Concentris.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 445 per kalenderjaar.

Geneesmiddelen en vitamines

Artikel 34. Geneesmiddelen (Plus, Top)

Door

Apotheek of apothekhoudend huisarts.

Vergoeding

100% voor de eigen bijdragen die volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die worden vergoed volgens zorgverzekering tot:

- UMC Plus: maximaal € 200 per kalenderjaar;
- UMC Top: maximaal € 300 per kalenderjaar.

Artikel 35. Vitamines (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van enkelvoudige vitaminepreparaten van de vitamines A - B1 - B2 - B3 - B6 - B8 - B11 - B12 - D - E - K voor de behandeling van ernstig vitaminetekort.

Door

Apotheek of apothekhoudend huisarts.

Vergoeding

100% van de kosten.

Voorschrift

Behandelend arts.

Verblijf

Artikel 36. Behandeling in een kuuroord (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Vergoeding wordt uitsluitend verleend als de behandeling plaatsvindt in een kuuroord dat behoort tot een door ons aangewezen kuuroord (de lijst met aangewezen kuuroorden staat vermeld op onze website).

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 885 per kalenderjaar.

Indicatie

Ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis, artritis psoriatica of morbus Forestier.

Verwijzing door

Medisch specialist.

Toestemming

U hebt voorafgaand aan de behandeling toestemming van ons nodig.

Niet vergoed worden

De kosten van uw verblijf in het kuuroord.

Artikel 37. Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Voor zorg zoals vermeld bij omschrijving onder 1, een herstellingsoord of zorghotel dat door ons is aangewezen (de zorggids met de door ons aangewezen herstellingsoorden en zorghotels staat op onze website) of; voor zorg zoals vermeld bij omschrijving onder 2, Stichting de Zonnebloem of het Rode Kruis.

Omschrijving

1. Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel dat door ons is aangewezen of;
2. Meerdaagse vakantiereis.

Vergoeding

50% van de kosten voor verblijf gedurende maximaal 6 weken.

Indicatie

Alleen voor zorg zoals vermeld bij omschrijving onder 1. geldt:

Noodzakelijk verblijf voor:

- herstel van ziekte bij het ontbreken van adequate verzorging thuis;
- herstel na mentale overbelasting of 'burn-out', op verwijzing van uw huisarts of medisch specialist;
- het leren leven met een handicap en het steun bieden bij het opbouwen van een toekomstperspectief.

Artikel 38. Logieskosten (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Een verblijf van naaste familie of verzorgers van minderjarige kinderen in een logeerhuis dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 18 per dag.

Bijzonderheden

- U hebt uitsluitend recht op vergoeding indien de kosten van opname in een ziekenhuis in Nederland worden vergoed op grond van de Zorgverzekering;
- De vergoeding geldt ook voor overnachtingen van een verzekerde waarvoor 2 dagbehandelingen in een ziekenhuis op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Artikel 39. Verblijf in een hospice voor terminale patiënten (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op www.agora.nl/ZorgKiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 130 per dag.

Artikel 40. Verblijf in een therapeutisch kinderkamp (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Verblijf in één van de volgende therapeutische vakantiekampen voor verzekerden tot 16 jaar:

- vakantiekamp van Stichting De Luchtballon voor astmatische kinderen;
- vakantiekamp van de Diabetesvereniging Nederland;
- vakantiekamp van Stichting Kinderoncologische vakantiekampen.

Vergoeding

100% van de kosten gedurende maximaal 1 maand per kalenderjaar.

Hulpmiddelen

Artikel 41. Brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen (Accent, Plus en Top)

Omschrijving

1. Brillenglazen en contactlenzen met een sterkte vanaf 0,25D, inclusief bijbehorend brilmontuur en kosten van aanmeting.
2. Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage vanuit de zorgverzekering voor brillenglazen of filterglazen voor verzekerden jonger dan 18 jaar.
3. Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglasersbehandeling of een lensimplantatie. Deze tegemoetkoming geldt ook voor de kosten die zijn gemaakt voor een cataractoperatie (staaroperatie) waarbij een multifocale lens is geplaatst. Het gaat om het verschil in de kosten tussen een multifocale lens en een monofocale lens dat vanuit de zorgverzekering niet wordt vergoed.

Vergoeding

Per periode van 2 aaneengesloten kalenderjaren is recht op de vergoeding zoals hieronder vermeld:

- UMC Accent: 100% tot maximaal € 93;
- UMC Plus en Top: 100% tot maximaal € 186.

Bijzonderheden

1. Voor kinderen t/m 16 jaar geldt een termijn van 1 kalenderjaar;
2. Bij een staaroperatie wordt binnen de genoemde periode van 2 aaneengesloten kalenderjaren 1 extra bril of paar contactlenzen vergoed tot genoemd maximum.

Artikel 42. Steunzolen en therapiezolen (Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Door

Podotherapeut, podoposturaaltherapeut die is ingeschreven in het register van de Stichting LOOP, orthopedisch schoenmaker en orthopedische werkplaats.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 190 per kalenderjaar.

Artikel 43. Steunpessarium (Accent, Plus en Top)

Vergoeding

100% van de kosten.

Voorschrift

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 44. Supphosekousen (Accent, Plus en Top)

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal 4 paar per kalenderjaar.

Voorschrift

Huisarts of medisch specialist, dit voorschrift moet u met de rekening meesturen.

Artikel 45. Wekapparatuur/plaswekker (Accent, Plus en Top)

Vergoeding

- 100% van de huurkosten (maximaal 3 maanden) of 100% van de kosten voor aanschaf van wekapparatuur/plaswekker;
- 100% van de kosten van bijbehorende bandages.

Bijzonderheden

- Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding voor kinderen van 5 tot 12 jaar oud;
- Vergoeding wordt uitsluitend verleend als een recent voorschrift van huisarts of medisch specialist met de rekening wordt meegestuurd.

Artikel 46. Hoortoestellen en pruiken (Top)

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten voor de aanschaf van een hoortoestel of pruik volgens de Regeling zorgverzekering.

De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding

- Hoortoestel: maximaal € 200;
- Pruik: maximaal € 100.

Niet-reguliere behandelwijzen

Artikel 47. Niet-reguliere behandelwijzen, consulten en/of behandeling door arts of therapeut (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

1. Arts, niet zijnde huisarts, medisch specialist of sportarts;
2. Acupuncturist;
3. Klassiek homeopaat;
4. Therapeut van wie de behandelingen en consulten vallen onder de volgende stroming:
 - acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - antroposofische geneeswijzen;
 - homeopathie;
 - natuurgeneeswijzen;
 - psychosociale zorg;
 - alternatieve beweegzorg.

De acupuncturist, klassiek homeopaat, chiropractor, osteopaat en therapeut moeten zijn opgenomen in onze zorggids. U vindt de zorggids op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet is opgenomen in onze zorggids? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 100% van de kosten van de onder 1 t/m 3 genoemde behandelaren tot maximaal € 29 per consult tot in totaal € 290 per kalenderjaar. Voor chiropractie en osteopathie gelden aparte vergoedingen;

- UMC Top: 100% van de kosten van de onder 1 t/m 4 genoemde behandelaren tot maximaal € 29 per consult tot in totaal € 340 per kalenderjaar. Voor chiropractie en osteopathie gelden aparte vergoedingen.

Vergoeding chiropractie

UMC Budget, Accent en Plus en Top: 100% van de kosten tot maximaal € 29 per consult tot in totaal € 290 per kalenderjaar.

Vergoeding osteopathie

UMC Budget, Accent en Plus en Top: 100% van de kosten tot maximaal € 29 per consult tot in totaal € 290 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

Onder alternatieve zorg verstaan wij geen consulten en (groeps-)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening;
- werk, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorzichting in verband met gewichtsproblemen.

Wij vergoeden de kosten niet voor diagnostische onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 48. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Homeopathische en antroposofische middelen die volgens de Geneesmiddelenwet (Stb2007, 93) als homeopathische geneesmiddelen worden aangemerkt.

Vergoeding

100% van de kosten tot maximaal € 260 per kalenderjaar.

Voorschrift

Een arts of een behandelaar als bedoeld in artikel 47.

Bijzonderheden

De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Preventieve zorg

Artikel 49. Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar (Budget, Accent, Plus en Top)

Omschrijving

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering verstrekt mogen worden zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door de huisarts of medisch specialist vanuit de zorgverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

Geleverd door

Apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Recept (voorschrift)

U hebt een recept van uw huisarts of medisch specialist nodig voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding

100% tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Artikel 50. Vervangende mantelzorg (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Voor vervangende mantelzorg kunt u terecht bij een door ons hiervoor aangewezen zorgaanbieder. De zorggids met de door ons aangewezen zorgaanbieders staat op onze website.

Omschrijving:

Tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt deze zorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of als u mantelzorger bent. De aangewezen zorgaanbieder bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van 3 dagen.

Eerste aanvraag

Wanneer u voor de eerste keer een aanvraag doet, doe dit dan 8 weken voordat u, als mantelzorger, of uw mantelzorger graag weg zou willen gaan. Deze tijd is nodig om alles zo zorgvuldig mogelijk te organiseren.

Vergoeding

- UMC Budget en Accent: maximaal 4 dagen per kalenderjaar;
- UMC Plus: maximaal 9 dagen per kalenderjaar;
- UMC Top: maximaal 14 dagen per kalenderjaar.

Artikel 51. Sportgeneeskunde (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

Sportarts werkzaam in een Sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Omschrijving

Behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Vergoeding

- UMC Budget, Accent en Plus: 100% van de kosten tot maximaal € 55 per kalenderjaar;
- UMC Top: 100% van de kosten tot maximaal € 75 per kalenderjaar.

Artikel 52. Medische check-up (Top)

Door

Huisarts of ziekenhuis.

Vergoeding

Maximaal € 55 per 2 aaneengesloten kalenderjaren.

Artikel 53. Preventieve cursussen voor gezondheidsbevordering en -opvoeding (Top)

Door

Thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG, Oranje Kruis of patiëntenvereniging aangesloten bij NPCF of RPCP en in geval van cursus gericht op zwangerschap en bevalling ook yogadocenten aangesloten bij VYN en de verloskundige.

Omschrijving

1. Cursussen die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen door verbetering van de levensstijl van de verzekerde, bijvoorbeeld cursussen gericht op zwangerschap en bevalling, voeding, eerste hulp aan kinderen, cursussen van Stichting De Helderheid;
2. Cursussen die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening, bijvoorbeeld leren omgaan met diabetes, reuma, astma of dementie.

Vergoeding

Maximaal € 75 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

De vergoeding wordt ook verleend voor een cursus Stoppen met roken van Allen Carr, het Rook-Stop-Plan van Mediq of georganiseerd door de GGD.

Artikel 54. Vaccinaties in verband met reizen naar het buitenland (Top)

Door

GGD, huisarts, Travel Health Clinics, arts met een LCR accreditatie en gele koorts registratie (u kunt op de website van LCR zien of uw arts een LCR accreditatie en gele koorts registratie heeft) of binnen een Universitair Medisch Centrum.

Vergoeding

80% van de kosten tot maximaal € 175 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

- Bij de vergoeding zijn de kosten voor eventuele malariatabletten inbegrepen;
- De vergoeding wordt ook verleend voor preventiemiddelen die door de apotheek of apotheekhoudende huisarts zijn geleverd.

Buitenland

Artikel 55. Ziekenvervoer vanuit het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

UMC Alarmcentrale.

Vergoeding

100% van de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de verzekerde vanuit het buitenland. Het vervoer dient te zijn verzorgd door de UMC Alarmcentrale.

Artikel 56. Vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)

Door

UMC Alarmcentrale.

Vergoeding

100% van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot vanuit het buitenland naar een plaats in Nederland. Vergoeding wordt alleen verleend als de overledene bij leven tijdelijk (zonder vaste woon- of verblijfplaats) in het buitenland verbleef.

Artikel 57. Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland (Budget, Accent, Plus en Top)

57.1. Spoedeisende zorg, dat wil zeggen onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.

57.1.1. Werelddekking

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's over de gehele wereld. Voor opname in een ziekenhuis geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

57.1.2. Verzekerde risico's

Eventueel aanvullend op de UMC Zorgverzekering worden de kosten vergoed van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet-voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Kosten van vervoer worden uitsluitend vergoed als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

Niet vergoed worden de kosten

- Die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
- Verband houdend met onderzoek dat of behandeling of opname die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland;
- Vallend onder het gekozen eigen risico in de zorgverzekering.

57.1.3. Risicodekking

Volledige vergoeding van de kosten met dien verstande dat de kosten uitsluitend worden vergoed voor zover vergoeding zou hebben plaatsgevonden, als de kosten in Nederland waren gemaakt.

57.1.4. Uitbetaling

Wij betalen de te verlenen vergoeding uit in euro's en gaan hierbij uit van de koers die gold op de notadatum. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's gebruiken we de *historical rates* van XE Currency Converter. U vindt deze op www.XE.com.

Bijzonderheden

- Bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling is het noodzakelijk onze Alarmcentrale in te schakelen, het telefoonnummer staat voorin de voorwaarden. Zonder inschakeling van onze Alarmcentrale wordt de vergoeding van de kosten berekend op basis van tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/aanschaf in Nederland had plaatsgevonden;
- Kosten van repatriëring worden vergoed volgens artikel 55 en 56.

57.2. Niet-spoedeisende zorg

57.2.1. Werelddekking

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's over de gehele wereld. Voor opname in een ziekenhuis geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

57.2.2. Verzekerde risico's

Vergoed worden de kosten die zijn opgenomen in het pakket van de UMC Aanvullende Verzekering waarvoor de verzekerde verzekerd is, gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Niet vergoed worden de kosten:

- die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
- van vervoer en/of verblijf in verband met de behandeling.

57.2.3. Risicodekking

Vergoeding van de kosten op basis van Nederlandse tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/aanschaf in Nederland had plaatsgevonden.

57.2.4. Uitbetaling

Wij betalen de te verlenen vergoeding uit in euro's en gaan hierbij uit van de koers die gold op de notadatum. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's gebruiken we de *historical rates* van XE Currency Converter. U vindt deze op www.XE.com.

III. Begripsomschrijvingen

Aaneengesloten kalenderjaren: een periode van meerdere opeenvolgende kalenderjaren. Voor het bepalen van de periode wordt gekeken naar het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/-jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van - al dan niet voorlopige - plaatsing.

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

AWBZ-instelling: een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen NV Zorgverzekeraar UMC en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een UMC Zorgverzekering en eventuele UMC Aanvullende Verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijs curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2013 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, welke u zelf dient te dragen alvorens recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fraude: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Gezin: de verzekeringnemer, alsmede diens partner met wie hij is gehuwd of waarvan het partnerschap is geregistreerd of met wie hij duurzaam samenwoont en/of de kinderen, pleegkinderen of aangehuwde kinderen.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instelling: instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Mondhygiënist: een in Nederland gevestigde mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. Een vrijgevestigde mondhygiënist is niet in loondienst van een tandarts, maar is volledig zelfstandig.

Podotherapeut: een in Nederland gevestigde podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Tandtechnicus: een gediplomeerde kracht die vakkundig tandtechnische laboratoriumwerkzaamheden verricht.

Toestemming: een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ons aan u wordt verstrekt voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg. Wij kunnen de toestemming ook sturen naar de zorgverlener die namens u de toestemming heeft aangevraagd.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

UMC Aanvullende Verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering, die als aanvulling op de UMC Zorgverzekering kan worden gesloten. Binnen deze verzekering kan worden gekozen tussen de pakketten UMC Budget, UMC Accent, UMC Plus en UMCTop.

UMC Zorgverzekering: een tussen NV Zorgverzekeraar UMC en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, de Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verzekerde: degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het door ons afgegeven polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met ons een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

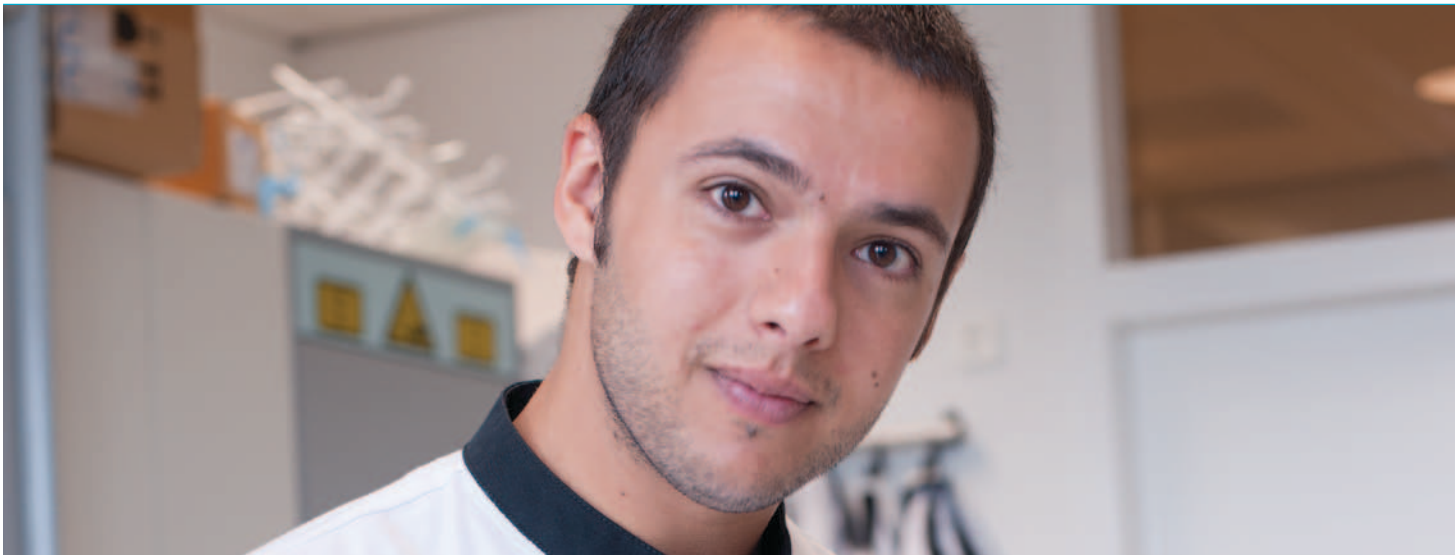
Zorg: zorg of overige diensten

NV Zorgverzekeraar UMC: N.V. Zorgverzekeraar UMC, gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer: 09154428. NV Zorgverzekeraar UMC is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001037. N.V. Zorgverzekeraar UMC is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A.

De zorgverzekering voor universitair medische centra

Meer informatie

Hebt u na het lezen van deze voorwaarden nog vragen of wilt u meer informatie, kijk dan op www.umczorgverzekering.nl of neem contact met ons op. UMC Zorgverzekering is telefonisch bereikbaar via 0900 - 80 18 op werkdagen van 8.00 tot 20.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur. Een e-mail sturen kan ook: vraagumc@vgza.nl.



UMC Zorgverzekering 'Als geen ander'

De eigen zorgverzekering van en voor universitair medische centra, dat is UMC Zorgverzekering. Als geen ander speelt UMC Zorgverzekering in op uw specifieke behoeften als lid van een bijzondere beroepsgroep én als individu of gezinslid. U kunt met de UMC Zorgverzekering rekenen op een scherpe prijs-kwaliteitverhouding, ruime keuzevrijheid en uitstekende service. De uitvoering van de UMC Zorgverzekering is in vertrouwde handen bij Coöperatie VGZ U.A.

www.umczorgverzekering.nl