

De zorgverzekering van universitair medische centra

UMC Zorgverzekering 2019

UMC Extra Zorg
UMC Extra Tand

Goede zorg kies je zelf

umc
zorgverzekering

Welkom bij Zorgverzekeraar UMC

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw aanvullende zorgverzekering(en) bij Zorgverzekeraar UMC. U kunt voor meer informatie, bijvoorbeeld over declareren of onze zorgverzekeringspakketten, terecht op www.umczorgverzekering.nl.

Mijn UMC Zorgverzekering

Via Mijn UMC Zorgverzekering kunt u onder andere uw zorgpolis wijzigen, de stand van uw eigen risico controleren en declaraties indienen. Met uw DigiD kunt u direct veilig inloggen www.mijnumczorgverzekering.nl.

Contact

Kijk op www.umczorgverzekering.nl/contact voor onze contactgegevens.

Gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners

Onze gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op www.umczorgverzekering.nl/zorgzoeker.

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze toestemming nodig heeft? Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Download het toestemmingsformulier op www.umczorgverzekering.nl. Dit formulier kunt u printen, invullen en opsturen naar:

UMC Zorgverzekering
T.a.v. Machtigingen
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via www.mijnumczorgverzekering.nl. U kunt veilig inloggen met uw DigiD. Het bedrag dat wij vergoeden ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening. Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

UMC Zorgverzekering
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven



Inhoud

I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	8
Artikel 3. Premie	9
Artikel 4. Overige verplichtingen	10
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	11
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	11
Artikel 7. Klachten en geschillen	12
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	13
II. UMC Extra Zorg	14
Artikel 9. Beweegzorg	14
Artikel 10. Alternatieve zorg	16
Artikel 11. Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar	16
GEZICHTSVERMOGEN	17
Artikel 12. Brillen en contactlenzen	17
Artikel 13. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie	17
HULPMIDDELEN	18
Artikel 14. Steunzolen en therapiezolen	18
Artikel 15. Steunpessarium	18
Artikel 16. Steun-/compressiekousen	18
Artikel 17. Wekapparatuur/plaswekker	18
Artikel 18. Eigen bijdrage hoortoestellen	18
Artikel 19. Pruiken	19
Artikel 20. Mammaprothese	19
Artikel 21. Eenvoudige loopkrukken	19
Artikel 22. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	19
PREVENTIEVE ZORG	20
Artikel 23. Sportmedisch advies	20
Artikel 24. Gezondheidstest	20
Artikel 25. Cursussen	21
Artikel 26. Valpreventie	21
Artikel 27. Zorg voor vrouwen in de overgang	22
Artikel 28. Vervangende mantelzorg	22
Artikel 29. Mantelzorgmakelaar	23
Artikel 30. Preventieve vaccinaties geneesmiddelen bij reis naar het buitenland	23
BEVALLING EN KRAAMZORG	24
Artikel 31. Zwangerschapscursussen	24
Artikel 32. Kraampakket	24
Artikel 33. Eigen bijdrage kraamzorg	24
Artikel 34. Vervangende kraamzorg	25
Artikel 35. Nazorg moeder en pasgeborene	25
Artikel 36. Elektrische borstkolf	25
Artikel 37. Lactatiekundige zorg	26
Artikel 38. Geboortetens	26
THUISZORG	26
Artikel 39. Huishoudelijke hulp vanaf 18 jaar	26
Artikel 40. Kinderopvang	27

PARAMEDISCHE ZORG	27
Artikel 41. Groepszwemmen voor reumapatiënten	27
Artikel 42. Voetbehandelingen	27
Artikel 43. Diëtetiek	28
HUIDBEHANDELINGEN	29
Artikel 44. Camouflagetherapie	29
Artikel 45. Ontharing	29
Artikel 46. Acnebehandeling	29
GENEESKUNDIGE ZORG	30
Artikel 47. Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie	30
Artikel 48. Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie	31
Artikel 49. In-vitrofertilisatie (IVF)	31
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)	32
Artikel 50. Seksuologische zorg	32
Artikel 51. Mindfulness bij burn-out klachten vanaf 18 jaar	32
Artikel 52. Cogmed tot 18 jaar	33
Artikel 53. Neurofeedback tot 18 jaar	33
GENEESMIDDELEN EN VITAMINES	34
Artikel 54. Geneesmiddelen	34
Artikel 55. Vitamines	34
VERBLIJF	34
Artikel 56. Behandeling in een kuuroord	34
Artikel 57. Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel, of meerdaagse vakantiereis	35
Artikel 58. Logieskosten	36
Artikel 59. Hospice	36
BUITENLAND	36
Artikel 60. Spoedeisende zorg in verband met vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland	36
Artikel 61. Repatriëring	37
Artikel 62. Niet-spoedeisende zorg in verband met vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland	37
MONDZORG	38
Artikel 63. Kronen ten gevolge van een ongeval	38
ORTHODONTIE	38
Artikel 64. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	38
Artikel 65. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	39
III. UMC Extra Tand	41
TANDHEELKUNDIGE ZORG	41
Artikel 66. Mondzorg	41

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

Medische noodzaak

U heeft 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 zorgverleners aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld 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.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen van zorg hebben we zorgverleners gecontracteerd, aangewezen of erkend. Voor de overige vormen van zorg heeft u vrije keuze van zorgverlener, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op onze website.

1.3. Vergoeding van de kosten van verzekerde zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) 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.

1.3.1 Zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener

Als u gebruikmaakt van een door ons voor de betreffende zorg gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgverleners overeengekomen tarief.

1.3.2 Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Een aantal vormen van zorg mogen alleen worden verleend door een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden.

1.3.3 Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgverlener

Een aantal vormen van zorg mogen alleen worden verleend door een door ons aangewezen of erkende zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

1.3.4 Budget

Voor bepaalde zorgsoorten zijn behandelingen in groepen samengebracht. Elke groep behandelingen wordt tot een maximum bedrag per kalenderjaar vergoed. Dit noemen we een budget. Het maximale bedrag van het budget wordt in het betreffende zorgartikel genoemd. De totale vergoeding is nooit hoger dan het maximale bedrag van dit budget. U bepaalt zelf binnen de zorgsoort aan welke behandeling u uw budget besteedt.

1.4. Insturen van nota's

Veel zorgverleners sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- naam, adres en geboortedatum van de verzekerde;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgverlener.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar www.mijnumczorgverzekering.nl. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle.

Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgverlener. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw aanvullende verzekering(en) 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.

1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgverlener die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U heeft in een aantal gevallen toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.8. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgverlener de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnosebehandelcombinatie), dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.9. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- 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 mouterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

1.10. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft 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 (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft 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

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (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. Het is dus mogelijk dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u in ieder geval een deel van de schade krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op de zorgpolis vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de UMC Extra Zorg en UMC Extra Tand verzekeringen, in deze verzekeringsvoorwaarden te noemen aanvullende verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden verwijzen we naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners;
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan 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.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) opnemen in:

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

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft.

Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

Geheimhouding van uw adres

Voor de uitvoering van uw verzekeringen mogen wij uw burgerservicenummer (BSN) en adres delen met bijvoorbeeld zorgverleners. Als u uw adres geheim wilt houden, dan kunt u dit aan ons melden. Wij geven uw adres dan niet door.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk 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 in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering(en) heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering(en) berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van de wijziging.

Voorbeeld

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

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag. De premies en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst, zijn van toepassing vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.
- 3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt (worden) de aanvullende verzekering(en) op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen 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.
- 3.3.2. U betaalt de premie, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.3).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan direct via iDeal.
- c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur

Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, eigen risico en eigen bijdragen dan betaalt u € 1,50 per papieren factuur. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling

geen gebruikmaakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie, eigen risico en eigen bijdragen niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.3.3. Machtiging automatische incasso

Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Uw toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatisch incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, het eigen risico, eigen bijdragen, kosten of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag 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 volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de aanvullende verzekering te beëindigen wanneer u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.5.2. Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:

- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
- incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.

3.5.3. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.4. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

3.5.5. Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald 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 akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

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

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) 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 aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de UMC Zorgverzekering aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie

6.2.1. Acceptatie van de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een UMC Zorgverzekering sluiten, maar u bent dat niet verplicht.

6.2.2. Tandheelkundige verklaring

Voor UMC Extra Tand 3 geldt een tandheelkundige verklaring. U moet een tandheelkundige verklaring invullen als u 18 jaar of ouder bent:

- als u zich aanmeldt voor een aanvullende verzekering UMC Extra Tand 3;
- als u uw tandheelkundige verzekering wilt wijzigen naar UMC Extra Tand 3.

6.2.3. Keuzevrijheid

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de zorgpolis staan kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering als de hoogst verzekerde ouder/ verzorger op het polisblad.

6.2.4. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. en 6.2.3. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2019 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2019. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4).

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen N.V. Zorgverzekeraar UMC. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering(en) eindigt (eindigen) van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) 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.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, op voorwaarde dat wij de opzegging ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) 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 aanvullende verzekering(en) 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. Klachten en geschillen

7.1. Indienen klacht

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

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

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 heeft ontvangen, dan 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 bevoegde rechter.

7.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice, kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgverlener die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgverlener met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. UMC Extra Zorg

Artikel 9. Beweegzorg

U krijgt een budget voor beweegzorg. Dat kunt u inzetten voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck, oedeemtherapie, ergotherapie en alternatieve bewegingstherapieën zoals hierna beschreven in artikel 9.1. tot en met 9.4.

Wat is uw budget voor alle beweegzorg samen?

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 250 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 500 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 1.200 per kalenderjaar.

Binnen uw budget krijgt u manuele fysiotherapie per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.

9.1. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Uw budget voor beweegzorg staat bij Artikel 9.

Dit krijgt u niet vergoed:

- Arbocuratieve zorg. Dit is zorg om arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen te behandelen of te genezen.
- Re-integratietrajecten. Het doel van re-integratie is dat de arbeidsongeschikte werknemer weer aan het werk kan.
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysio-fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

De behandelingen die u uit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

Jonger dan 18 jaar

- Chronische aandoeningen: alle behandelingen.
- Niet-chronische aandoeningen: de 1e 18 behandelingen.

18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.
- Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: de 1e 9 behandelingen.
- Oefentherapie:
 - Bij etalagebenen: de 1e 37 behandelingen;
 - Bij artrose van heup- of kniegewricht: de 1e 12 behandelingen;
 - Bij COPD vanaf stadium Gold II: de zorgverzekering vergoedt een maximum aantal behandelingen oefentherapie.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut.
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.

Voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebben wij alleen contracten met zorgverleners die voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep.

9.2. Oedeemtherapie

Omschrijving

Oedeemtherapie.

Uw budget voor beweegzorg staat bij Artikel 9.

Wie mag de zorg verlenen

Oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Voor oedeemtherapie hebben wij alleen contracten met zorgverleners die voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep.

De behandelingen die u uit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

9.3. Ergotherapie

Omschrijving

Ergotherapie. De behandelingen moeten ervoor zorgen dat u zo optimaal en zelfstandig mogelijk dagelijkse handelingen en activiteiten kunt uitvoeren in uw eigen omgeving.

Uw budget voor beweegzorg staat bij Artikel 9.

Wie mag de zorg verlenen

Ergotherapeut.

9.4. Alternatieve bewegingstherapieën

Omschrijving

- Chiropractie
- Osteopathie
- Manuele therapie E.S
- Orthomanuele geneeskunde
- Craniosacraaltherapie
- Haptotherapie
- Adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn

Uw budget voor beweegzorg staat bij Artikel 9.

Wie mag de zorg verlenen

Alleen bij een door ons aangewezen zorgverlener. Deze vindt u op onze website.

Kiest u bij alternatieve bewegingstherapie voor een niet-aangewezen zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Artikel 10. Alternatieve zorg

Omschrijving

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - b. antroposofische alternatieve geneeswijzen;
 - c. homeopathie;
 - d. natuurgeneeswijzen;
 - e. psychosociale zorg.
2. homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige.

Wie mag de zorg verlenen (omschrijving 1)

1. Een door ons aangewezen zorgverlener. U vindt de door ons aangewezen zorgverleners op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Wie mag de middelen leveren (omschrijving 2)

2. Een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed?

U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Ons telefoonnummer vindt u op onze website. Uw apothek of apothekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Vergoeding

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 300 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 300 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 500 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 750 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

1. Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps-)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - relatietherapie;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
 - celtherapie en chelatietherapie.
2. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 11. Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar

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.

Wie mag de zorg verlenen:

Apotheek of apothekhoudende huisarts.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige of medisch specialist nodig voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).
UMC Extra Zorg 2	
UMC Extra Zorg 3	
UMC Extra Zorg 4	

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht de leeftijd, vergoed vanuit de zorgverzekering.

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

GEZICHTSVERMOGEN

Voor de onderstaande aanspraken heeft u de beschikking over een budget voor het herstel van gezichtsvermogen.

Dat u kunt besteden aan:

- brillen en contactlenzen of;
- ooglaserverhandeling of lensimplantatie.

Artikel 12. Brillen en contactlenzen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte, inclusief bijbehorend brilmontuur en kosten van aanmeting. De vergoeding geldt ook voor de wettelijke eigen bijdrage als de brillenglazen of filterglazen ten laste van de zorgverzekering zijn verstrekt voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Wie mag de brillen en lenzen leveren

Opticiens of optiekbedrijf.

Bijzonderheden

De kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

Artikel 13. Ooglaserverhandeling of lensimplantatie

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserverhandeling of een lensimplantatie. De vergoeding geldt ook voor de meerkosten van een multifocale of torische lens bij een cataractoperatie (staaroperatie).

Wie mag de zorg verlenen

Oogarts.

Het totale budget gezichtsvermogen (zie artikel 12 en 13) bedraagt:

UMC Extra Zorg 1	Geen
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 100 per 3 kalenderjaren.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 200 per 3 kalenderjaren.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 250 per 3 kalenderjaren.

Toelichting

De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin de behandeling of aanschaf plaatsvond en de hieraan voorafgaande 2 kalenderjaren.

HULPMIDDELEN

Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen of;
- de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen.

Artikel 14. Steunzolen en therapiezolen

Omschrijving

Vergoeding van kosten van inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

Wie mag de zorg verlenen

Orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, podotherapeut of podoposturaaltherapeut.

Artikel 15. Steunpessarium

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Voorschrift van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 16. Steun-/compressiekousen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van steun-/compressiekousen drukklasse 1.

Voorschrift van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 17. Wekapparatuur/plaswekker

Omschrijving

Vergoeding van de (huur)kosten van een plaswekker in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes. De vergoeding is voor de gehele looptijd van de aanvullende verzekering.

Wie mag de plaswekker leveren?

U kunt een plaswekker kopen of huren bij een leverancier van plaswekkers.

Artikel 18. Eigen bijdrage hoortoestellen

Omschrijving

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor een hoortoestel en tinnitusmaskeerder die u uit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Artikel 19. Pruiken

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten voor de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. Deze tegemoetkoming is voor het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering. U kunt in plaats van een pruik kiezen voor mutssja's.

Voorschrift van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 20. Mammaprothese

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH en een prothese badpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips.

Artikel 21. Eenvoudige loopkrukken

Omschrijving

Bruikleen of vergoeding van kosten van aanschaf van eenvoudige loopkrukken. Er is sprake van bruikleen als de periode van gebruik korter is dan 26 weken.

Voorschrift van

Huisarts of medisch specialist als u het hulpmiddel aanschaf.

Wie mag de zorg verlenen

Leverancier van hulpmiddelen.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 25 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 25 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 25 per kalenderjaar.

Artikel 22. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van maximaal 2 hand- en/of vingerspalken per kalenderjaar. De hand- en/of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden

1. De gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.
2. De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport vergoeden wij niet.

Het totale budget hulpmiddelen (zie artikelen 14 tot en met 22) bedraagt:

UMC Extra Zorg 1	Geen
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 250 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 350 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 750 per kalenderjaar.

PREVENTIEVE ZORG

Artikel 23. Sportmedisch advies

Omschrijving

Vergoeding voor sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen

Sportarts (medisch specialist).

Bijzonderheden

Onder de zorgverzekering valt:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding door sportartsen binnen een revalidatietraject;
- diagnostiek en behandeling van bepaalde blessures aan het houding-/bewegingsapparaat door (over)belasting door de sportarts.

Deze zorg krijgt u niet vergoed uit de aanvullende verzekering.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 55 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 55 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 125 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 500 per kalenderjaar.

Artikel 24. Gezondheidstest

Omschrijving

Integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- visusonderzoek;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

De gezondheidstest mag uitgebreid worden met:

- audiologische screening;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek.

Wie mag de zorg verlenen

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist of een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht van de aangewezen zorgverleners vindt u op onze website. Gaat u naar een andere zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 75 per 2 aaneengesloten kalenderjaren.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 75 per 2 aaneengesloten kalenderjaren.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 75 per 2 aaneengesloten kalenderjaren.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 75 per 2 aaneengesloten kalenderjaren.

Bijzonderheden

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- preventief medisch onderzoek naar kanker of andere ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is;

- preventief medisch onderzoek als onderdeel van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet;
- MRI-, CT-scans en zogenaamde total body scans.

Uit de nota moet blijken welke onderzoeken deel uitmaken van de gezondheidstest.

Artikel 25. Cursussen

Omschrijving

1. Vergoeding van de kosten van cursussen die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen door verbetering van de levensstijl.

Bijvoorbeeld cursussen gericht op:

- gezonde voeding;
- eerste hulp aan kinderen;
- reanimatie.

Verzorgd door

Thuiszorgorganisatie of GGD. De cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) moet worden verzorgd door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO.

De reanimatiecursus moet worden verzorgd door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Omschrijving

2. Vergoeding van de kosten van cursussen die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, reuma, dementie, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten.

Verzorgd door

Thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl.

Omschrijving

3. Vergoeding van de kosten van een cursus Stoppen met roken.

Verzorgd door

Allen Carr, Sinefuma of georganiseerd door de GGD.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 50 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 100 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 150 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 500 per kalenderjaar.

Artikel 26. Valpreventie

Omschrijving

Een cursus valpreventie leert u hoe u vallen kunt voorkomen. Daarnaast krijgt u balanstreining en leert u vallen onder veilige omstandigheden.

Voor wie

Een training valpreventie is voor mensen die moeite hebben met bewegen of lopen, bang zijn om te vallen of al een keer zijn gevallen. Kijk op onze website voor meer informatie.

Welke trainingen komen voor vergoeding in aanmerking

1. In Balans
2. Vallen Verleden Tijd
3. Zicht op Evenwicht

Wie mag de training verzorgen

Een gecontracteerd fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of ergotherapeut die beschikt over een certificaat valtraining of een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of een ergotherapeut met een certificaat valtraining verbonden aan een thuiszorginstelling.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen vergoeding.
UMC Extra Zorg 2	Geen vergoeding.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 100 per kalenderjaar
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 150 per kalenderjaar

Bijzonderheden

Na afloop van de cursus stuurt u ons een bewijs van deelname en de nota, samen met een declaratieformulier. De zorgverlener vermeldt op de nota dat hij beschikt over een certificaat valpreventie.

Artikel 27. Zorg voor vrouwen in de overgang

Omschrijving

Voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen

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

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Eenmalig maximaal 4 consulten. Per consult maximaal € 50.
UMC Extra Zorg 2	Eenmalig maximaal 4 consulten. Per consult maximaal € 50.
UMC Extra Zorg 3	Eenmalig maximaal 4 consulten. Per consult maximaal € 50.
UMC Extra Zorg 4	100%.

Artikel 28. Vervangende mantelzorg

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of als u mantelzorger bent. De vervangende mantelzorg vraagt u aan voor minimaal een dag.

Wie mag de zorg verlenen

Vervangende mantelzorg vraagt u aan bij de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. U kunt dit telefoonnummer bellen tijdens kantooruren. Onze medewerkers verwijzen u naar een organisatie. Gaat u zonder verwijzing van de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling naar een organisatie die vervangende mantelzorg biedt? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Eerste aanvraag

Vraagt u voor de eerste keer mantelzorg aan? Doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorger weggaat. Deze tijd is nodig om alles zo goed mogelijk te regelen

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen vergoeding.
UMC Extra Zorg 2	Geen vergoeding.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 100 per kalenderjaar
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 150 per kalenderjaar

Artikel 29. Mantelzorgmakelaar

Omschrijving

Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar kan in overleg met de mantelzorger tijdelijk en ter voorkoming van overbelasting regeltaken op het gebied van zorg, welzijn of financiën overnemen. De mantelzorger houdt de regie. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Wie mag de zorg verlenen

Voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar ingeschreven in het landelijk Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM). Gaat u zonder verwijzing van onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling naar een mantelzorgmakelaar? Of gaat u naar een mantelzorgmakelaar die niet als zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar is ingeschreven in het landelijk Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaar van de BMZM? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	€ 500 per kalenderjaar
UMC Extra Zorg 2	€ 500 per kalenderjaar
UMC Extra Zorg 3	€ 500 per kalenderjaar
UMC Extra Zorg 4	€ 500 per kalenderjaar

Bijzonderheden

De diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.

Artikel 30. Preventieve vaccinaties geneesmiddelen bij reis naar het buitenland

Omschrijving

U heeft recht op vergoeding van consulten, noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcen)meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis. Het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) adviseert welke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen noodzakelijk zijn. U vindt deze op de website www.lcr.nl/Landen

Wie mag de zorg verlenen

Thuisvaccinatie, Reisprk, Universitair Medisch Centrum, GGD, Travel Health Clinic en huisartsenpraktijk met een (huis)arts die een LCR- en gelekoortsregistratie heeft. De zorgzorgverleners met een LCR-registratie vindt u op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (www.lcr.nl). U ziet op deze website ook of uw arts een gelekoortsregistratie heeft.

Gaat u naar Thuisvaccinatie of Reisprk. Dan krijgt u in Extra Zorg 2 en 3 een hogere vergoeding, namelijk 100% (tot het maximum bedrag). Deze zorgverleners adviseren en vaccineren ook bij u thuis. Uw preventieve geneesmiddelen krijgt u thuis bezorgd.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	80% van de kosten tot maximaal € 125 per kalenderjaar. Krijgt u de vaccinatie van Reisprk of Thuisvaccinatie? Dan vergoeden wij 100% tot maximaal € 125 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	80% van de kosten tot maximaal € 175 per kalenderjaar. Krijgt u de vaccinatie van Reisprk of Thuisvaccinatie? Dan vergoeden wij 100% tot maximaal € 175 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	100%.

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.

BEVALLING EN KRAAMZORG

Artikel 31. Zwangerschaps cursussen

Omschrijving

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van:

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor, als tijdens de zwangerschap.
2. Cursussen die:
 - u voorbereiden op de bevalling;
 - uw lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen (max. 6 maanden na de bevalling).

Wie mag de cursussen verzorgen

- Een thuis- of kraamzorgorganisatie;
- Een verloskundige(-praktijk);
- Een yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland (VYN);
- Een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die is aangesloten bij ZwangerFit@;
- Een haptonoom die is aangesloten bij de Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders (VHNB);
- Een cursusleider die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing® Cursusleiders (NVHBC);
- Een cursusleider die is aangesloten bij de vereniging Samen Bevalen.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 50 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 50 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 75 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 100 per kalenderjaar.

Artikel 32. Kraampakket

Omschrijving

U krijgt alleen een kraampakket als u uw kraamzorg regelt via UMC Kraamzorg. Op onze website leest u hoe u kraamzorg kunt aanvragen.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Kraampakket in natura bij kraamzorg via UMC Kraamzorg.
UMC Extra Zorg 2	Kraampakket in natura bij kraamzorg via UMC Kraamzorg.
UMC Extra Zorg 3	Kraampakket in natura bij kraamzorg via UMC Kraamzorg.
UMC Extra Zorg 4	Kraampakket in natura bij kraamzorg via UMC Kraamzorg.

Artikel 33. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving

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

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Geen.
UMC Extra Zorg 3	100%.
UMC Extra Zorg 4	100%.

Artikel 34. Vervangende kraamzorg

Omschrijving

Vergoeding van kraamzorg die niet plaatsvindt op grond van de UMC Zorgverzekering.

Een kraamhulp waarin u zelf heeft voorzien (anders dan een verpleegkundige of kraamverzorgende).

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 296 per bevalling.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 296 per bevalling.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 296 per bevalling.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 296 per bevalling.

Bijzonderheden

Als u, vanwege een medische indicatie bevalt in het ziekenhuis, ontvangt u voor de dagen dat u thuis kraamzorg heeft, een bijdrage van € 37 per dag tot een maximum van € 296 (8 dagen). De dagen die u na de bevalling nog in het ziekenhuis doorbrengt en die door het ziekenhuis in rekening worden gebracht, worden in mindering gebracht op dit maximum van 8 dagen. Voor deze dagen in het ziekenhuis tijdens de kraamperiode ontvangt u dus geen € 37 per dag.

Artikel 35. Nazorg moeder en pasgeborene

Omschrijving

Ondersteuning van de moeder die vanwege medische complicaties bij haarzelf of vanwege de opname van haar pasgeboren kind in het ziekenhuis binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke zorg heeft kunnen ontvangen. Als het om medische complicaties bij de moeder gaat dan wordt de zorg aansluitend aan de 10e dag na de geboorte van het kind gegeven. Bij ziekenhuisopname van het kind wordt de zorg gegeven als het kind na de 10e dag na de geboorte ontslagen wordt. De kraamzorgorganisatie stelt het aantal noodzakelijke kraamzorguren vast.

Wie mag de nazorg verlenen

Gediplomeerd kraamverzorgende of een verpleegkundige.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	100% van de kosten voor maximaal 12 uur, verdeeld over maximaal 4 dagen.
UMC Extra Zorg 2	100% van de kosten voor maximaal 12 uur, verdeeld over maximaal 4 dagen.
UMC Extra Zorg 3	100% van de kosten voor maximaal 12 uur, verdeeld over maximaal 4 dagen.
UMC Extra Zorg 4	100% van de kosten voor maximaal 12 uur, verdeeld over maximaal 4 dagen.

Artikel 36. Elektrische borstkolf

Omschrijving

Huur en/of aanschaf van een elektrische borstkolf.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Geen.
UMC Extra Zorg 3	Eenmalig tot maximaal € 80.
UMC Extra Zorg 4	Eenmalig tot maximaal € 80.

Artikel 37. Lactatiekundige zorg

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.

Wie mag de zorg verlenen

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

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 50 per bevalling.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 100 per bevalling.
UMC Extra Zorg 4	100% per bevalling.

Artikel 38. Geboortetens

Omschrijving

Vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een geboortetens.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Geen.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 80 voor de gehele looptijd van de verzekering.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 150 voor de gehele looptijd van de verzekering.

THUISZORG

Artikel 39. Huishoudelijke hulp vanaf 18 jaar

Omschrijving

Hulp bij het huishouden in Nederland aansluitend op uw ziekenhuisopname van minimaal 24 uur.

Wie mag de hulp leveren

Een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kunt u contact opnemen met onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Ons telefoonnummer vindt u op onze website.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Geen.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal 12 uur per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal 12 uur per kalenderjaar.

Bijzonderheden

1. De huishoudelijke hulp wordt binnen twee werkdagen na ontvangst van uw aanvraag door onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling geboden bij u thuis, tenzij u de hulp op een later moment wilt. De huishoudelijke hulp start uiterlijk binnen 4 weken na afloop van de ziekenhuisopname en moet gedurende een periode van maximaal 2 maanden aaneengesloten ingepland worden.
2. De hulp wordt geleverd op uw woonadres, zoals dat bij ons bekend is.
3. Onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging.
4. De eigen bijdrage uit de Wet maatschappelijk ondersteuning en de Wet langdurige zorg vergoeden wij niet.

Artikel 40. Kinderopvang

Omschrijving

Kinderopvang in Nederland bij u thuis voor uw kinderen tot de leeftijd van 12 jaar als:

1. uw kind ziek is, waardoor de reguliere kinderopvang geen doorgang kan vinden;
2. u of uw partner of een ander kind binnen uw gezin in het ziekenhuis opgenomen wordt.

Wie mag de opvang verzorgen

U kunt terecht bij een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van kinderopvang kunt u contact opnemen met onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Ons telefoonnummer vindt u op onze website.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Geen.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal 24 uur per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal 50 uur per kalenderjaar.

Bijzonderheden

Kinderopvang wordt maximaal binnen 2 werkdagen geboden bij u thuis, tenzij u de hulp op een later moment wilt.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 41. Groepszwemmen voor reumapatiënten

Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapeut.

Verwijzing

Medisch specialist.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	100%.
UMC Extra Zorg 2	100%.
UMC Extra Zorg 3	100%.
UMC Extra Zorg 4	100%.

Artikel 42. Voetbehandelingen

U krijgt een budget voor voetbehandelingen. Dat kunt u inzetten voor de reumatische voet en diabetische voet en voor podotherapie zoals hierna beschreven in artikel 42.1. en 42.2.

Het totale budget voor voetbehandelingen bedraagt

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Voor alle zorg samen: maximaal € 115 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Voor alle zorg samen: maximaal € 115 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Voor alle zorg samen: maximaal € 115 per kalenderjaar.

42.1. Voetbehandeling voor de reumatische voet en diabetische voet

Omschrijving

1. Voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis;
2. Voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Het doel van de behandelingen is (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen.

De zorgverlener kan in overleg met u ook extra verzorgende voetzorg uitvoeren die niet in het behandelplan staat. Hieronder valt bijvoorbeeld het knippen van gezonde nagels en het verwijderen van eelt dat geen risico geeft op een wond, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen. Het is belangrijk over deze niet-medisch noodzakelijke voetzorg vooraf te overleggen, omdat deze kosten niet worden vergoed.

Wie mag de zorg verlenen

1. Een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici;
2. Een medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
3. Een pedicure met aantekening 'Reumatische voet' of 'Diabetes voet';
4. Een pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
5. Een pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

Bijzonderheden

1. Uw podotherapeut of pedicure moet het zorgprofiel op de nota vermelden.
2. U heeft recht op bepaalde voetzorg bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole en voetverzorgingsadviezen. Vanaf zorgprofiel 2 en hoger heeft u ook recht op meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering in het artikel Huisartsenzorg.

Zorgprofielen

Uitleg over zorgprofielen vindt u op onze website in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u heeft.

42.2. Podotherapie

Omschrijving

Behandelingen van voetafwijkingen. Dit zijn: huid- en nagelaandoeningen, voetklachten of klachten aan het houdings- en bewegingssysteem door een afwijkend functioneren en/of afwijkende stand van de voeten.

Wie mag de zorg verlenen

Podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Artikel 43. Diëtetiek

Omschrijving

Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 3 behandeluren diëtetiek. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Wie mag de zorg verlenen

Diëtist.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

HUIDBEHANDELINGEN

Artikel 44. Camouflagetherapie

Omschrijving

Behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals die niet operatief kunnen worden verwijderd.

Wie mag de zorg verlenen

U kunt terecht bij een door ons hiervoor aangewezen zorgverlener. Een door ons aangewezen zorgverlener vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 165 per 3 aaneengesloten kalenderjaren.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 165 per 3 aaneengesloten kalenderjaren.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 165 per 3 aaneengesloten kalenderjaren.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 165 per 3 aaneengesloten kalenderjaren.

Artikel 45. Ontharing

Omschrijving

Behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat van een vrouw.

Wie mag de zorg verlenen

U kunt terecht bij een door ons hiervoor aangewezen zorgverlener. Een door ons aangewezen zorgverlener vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 445 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 445 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 445 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 445 per kalenderjaar.

Artikel 46. Acnebehandeling

Omschrijving

Behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen

U kunt terecht bij een door ons hiervoor aangewezen zorgverlener. Een door ons aangewezen zorgverlener vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Indicatie

Ernstige vorm van acne.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 26 per behandeling voor in totaal 15 behandelingen per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 26 per behandeling voor in totaal 15 behandelingen per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 26 per behandeling voor in totaal 15 behandelingen per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 26 per behandeling voor in totaal 15 behandelingen per kalenderjaar.

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 47. Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie

46.1. Reconstructieve chirurgie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van:

- een vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte, of;
- een vormverbeterende ingreep bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is, of;
- een correctie van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen voor de indicaties zoals hieronder opgenomen

Indicatie

- Correctie van de bovenoogleden of levatorplastiek:
 - als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt, of;
 - als 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;
 - bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.
- Het operatief plaatsen of het operatief vervangen van een borstprothese behalve als u recht heeft op deze zorg op basis van uw zorgverzekering.
- Het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.
- 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. Uw BMI is maximaal 30. Voor een buikwandcorrectie na bariatrische chirurgie mag uw BMI niet hoger zijn dan 35 (BMI ≤35).
- Correctie van flaporen bij kinderen in de leeftijd tot 18 jaar.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	100%.
UMC Extra Zorg 3	100%.
UMC Extra Zorg 4	100%.

Toestemming

U heeft 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 waarin de aard en omvang van de afwijking en de toe te passen behandeling.

Voor het aanvragen van toestemming voor de correctie van bovenoogleden of levatorplastiek, 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

De correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden is opgenomen in de zorgverzekering als door verlamming of verslapping sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking, of als de verlamming of verslapping het gevolg is als sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

46.2. Cosmetische of esthetische chirurgie

Toestemming

U heeft vooraf toestemming van ons nodig. Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien naar oordeel van onze medisch adviseur sprake is van bijzondere omstandigheden.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	- 50% van het honorarium van een medisch specialist; - 50% van de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.
UMC Extra Zorg 3	- 50% van het honorarium van een medisch specialist; - 50% van de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.
UMC Extra Zorg 4	- 50% van het honorarium van een medisch specialist; - 50% van de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Artikel 48. Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van sterilisatie en een hersteloperatie van sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist, of – als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat – een huisarts.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	100%.
UMC Extra Zorg 3	100%.
UMC Extra Zorg 4	100%.

Artikel 49. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving

Vergoeding van de kosten voor een vierde in-vitrofertilisatie (IVF) poging per te realiseren zwangerschap als aanvulling op de vergoeding die mogelijk is op grond van de zorgverzekering. De bij de behandeling noodzakelijke geneesmiddelen worden vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg in verband met een ivf-behandeling. Bent u gestart met een vierde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden.

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

De zorgverleners die wij voor deze zorg hebben gecontracteerd vindt u op onze website.

Verwijsbrief nodig van

Gynaecoloog of uroloog.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Geen.
UMC Extra Zorg 3	Vierde ivf-poging.
UMC Extra Zorg 4	Vierde ivf-poging.

IVF in het buitenland

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden. U heeft recht op vergoeding van de kosten van deze zorg tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Wilt u naar het buitenland voor een ivf-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. Ons telefoonnummer vindt u op onze website.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Artikel 50. Seksuologische zorg

Omschrijving

Zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies en ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Wie mag de zorg verlenen

Seksuoloog. De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of bedrijfsarts.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal 4 zittingen per kalenderjaar, tot € 60 per zitting.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal 4 zittingen per kalenderjaar, tot € 60 per zitting.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal 4 zittingen per kalenderjaar, tot € 60 per zitting.

Bijzonderheden

Een zitting duurt minimaal 60 minuten.

Artikel 51. Mindfulness bij burn-out klachten vanaf 18 jaar

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een 8-weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Wie mag de zorg verlenen

Mindfulnesstrainers aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

Indicatie

Burn-out klachten.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	maximaal € 350 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 2	maximaal € 350 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	maximaal € 350 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	maximaal € 350 per kalenderjaar.

Artikel 52. Cogmed tot 18 jaar

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van Cogmed voor verzekerden tot 18 jaar met een werkgeheugenprobleem of een leerprobleem veroorzaakt door ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder). De vergoeding van de methode betreft behandeling en licentiekosten.

Wie mag de zorg verlenen

Cogmed moet verzorgd worden door een psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, gezondheidszorgpsycholoog, kind- en jeugdpsycholoog die is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of een orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het register van de Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen (NVO). De behandelaar moet gecertificeerd zijn als Cogmed-coach. Kijk op de website welke Cogmed-coach de zorg mag verlenen.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Geen.
UMC Extra Zorg 3	maximaal € 400 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	maximaal € 400 per kalenderjaar.

Artikel 53. Neurofeedback tot 18 jaar

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van neurofeedback voor verzekerden tot 18 jaar met een diagnose ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

Wie mag de zorg verlenen

De zorg mag verleend worden door een psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, kind- en jeugdpsycholoog en gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven als neurofeedbackbehandelaar in het neurofeedbackregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Verwijsbrief van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Geen.
UMC Extra Zorg 3	maximaal € 1.000 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	maximaal € 1.000 per kalenderjaar.

GENEESMIDDELEN EN VITAMINES

Artikel 54. Geneesmiddelen

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdragen die volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die worden vergoed door de zorgverzekering.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheek of apothekhoudend huisarts.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Geen.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 250 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 250 per kalenderjaar.

Artikel 55. Vitamines

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.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheek of apothekhoudend huisarts.

Voorschrift van

Behandelend arts.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	100%.
UMC Extra Zorg 2	100%.
UMC Extra Zorg 3	100%.
UMC Extra Zorg 4	100%.

VERBLIJF

Artikel 56. Behandeling in een kuuroord

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van behandeling in een kuuroord voor een van de onderstaande indicaties.

Wie mag de zorg verlenen

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.

Indicatie

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

Toestemming

Verwijzing door een medisch specialist. U heeft voorafgaand aan de behandeling toestemming van ons nodig.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 885 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 885 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 885 per kalenderjaar.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 885 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

Niet vergoed worden de kosten van uw verblijf in het kuuroord.

Artikel 57. Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel, of meerdaagse vakantiereis

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van verblijf in een herstellingsoord of zorghotel, of meerdaagse vakantiereis.

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

Wie mag de zorg verlenen

Voor zorg zoals vermeld bij omschrijving onder 1, een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel of; voor zorg zoals vermeld bij omschrijving onder 2, Stichting de Zonnebloem.

Voor het aanvragen van een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website. De adviseur bespreekt met u of u aanspraak kunt maken op eerstelijnsverblijf vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) of Wet Langdurige Zorg (Wlz).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels vindt u op onze website. Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten of boekt u uw vakantiereis via een andere organisatie? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Indicatie

Alleen voor zorg zoals vermeld bij omschrijving onder 1 geldt:

Noodzakelijk verblijf voor:

1. herstel van ziekte bij het ontbreken van adequate verzorging thuis. Aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. herstel na mentale overbelasting of 'burn-out', op verwijzing van uw huisarts of medisch specialist;
3. het leren leven met een handicap en het steun bieden bij het opbouwen van een toekomstperspectief.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of 'burn-out' zoals beschreven onder Indicatie, punt 2.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	50% gedurende maximaal 6 weken.
UMC Extra Zorg 2	50% gedurende maximaal 6 weken.
UMC Extra Zorg 3	50% gedurende maximaal 6 weken.
UMC Extra Zorg 4	50% gedurende maximaal 6 weken.

Artikel 58. Logieskosten

Omschrijving

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

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 18 per dag.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 18 per dag.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 18 per dag.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 18 per dag.

Bijzonderheden

- U heeft uitsluitend recht op vergoeding als 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 59. Hospice

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op onze website vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio. Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons erkend is? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Maximaal € 130 per dag.
UMC Extra Zorg 2	Maximaal € 130 per dag.
UMC Extra Zorg 3	Maximaal € 130 per dag.
UMC Extra Zorg 4	Maximaal € 130 per dag.

BUITENLAND

Artikel 60. Spoedeisende zorg in verband met vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval. Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis dan vergoeden wij de kosten op basis van de laagste verpleegklasse.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. De UMC Alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wat moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de UMC Alarmcentrale (laten) inschakelen. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website. Schakelt u de UMC Alarmcentrale niet in? Dan vergoeden wij de kosten op basis van de tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling in Nederland had plaatsgevonden.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	100%.
UMC Extra Zorg 2	100%.
UMC Extra Zorg 3	100%.
UMC Extra Zorg 4	100%.

Artikel 61. Repatriëring

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van uw medisch noodzakelijk vervoer uit het buitenland of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot vanuit het buitenland naar een plaats in Nederland.

Wie mag de repatriëring verzorgen

UMC Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

Wordt de repatriëring niet verzorgd door de UMC Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	100%.
UMC Extra Zorg 2	100%.
UMC Extra Zorg 3	100%.
UMC Extra Zorg 4	100%.

Bijzonderheden

1. Wij vergoeden de kosten niet indien de reden van repatriëring te voorzien was in verband met een bestaande medische aandoening.
2. De UMC Alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:
 - de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
 - behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.
3. De kosten van het vervoer van uw stoffelijk overschot worden uitsluitend vergoed als u bij leven tijdelijk (zonder vaste woon- of verblijfplaats) in het buitenland verbleef.

Artikel 62. Niet-spoedeisende zorg in verband met vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving

Als u tijdelijk in het buitenland verblijft, dan heeft u ook recht op de vergoeding van kosten van zorg zoals opgenomen in deze aanvullende verzekering(en). Onder tijdelijk verstaan wij een verblijf van maximaal 365 dagen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1
UMC Extra Zorg 2
UMC Extra Zorg 3
UMC Extra Zorg 4

Vergoeding vindt plaats op grond van deze verzekeringsvoorwaarden en op basis van Nederlandse tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/ aanschaf in Nederland had plaatsgevonden.

MONDZORG

Artikel 63. Kronen ten gevolge van een ongeval

Omschrijving

Kroon- en brugwerk ten gevolge van een ongeval voor verzekerden tot 27 jaar. Op indicatie kan in plaats van een brug ook een kroon met implantaat voor vergoeding in aanmerking komen. Onder ongeval verstaan we een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts.

Toestemming

U heeft voorafgaand aan de behandeling toestemming van ons nodig.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1
UMC Extra Zorg 2
UMC Extra Zorg 3
UMC Extra Zorg 4

100%.
100%.
100%.
100%.

ORTHODONTIE

Artikel 64. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

64.1. Bijzondere orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Orthodontische zorg door tandartsen en orthodontisten.

Indicatie

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

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

Toestemming

U heeft voor de indicaties onder 1 en 2 vooraf onze toestemming nodig.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1
UMC Extra Zorg 2
UMC Extra Zorg 3
UMC Extra Zorg 4

80% van de kosten.
80% van de kosten.
80% van de kosten.
100% van de kosten.

Bijzonderheden

1. 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.
2. Er wordt geen vergoeding verleend als de apparatuur gerepareerd moet worden na onzorgvuldig gebruik of in geval van verlies.

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. Deze lijst is gesplitst in drie categorieën (A, B en C) met daarbij behorende tarieven. In de aanvullende verzekering kunnen alleen de tarieven die horen bij categorie A worden gedeclareerd.

64.2. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Orthodontische zorg door tandartsen en orthodontisten.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	Geen vergoeding.
UMC Extra Zorg 2	80% tot maximaal € 1.250 voor de gehele looptijd van de aanvullende verzekering.
UMC Extra Zorg 3	80% tot maximaal € 2.500 voor de gehele looptijd van de aanvullende verzekering.
UMC Extra Zorg 4	100% van de kosten.

Bijzonderheden

1. 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.
2. Er wordt geen vergoeding verleend als de apparatuur gerepareerd moet worden na onzorgvuldig gebruik of in geval van verlies

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. Deze lijst is gesplitst in drie categorieën (A, B en C) met daarbij behorende tarieven. In de aanvullende verzekering kunnen alleen de tarieven die horen bij categorie A worden gedeclareerd.

Artikel 65. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

65.1. Bijzondere orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Orthodontische zorg door tandartsen en orthodontisten.

Indicatie

1. Een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) als de noodzaak tot behandeling het directe 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.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

Toestemming

U heeft voor de indicaties onder 1 en 2 vooraf onze toestemming nodig.

Vergoeding

UMC Extra Zorg 1	80% van de kosten.
UMC Extra Zorg 2	80% van de kosten.
UMC Extra Zorg 3	80% van de kosten.
UMC Extra Zorg 4	100% van de kosten.

Bijzonderheden

Er wordt geen vergoeding verleend als de apparatuur gerepareerd moet worden na onzorgvuldig gebruik of in geval van verlies.

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. Deze lijst is gesplitst in drie categorieën (A, B en C) met daarbij behorende tarieven. In de aanvullende verzekering kunnen alleen de tarieven die horen bij categorie A worden gedeclareerd.

65.2. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Orthodontische zorg door tandartsen en orthodontisten.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

UMC Extra Zorg 1	Geen.
UMC Extra Zorg 2	Geen.
UMC Extra Zorg 3	Geen.
UMC Extra Zorg 4	100% tot maximaal € 300 voor de gehele looptijd van de aanvullende verzekering.

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. Deze lijst is gesplitst in drie categorieën (A, B en C) met daarbij behorende tarieven. In de aanvullende verzekering kunnen alleen de tarieven die horen bij categorie A worden gedeclareerd.

III. UMC Extra Tand

TANDHEELKUNDIGE ZORG

Artikel 66. Mondzorg

U krijgt een budget voor mondzorg. Dat kunt u inzetten voor algemene tandheelkundige zorg en voor de eigen bijdrage gebitsprothese (kunstgebit) zoals hierna beschreven in artikel 66.1. en 66.2.

Het totale budget voor mondzorg bedraagt

UMC Extra Tand 1	Maximaal € 250 per kalenderjaar: 100% voor consulten (C-codes), preventieve mondzorg (M-codes), bepaalde tandvleesbehandelingen (T21,T22, T41, T42, T43 en T44), en 80% voor overige behandelingen.
UMC Extra Tand 2	Maximaal € 750 per kalenderjaar: 100% voor consulten (C-codes), preventieve mondzorg (M-codes), bepaalde tandvleesbehandelingen (T21,T22, T41, T42, T43 en T44), en 80% voor overige behandelingen.
UMC Extra Tand 3	Maximaal € 1.250 per kalenderjaar: 100% voor consulten (C-codes), preventieve mondzorg (M-codes), bepaalde tandvleesbehandelingen (T21,T22, T41, T42, T43 en T44), en 80% voor overige behandelingen.

66.1 Algemene tandheelkundige zorg

Omschrijving

Bijvoorbeeld een (half)-jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje of het trekken van een kies. Onder de vergoeding voor tandheelkundige zorg vallen de volgende (be)handelingen:

- consulten en diagnostiek (C-codes, behalve C84 (voorbereiding narcose));
- preventieve mondzorg (M-codes), de kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar;
- verdoving (A- en B-codes, behalve A20 (algehele narcose of sedatie));
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes, behalve E97 en E98 (uitwendig bleken));
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes);
- tandvleesbehandelingen (T-codes);
- kronen, bruggen en opbouw (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);
- gedeeltelijke protheses (P-codes).

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.

66.2 Eigen bijdrage gebitsprothese (kunstgebit)

Omschrijving

Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknopen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

IV. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering(en): de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen UMC Extra Zorg en UMC Extra Tand. Binnen UMC Extra Zorg kunt u een keuze maken uit 4 pakketten: UMC Extra Zorg 1, UMC Extra Zorg 2, UMC Extra Zorg 3 en UMC Extra Zorg 4. Binnen de UMC Extra Tand kunt u een keuze maken uit 3 pakketten: UMC Extra Tand 1, UMC Extra Tand 2 en UMC Extra Tand 3. U kunt de aanvullende verzekering als aanvulling op een zorgverzekering van UMC Zorgverzekering sluiten.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnosebehandelcombinatie (dbc): een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt, tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. 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 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

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.

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.

Mantelzorger: een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

Schriftelijk: waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

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

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst 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 aangegeven.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

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.

Zorghotel: een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverzekeraar / NV Zorgverzekeraar UMC: verzekeraar gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvKnummer: 09154428. Zorgverzekeraar UMC is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001037. Zorgverzekeraar UMC is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt Zorgverzekeraar UMC aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.



UMC Zorgverzekering

De zorgverzekering van universitair medische centra

Meer informatie

Heeft u na het lezen van deze voorwaarden nog vragen.

Of wilt u meer informatie? Kijk dan op www.umczorgverzekering.nl.