

Deze voorwaarden zijn van kracht met ingang van
1 januari 2012 en vervangen de voorgaande versie.

OZF Achmea.
Uw zorgverzekeraar.



Polisvoorwaarden Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen 2012

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

Inhoudsopgave

Polisvoorwaarden 2012

Deel A - Verzekeringsvoorwaarden

Artikel

- | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Begripsomschrijvingen | 31 | Dyslexiezorg |
| 2 | Kring der verzekerden | 32 | Eerstelijnspsychologische zorg |
| 3 | Zorgverzekeraar | 33 | Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) |
| 4 | Grondslag van de zorgverzekering | 34 | Psychiatrische ziekenhuisopname |
| 5 | Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van de zorgverzekering | 35 | Niet-klinische dialyse |
| 6 | Persoonsgegevens, zorgpolis, polisblad en zorgpas | 36 | In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen en invriezen van sperma |
| 7 | Premie | 37 | Oncologie onderzoek bij kinderen |
| 8 | Automatische incasso | 38 | Astma Centrum in Davos (Zwitserland) |
| 9 | Verplichtingen van de verzekerde | 39 | Mechanische beademing |
| 10 | Onrechtmatige inschrijving en verrekening | 40 | Trombosedienst |
| 11 | Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen | 41 | Audiologisch centrum |
| 12 | Aanspraak en uitsluitingen | 42 | Erfelijkheidsonderzoek en -advisering |
| 13 | Eigen risico | 43 | Huisartsenzorg |
| 14 | Medisch adviseur | 44 | Ketenzorg |
| 15 | Declareren | 45 | Farmaceutische zorg |
| 16 | Geneeskundige noodhulp buiten het woonland | 46 | Revalidatie |
| 17 | Coulance | 47 | Fysiotherapie en oefentherapie |
| 18 | Wijziging van premie en/of voorwaarden | 48 | Ergotherapie |
| 19 | Geschillen | 49 | Logopedie |
| 20 | Fraude | 50 | Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus |
| 21 | Aansprakelijkheid OZF | 51 | Hulpmiddelen |
| 22 | Geldend maken van zorgaanspraken | 52 | Prenatale screening |
| | | 53 | Bevalling en verloskundige zorg |
| | | 54 | Kraamzorg |
| | | 55 | Verpleging buiten het ziekenhuis (extramuraal) |
| | | 56 | Vervoer van zieken |
| | | 57 | Buitenland |
| | | 58 | Tandheelkundige zorg tot 18 jaar |
| | | 59 | Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - algemeen |
| | | 60 | Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) |
| | | 61 | Implantaten |
| | | 62 | Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap |
| | | 63 | Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen |
| | | 64 | Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen |

Deel B - Vergoedingsvoorwaarden

Artikel

- | | |
|----|------------------------------------------------------------------|
| 23 | Algemeen |
| 24 | Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis |
| 25 | Zelfstandig behandelcentrum |
| 26 | Plastische chirurgie |
| 27 | Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg (poliklinisch) |
| 28 | Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg (extramuraal) |
| 29 | Second opinion |
| 30 | Orgaantransplantaties |

Deel A: Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Apotheekhoudende

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

Arts

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

Arts voor de Jeugdgezondheidszorg

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

Audiologische zorg

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

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts

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

Bemoezorg

Sociaal-psychotherapeutische hulpverlening met als doel om zorgmijdende, kwetsbare groepen te behandelen die in behoeftige of anderszins verkommerde omstandigheden leven maar de stap naar de reguliere hulpverlening nog niet kunnen, of niet meer willen maken.

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

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

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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

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

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Geboortecentrum

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

Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS)

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

Gezín

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Hulpmiddelenzorg

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

IDEA-contract

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

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Ketenzorg

Ketenzorg is een zorgprogramma voor een specifieke chronische aandoening zoals COPD of diabetes waar meerdere zorgverleners uit verschillende disciplines aan deelnemen.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een psycholoog die zich na een universitaire studie, door opleiding en werkervaring, gekwalificeerd heeft op het gebied van de kinder- en jeugdpsychologie en die als zodanig is ingeschreven bij het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

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

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Medische noodzaak

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

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

Oefentherapeut

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

Opname

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

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Polisblad

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

Preferente geneesmiddelen

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

Psychiater/zenuwarts

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

Psychotherapeut

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

Revalidatie

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

Seksuologisch hulpverlener

Degene die in het bezit is van een registratie als seksuologisch hulpverlener van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

U/uw

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

Verblijf

Een opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

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

Wet BIG

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

Wij/ons

OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

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

Zorggroep

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

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

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

Zorgverzekering

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

Artikel 2 Kring der verzekerden

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

Artikel 3 Zorgverzekeraar

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

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

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

4.2 Kosten van zorg

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

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

4.3 Aanspraak op vergoeding van kosten

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

4.4 Recht op zorg

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

Artikel 5 Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van de zorgverzekering**5.1 Totstandkoming van de verzekering**

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Ingangsdatum en duur van de verzekering

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

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

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

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

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

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

5.4 Einde van de zorgverzekering

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

5.4.2 U (verzekeringnemer) kunt de zorgverzekering beëindigen:

- Door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk. Indien de verzekering niet wordt opgezegd, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van 1 kalenderjaar.
- Door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december een basisverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering opzegt. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- Als u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde door een andere zorgverzekering wordt verzekerd. Als de opzegging bij ons voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering binnen is, kan de zorgverzekering beëindigd worden met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe zorgverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u heeft opgezegd.
- Wanneer de reden van opzegging een overstap betreft van de ene collectieve basisverzekering naar de andere collectieve basisverzekering in verband met het beëindigen van of het aangaan van een (nieuw) dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand.
- Bij beëindiging van deelname aan een collectieve zorgverzekering via een uitkeringsinstantie, wanneer de reden van opzegging betreft óf deelname aan een collectieve zorgverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, of door deelname aan een collectieve zorgverzekering wegens een nieuw dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het collectief is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand.

5.4.3 De zorgverzekering eindigt:

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

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

Artikel 6 Persoonsgegevens, zorgpolis, polisblad en zorgpas

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

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

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

6.2 OZF verstrekt ten bewijs van de verzekering aan iedere verzekeringnemer een polisblad. Tevens ontvangt iedere verzekerde een zorgpas ten behoeve van zorgverleners. Deze pas is strikt persoonlijk, geldt voor de daarop aangegeven periode en doet tevens dienst als Europese Verzekeringskaart. Op vertoon van de pas kan de verzekerde zorg inroepen bij de door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder(s) waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat. De verzekerde dient zich bij vertoon van de pas tegenover de zorgverlener op diens verzoek te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of een vreemdelingendocument. Aan de pas kunnen geen rechten worden ontleend. Bij verlies van de pas dient de verzekerde dit direct aan OZF te melden waarna een nieuwe pas wordt toegezonden. OZF behoudt zich het recht voor per verloren pas een bedrag van € 7,50 in rekening te brengen.

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

Artikel 7 Premie

7.1 Premievaststelling

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

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

7.2 Bedrag premie

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

7.3 Premiebetaling

7.3.1 U (verzekeringnemer) betaalt de premie bij vooruitbetaling.

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

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

7.4 Niet-tijdige betaling

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

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

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

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

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

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

- Een machtiging van u (verzekeringnemer) aan ons tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen.
- Afspraken over de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van u (verzekeringnemer) aan ons, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden.

- Een toezegging van ons, inhoudende dat wij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, zoals bedoeld in de tekst achter het tweede aandachtsstreepje van dit artikel (7.5.1) zullen beëindigen, schorsen of opschorten, zolang u (verzekeringnemer) de machtiging of opdracht, bedoeld in de tekst achter het eerste aandachtsstreepje van dit artikel (7.5.1), niet intrekt en de afspraken, zoals bedoeld in de tekst achter het tweede aandachtsstreepje van dit artikel (7.5.1), nakomt.

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

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

7.5.3 In het aanbod staat tevens opgenomen dat u (verzekeringnemer) een termijn van 4 weken heeft om het te aanvaarden. Indien u (verzekeringnemer) niet ingaat op de voorgestelde betalingsregeling of op andere wijze de betalingsachterstand niet voldoet dan ontvangt u (verzekeringnemer) bij een achterstand in de premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) ter hoogte van 4 maanden een waarschuwing (4-maandsbrief) dat u (verzekeringnemer) zult worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke premieregime als de achterstand in premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) is gestegen tot 6 maanden.

U (verzekeringnemer) heeft het recht om binnen 4 weken nadat deze voorgenomen melding aan u (verzekeringnemer) kenbaar is gemaakt hiertegen bezwaar te maken.

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

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

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

- Als de premieachterstand door u (verzekeringnemer) tijdig is betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt.
- Gedurende de in artikel 7.5.5 genoemde termijn.
- In geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist.

- Indien u (verzekeringnemer) zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en kunt aantonen dat u in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten (artikel 18c lid 2 Zvw).
- Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 7.5.1 ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de verschuldigde premie ter hoogte van 4 maandpremies is ontstaan en zolang nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

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

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

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

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

Artikel 8 Automatische incasso

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

Artikel 9 Verplichtingen van de verzekerde

9.1 U bent verplicht:

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

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

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

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

Artikel 10 Onrechtmatige inschrijving en verrekening

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

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

Artikel 11 Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen

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

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

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

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

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

Artikel 12 Aanspraak en uitsluitingen

12.1 Aanspraken

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

12.2 Uitsluitingen

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

12.3 Evenmin bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

- De eigen bijdrage krachtens de AWBZ en die van bevolkingsonderzoek.
- Aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet).
- Kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg.
- Grieprikken, behandeling tegen snurken, behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan, behandelingen gericht op circumcisie en het afgeven van doktersverklaringen, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.
- Schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).
- Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf ten laste van uw verzekering. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad van u (verzekerde) dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling bij ons wilt declareren.

12.4 Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natuuruitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht (Wft) van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het clauseblad terrorismedeckering van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen en is in te zien via onze website.

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

Artikel 13 Eigen risico

13.1 Verplicht eigen risico

13.1.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de zorgverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 220,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

13.1.3 Het verplicht eigen risico van € 220,- wordt ingehouden op de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van zorgkosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering gemaakt worden. Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:

- De kosten van zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2013 door ons zijn ontvangen.
- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht.
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. Een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld.
 - b. Vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- Nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken.
- Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

13.1.4 Vrijstelling verplicht eigen risico

Vrijgesteld van het verplicht eigen risico zijn:

- Een aantal specifieke medisch specialistische ziekenhuisbehandelingen uit artikel 24, 25, 27 en 28 van de aanspraken van de OZF Zorgpolis. Een overzicht van deze specifieke medisch specialistische behandelingen en/of aandoeningen kunt u vinden via onze website of bij ons opvragen.
- Om in aanmerking te komen voor deze vrijstelling van het verplicht eigen risico, dient u op het moment van verwijzing contact op te nemen met onze afdeling Zorgbemiddeling voor een vrijblijvend zorgadvies en dient u de afspraak voor een eerste consult bij een medisch specialist door de afdeling Zorgbemiddeling te laten maken. Dit kan door het invullen van een aanvraagformulier via onze website of door telefonisch contact met ons op te nemen. Direct na het eerste consult nemen wij telefonisch contact met u op. Aan de hand van dit telefoongesprek zal worden bepaald of u voor de behandeling, conform de polisvoorwaarden, kunt worden vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

- De kosten van het online programma "Kleur je Leven" vallend onder artikel 32 van de aanspraken van de OZF Zorgpolis. Vrijstelling vindt alleen plaats als de volledige behandeling daadwerkelijk wordt ondergaan.

13.2 Vrijwillig gekozen eigen risico

13.2.1 Het vrijwillig gekozen eigen risico bedraagt € 0,- per verzekerde per kalenderjaar, tenzij een hoger vrijwillig gekozen eigen risico is overeengekomen. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder kan op schriftelijk verzoek van verzekerde een hoger vrijwillig gekozen eigen risico worden overeengekomen.

De vrijwillig gekozen eigen risicoklassen bedragen € 0,- / € 100,- / € 200,- / € 300,- / € 400,- of € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis en kunt u vinden via onze website.

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

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

- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht.
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. Een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld.
 - b. Vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- De kosten van tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese (kunstgebit).
- Nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken.
- Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

13.2.4 Wijziging vrijwillig gekozen eigen risico

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

13.3 Berekening verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

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

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

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

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

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

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

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

13.4 Verrekening rechtstreekse betaling aan zorgverlener

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

Artikel 14 Medisch adviseur

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

Artikel 15 Declareren

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

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

De behandelende zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft

uitgevoerd. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is. Buitenlandse nota's dienen te zijn vergezeld van het volledig ingevulde declaratieformulier buitenland.

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

15.3 Betaling van vergoedingen geschiedt door overboeking in Euro's op de Nederlandse bank- of girorekening van verzekeringnemer. Bij betaling op buitenlandse rekeningnummers kunnen bankkosten in rekening worden gebracht. Nota's die voor volledige vergoeding in aanmerking komen worden, op duidelijk op de ingediende rekening vermeld verzoek, rechtstreeks aan de zorgverlener betaald.

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

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

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

Artikel 16 Geneeskundige noodhulp buiten het woonland

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

De ziektekosten uitgaande boven het dekkingsmaximum van deze polis blijven voor rekening van de verzekerde. Voor zover deze kosten door Eurocross zijn betaald, worden deze geacht voor rekening van de verzekerde te zijn betaald en wordt verzekerde geacht aan OZF een volmacht tot automatische incasso te hebben verleend van de voor zijn rekening betaalde onverzekerde kosten.

Artikel 17 Couulance

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

Artikel 18 Wijziging van premie en/of voorwaarden

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

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

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

Artikel 19 Geschillen

19.1 Op deze polis is het Nederlands recht van toepassing.

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

19.3 Na ontvangst wordt uw klacht opgenomen in ons klachtenregistratiesysteem en ontvangt u hiervan een bevestiging. U ontvangt binnen 3 weken een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de afhandeling van uw klacht, dan informeert de afdeling Klachtenbehandeling u hierover.

19.4 Wanneer u het niet eens bent met de afhandeling van uw klacht dan heeft u de mogelijkheid een herbeoordeling bij ons aan te vragen. Uw herbeoordelingsverzoek kunt u per brief, e-mail, telefonisch, internet of per faxbericht bij de afdeling Klachtenbehandeling indienen. U ontvangt hiervan een bevestiging en ontvangt binnen 3 weken een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de herbeoordeling van uw klacht, dan informeert de afdeling Klachtenbehandeling u hierover.

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

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

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

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

Artikel 20 Fraude

20.1 Algemeen

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

20.2 Verval van recht op vergoeding

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

20.3 Gevolgen

Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:

- Aangifte doen bij de politie.
- De verzekeringsovereenkomst beëindigen.
- Registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.
- Uitgekeerde vergoedingen en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

Artikel 21 Aansprakelijkheid OZF

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

Artikel 22 Geldend maken van zorgaanspraken

22.1 Keuze zorgverlener

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

Wij verstrekken informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee een dergelijke overeenkomst bestaat.

22.2 Niet-gecontracteerde zorg

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

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

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

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

22.3 Verrekening kosten

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

22.4 Zorgbemiddeling

U heeft recht op zorgbemiddeling.

22.5 Acute zorg/noodhulp

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

Deel B: Vergoedingsvoorwaarden

Artikel 23 Algemeen

- Deze verzekeringsovereenkomst omvat de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg in geheel Nederland. Zie artikel 57 "Buitenland" voor aanspraken op zorg in het buitenland.
- Aanspraak bestaat op (gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten van) de noodzakelijke medische zorg zoals hierna omschreven met uitzondering van de uitsluitingen genoemd in artikel 12.3.
- Bij een verwijzing dient de indicatie en zo mogelijk de voorgeschreven behandeling duidelijk te worden aangegeven.
- Op verzoek van OZF dient u de huisarts of specialist te machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur kenbaar te maken.

Artikel 24 Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. Wij vergoeden de kosten van:

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

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

Voor een specifiek aantal behandelingen en/of aandoeningen moet u van te voren contact met ons opnemen. De lijst met specifieke behandelingen en/of aandoeningen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij eens door ons gecontracteerde zorgverlener.

De door ons, voor deze specifieke behandelingen en/of aandoeningen, gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons tenminste 3 weken voor ziekenhuisopname om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, tandarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

Uitsluiting

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

Artikel 25 Zelfstandig behandelcentrum

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

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

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

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

Voorwaarden

- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons tenminste 3 weken voor de dagbehandeling om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, tandarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist.

Artikel 26 Plastische chirurgie

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

- Afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- Verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- De volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- Verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij een geboorte aanwezige chronische aandoening.
- De buikwand (het abdominoplastiek).
- Primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard) bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.

Voor een specifiek aantal behandelingen en/of aandoeningen moet u van te voren contact met ons opnemen. De lijst met specifieke behandelingen en/of aandoeningen kunt u vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij eens door ons gecontracteerde zorgverlener.

De door ons, voor deze specifieke behandelingen en/of aandoeningen, gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

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

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

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

Artikel 27 Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

- Medisch specialistische of kaakchirurgische zorg met uitzondering van paradontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie
- De bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook; de behandeling van specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Voor een specifiek aantal behandelingen en/of aandoeningen moet u van te voren contact met ons opnemen. De lijst met specifieke behandelingen en/of aandoeningen kunt u vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener.

De door ons, voor deze specifieke behandelingen en/of aandoeningen, gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische hulp betreft of een andere medisch specialist. Voor de oogarts en acute zorg heeft u geen verwijzing nodig.

Uitsluiting

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

Artikel 28 Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg (extramuraal)

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

Wij vergoeden de kosten van:

- Medisch specialistische zorg en kaakchirurgische zorg met uitzondering van paradontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie.
- De bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook de behandeling van specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts voor de jeugd-gezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist. Voor acute zorg heeft u geen verwijzing nodig.

Uitsluiting

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

Artikel 29 Second opinion

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

Voorwaarden

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

Artikel 30 Organtransplantaties

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van:

- Transplantatie in een ziekenhuis van de weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien

de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

- De specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor, het onderzoek, de preservatie, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.
- Transplantatie in een zelfstandig behandelcentrum indien dit op grond van wet- en regelgeving is toegestaan.

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

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

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

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

Voorwaarde

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

Artikel 31 Dyslexiezorg

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.

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

Voorwaarden

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

Artikel 32 Eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist en/of seksuologisch hulpverlener. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg omvat ten hoogste 5 zittingen (van maximaal 1 uur) eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per zitting.

De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is.

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

Eerstelijnspsychologische zorg kan ook worden verleend via internet door middel van programma's die wij hebben erkend.

Een overzicht met de door ons erkende internetprogramma's en de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen kunt u vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voor deze internetprogramma's geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 50,- per programma.

Voorwaarden

- U moet, met uitzondering van het internetprogramma "Kleur je Leven", zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, of een arts voor jeugdgezondheidszorg.

- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Uitsluitingen

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

Artikel 33 Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ)

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

Wij vergoeden de kosten van:

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

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

Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt voor DBC's tot 100 minuten een wettelijke eigen bijdrage van € 100,-. Voor DBC's vanaf 100 minuten geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 200,-. De wettelijke eigen bijdrage bedraagt in totaal maximaal € 200,- per kalenderjaar (exclusief de eigen bijdrage voor verblijf van € 145,- per maand). Deze wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor de DBC's 'indirecte tijd', 'crisis' en voor zorg die door een psychiater in een instelling wordt verleend met toepassing van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

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

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

Voorwaarden

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

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen.

Artikel 34 Psychiatrische ziekenhuisopname

Wij vergoeden de kosten van opname in een GGZ-instelling (psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) gedurende ten hoogste 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en niet-psychiatrische ziekenhuisopname. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt een eigen bijdrage van € 145,- per maand. Gedurende de eerste 31 dagen van het verblijf is geen bijdrage verschuldigd.

Een onderbreking van ten hoogste 7 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 31 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

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

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde GGZ-instelling vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde GGZ-instelling.

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

Voorwaarden

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

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van verblijf verband houdende met de behandeling van aanpassingsstoornissen.

Artikel 35 Niet-klinische dialyse

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

Daarnaast hebt u bij thuisdialyse aanspraak op:

- Vergoeding van de kosten die verband houden met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn.

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

Voorwaarde

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

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

36.1 IVF

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van de eerste, tweede en derde poging In Vitro Fertilisatie (IVF) per te realiseren doorgaande zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

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

1. Rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw.
2. De follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen).
3. Bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium.
4. De terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde de zwangerschap te doen ontstaan.

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

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.
- Bij de vrouwelijke verzekerde wordt IVF tot en met de 40-jarige leeftijd vergoed. Na de 40-jarige leeftijd komt IVF voor vergoeding in aanmerking, mits de effectiviteit van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld en is vastgesteld.
- Bij een fysiologische (spontane) zwangerschap wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie.
- Bij een zwangerschap na een IVF-behandeling wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste 10 weken te rekenen vanaf de follikelpunctie of, indien de IVF heeft plaatsgevonden door middel van het terugplaatsen van de ingevroren embryo's, een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen te rekenen vanaf de implantatie.

- Het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS) is van toepassing. Wij vergoeden de kosten maximaal tot de door de overheid vastgestelde bedragen.

36.2 Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

U heeft aanspraak op vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Bij de vrouwelijke verzekerde vrouwen worden vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen tot en met 40 jaar vergoed. Na de 40-jarige leeftijd komen deze behandelingen voor vergoeding in aanmerking, mits de effectiviteit van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld en is vastgesteld.
- U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de toegepaste geneesmiddelen, als u de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven voor een andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling dan de vierde en volgende IVF-behandeling.

36.3 Invriezen van sperma

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

Voorwaarden

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

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

Artikel 37 Oncologie onderzoek bij kinderen

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

Artikel 38 Astma Centrum in Davos (Zwitserland)

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

Voorwaarden

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

Artikel 39 Mechanische beademing

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

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

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

Artikel 40 Trombosedienst

U heeft aanspraak op zorg door de trombosedienst.

De zorg omvat:

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Artikel 41 Audiologisch centrum

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

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

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

Voorwaarde

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

Artikel 42 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

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

- Het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek.
- Chromosoomonderzoek.
- Biochemische diagnostiek.
- Ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek.
- Erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.

Artikel 43 Huisartsenzorg

U heeft aanspraak op geneeskundige zorg verleend door een huisarts, bedrijfsarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De aanspraak omvat ook röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts of bedrijfsarts. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Artikel 44 Ketenzorg

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

Als u geen gebruik maakt van ketenzorg via een door ons gecontracteerde zorggroep, heeft u alleen recht op vergoeding van zorg voor Diabetes Mellitus 2 en COPD zoals huisartsen en medische specialisten die plegen te bieden. De zorg wordt dan vergoed conform de artikelen 27, 28 en 43 van deze polis. De door ons gecontracteerde zorggroepen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Artikel 45 Farmaceutische zorg

Algemeen

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

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

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

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

- Alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft afgesloten.
- De bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door ons en zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg, indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract; Andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, wanneer het rationele farmacotherapie betreft. Dit zijn geneesmiddelen die:
 - Door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid.
 - Volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet of;
 - volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.
- Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Bij levering van farmaceutische zorg door een apotheekhoudende zonder contract vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde apotheekhoudende. De door ons gecontracteerde apotheekhoudenden met een IDEA-contract of een contract met preferentiebeleid kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheekhoudenden kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

De door Achmea vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten kunt u vinden via onze website. Evenals het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg en de door Achmea aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U kunt de maximale vergoedingen, het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg en de lijst met geregistreerde middelen ook bij ons opvragen.

Voorwaarden geneesmiddelen en dieetpreparaten

- De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts of verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- De geneesmiddelen moeten geleverd worden door een apotheekhoudende. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen heeft u uitsluitend recht op vergoeding van een niet door Achmea aangewezen geneesmiddel als er sprake is van medische noodzaak. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door Achmea aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. De voorschrijver dient dit op het recept aan te geven.
- Wij vergoeden de kosten van dieetpreparaten en de geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden alleen, wanneer is voldaan aan de voorwaarden die wij stellen in bijlage 1 "nadere voorwaarden voor vergoeding" van het reglement Farmaceutische Zorg.

Voorwaarden van (deel)prestaties

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

Uitsluitingen

De volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:

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

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

Artikel 46 Revalidatie

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van revalidatie, maar uitsluitend als:

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

Revalidatie kan plaatsvinden:

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

Voorwaarde

De behandelende instelling moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij de behandelende instelling een garantieverklaring.

Artikel 47 Fysiotherapie en oefentherapie

Let op: Met chronische aandoeningen bedoelen wij de aandoeningen die op de zogenaamde 'Chronische lijst' (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) staan vermeld. De overheid heeft deze lijst opgesteld. De naam van deze lijst doet denken dat alle aandoeningen die chronisch zijn op deze lijst staan, dit is echter niet het geval! Daarnaast staan ook niet-chronische aandoeningen op deze lijst. Wilt u weten of uw aandoening op deze lijst voorkomt dan kunt u dit aan uw fysiotherapeut vragen.

De lijst kunt u tevens vinden in de brochure 'Paramedische Zorg', welke u kunt downloaden via onze website of bij ons opvragen. U kunt bij vragen ook contact met ons opnemen.

47.1 Chronische aandoeningen

Wij vergoeden per aandoening de kosten van de 21e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. De behandelingsduur van bepaalde aandoeningen is gemaximeerd. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de brochure "Paramedische Zorg" en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vergoeden wij tevens de kosten van de eerste 20 behandelingen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

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

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

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure "Paramedische Zorg".

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

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de zorgverzekering.
- Voor vergoeding van de kosten van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde huidtherapeut. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

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

47.2 Niet-chronische aandoeningen

Voor verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij per aandoening de kosten van 9 behandelingen per kalenderjaar door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Als u na deze 9 behandelingen nog steeds last heeft van de aandoening vergoeden wij, als dit medisch noodzakelijk is, maximaal 9 extra behandelingen; het totaal komt dan op maximaal 18 behandelingen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

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

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

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure "Paramedische Zorg".

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

Voorwaarden

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

Uitsluitingen

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

47.3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie

Wij vergoeden de kosten van de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut bij urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden.

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

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

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Deze verwijzing is nodig om recht op vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie vanuit de zorgverzekering.
- Voor vergoeding van de kosten van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde bekkenfysiotherapeut moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 48 Ergotherapie

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

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

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

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde ergotherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze ergotherapeuten hebben wij afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTE (Directe Toegang Ergotherapie) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde ergotherapeuten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Artikel 49 Logopedie

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

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

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

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde logopedisten kunt u eveneens vinden via onze website of bij ons opvragen.

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

Voorwaarde

U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, tandarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van kosten van logopedie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde logopedisten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid.

Met deze logopedisten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing.

DTL (Directe Toegankelijkheid Logopedie) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde logopedisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

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

Artikel 50 Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus

Wij vergoeden aan verzekerden met diabetes de kosten van voetonderzoek en behandeling bij een matig verhoogd of hoog risico op ulcera, door een podotherapeut of pedicure .

Voorwaarden

- De pedicure moet, met de kwalificatie Diabetische Voet (DV), geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.
- U moet bij behandeling in verband met diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger) eenmalig een medische indicatie van de huisarts, een medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen.
- Op de nota moet de zorgverlener het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermelden.

Uitsluitingen

- Voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure aan verzekerden met Diabetes Mellitus type 2 die aanspraak hebben gemaakt op ketenzorg voor Diabetes Mellitus type 2 waarin de voetbehandeling is opgenomen (artikel 44).
- Wij vergoeden niet de kosten van hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Vergoeding is eventueel mogelijk onder de dekking van artikel 51 Hulpmiddelen.

Artikel 51 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

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

overeenkomstig het Achmea Reglement Hulpmiddelen.

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

Wanneer u een hulpmiddel aanschaft bij een niet door ons gecontracteerde leverancier, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde leverancier. U moet er dan rekening mee houden dat u een bedrag moet bijbetalen. Informatie over hulpmiddelen en de door ons gecontracteerde leveranciers kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Conform het Achmea Reglement Hulpmiddelen omvat de vergoeding, in afwijking van artikel 12.1 van de algemene voorwaarden basisverzekering en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.

Voorwaarde

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een leverancier.

In artikel 3 van het Achmea Reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Uitsluiting

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

Artikel 52 Prenatale screening

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

52.1 Counseling

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

52.2 Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

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

52.3 Combinatietest

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

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

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

Artikel 53 Bevalling en verloskundige zorg

53.1 Met medische noodzaak

Voor de vrouwelijke verzekerde vergoeden wij de kosten van:

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

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

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

53.2 Zonder medische noodzaak

Voor de vrouwelijke verzekerde vergoeden wij de kosten van:

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

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

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

Artikel 54 Kraamzorg

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

• Thuis of in een geboorte- of kraamcentrum.

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,- per uur. Als u de noodzakelijke kraamzorg laat verzorgen door een niet door ons gecontracteerd geboorte- of kraamcentrum, komt daarbij een extra eigen betaling van € 8,- per uur.

De door ons gecontracteerde geboorte- en kraamcentra kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. De omvang van de kraamzorg hangt samen met uw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door het geboorte- of kraamcentrum in goed overleg met u, conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, vastgesteld. Het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden via onze website of bij ons opvragen.

• Bij verloskundige zorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie.

Als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis verblijft, geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 16,- per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 112,50 per dag te boven gaat. U krijgt maximaal 10 dagen kraamzorg vergoed, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

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

Artikel 55 Verpleging buiten het ziekenhuis (extramuraal)

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

Voorwaarden

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

Uitsluiting

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

Artikel 56 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

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

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

- Per ambulance.
- Zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (tweede klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,30 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:
 - Nierdialyse ondergaan.
 - Oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan.
 - Visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen.
 - Rolstoelafhankelijk zijn.
- Vervoer van een begeleider wanneer begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 93,- per persoon per kalenderjaar.

Bij een niet door ons gecontracteerde taxi geldt een maximale kilometervergoeding van € 0,70 per kilometer. Wilt u weten welke taxivervoerders wij gecontracteerd hebben, neemt u dan contact op met onze Vervoerslijn.

Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheidsclausule. U dient dan in verband met behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer, waarbij het niet verstrekken van dat vervoer voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- Voor zittend ziekenvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn en informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure "Vervoer". Deze kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen;
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw zorgverzekering of de AWBZ vergoeden.

- Wanneer zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi, eigen auto of ambulance niet mogelijk is, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander middel van vervoer.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. In dat geval moeten wij vooraf toestemming hebben gegeven.
- Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

Artikel 57 Buitenland

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

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

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

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

57.3 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden kan voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaatsvinden, die meer kan bedragen dan de in lid 56.1 aangegeven vergoeding. Deze hogere vergoeding is alleen mogelijk wanneer wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend.

57.4 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener aan u in Euro's met inachtneming van de omrekenkoers zoals die is vastgesteld door het College voor Zorgverzekeringen. Wanneer deze koers ontbreekt, hanteren wij de maandelijkse wisselkoers van De Nederlandsche Bank. Wij hanteren in dat geval de wisselkoers van de maand waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.

57.5 Nota's uit het buitenland

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

Mondzorg artikelen 58 t/m 64

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticci, kaakchirurgen, orthodontisten en mondhygiënist die plegen te bieden zoals beschreven in de artikelen 58 t/m 64. Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

De aanspraak op mondzorg is vastgelegd in prestaties. U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend voor parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van tandheelkundige implantaten.
- Wanneer de tandheelkundige behandeling ergens anders plaatsvindt dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent, is voor aanspraak op de vergoeding van de kosten een schriftelijk advies van de huisarts of specialist vereist.

Artikel 58 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

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

- Periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meerdere keren per jaar op die hulp bent aangewezen.
- Incidenteel tandheelkundig consult.
- Het verwijderen van tandsteen.
- Fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van 6 jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meerdere keren per jaar op die hulp bent aangewezen in welk geval wij u vooraf toestemming moeten hebben gegeven.
- Sealing.
- Parodontale hulp.
- Anesthesie.
- Endodontische hulp.
- Restauratie van gebitselementen met plastische materialen.
- Gnathologische hulp.
- Uitneembare prothetische voorzieningen.
- Tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, wanneer het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval.
- Chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.
- Röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg, tandarts, mondhygiënist(e) of een tandprotheticus. Zij moeten bevoegd zijn voor het uitvoeren van de betreffende behandeling.

Artikel 59 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - algemeen

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie.

U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor alle osteotomie (kaakoperaties) behandelingen en implantaten die dienen ter ondersteuning van een volledig uitneembare prothese. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg.

Artikel 60 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

Wij vergoeden de kosten van vervaardiging en plaatsing van:

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

Wij vergoeden 75% van het door ons vastgestelde maximale bedrag als u de prothese laat leveren en declareren door een tandarts of een tandprotheticus.

Wij vergoeden 100% van het door ons vastgestelde bedrag voor het repareren en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese geleverd door een tandarts of tandprotheticus.

U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wanneer de prothese binnen 5 jaar wordt vervangen, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- **Gecombineerde boven- en onderprothese**
Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een gecombineerde boven- en onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 1.200,-, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
- **Volledige boven- of een volledige onderprothese**
Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een volledige boven- of een volledige onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 600,-, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.

Artikel 61 Implantaten

61.1 Implantaten

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

U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid. De aanvraag moet zijn ingediend door een kaakchirurg, een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken, tandenloze kaak.

61.2 Uitneembare volledige prothese op implantaten

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

U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid. De aanvraag moet zijn ingediend door een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken, tandenloze kaak.
- De implantaat gedragen prothese moet vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Artikel 62 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap die zonder zorg geen tandheelkundige functie kunnen behouden of verwerven die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie welke zij zouden hebben gehad zonder de lichamelijke en/of verstandelijke handicap, hebben aanspraak op de vergoeding van de kosten van behandeling door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft alleen aanspraak op de vergoeding van de kosten wanneer geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige verstrekkingen vanuit de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Artikel 63 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

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

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

U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Artikel 64 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel.

U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

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

Voor vragen kijk op

www.ozf.nl
www.ozf.nl/service
www.ozf.nl/zorgzoeker
www.ozf.nl/vergoedingen

**Of bel naar**

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



Deze voorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2012 en vervangen de voorgaande versie.
Tevens zijn deze alleen van toepassing indien de betreffende dekking op uw polisblad is vermeld.

OZF Achmea.
Uw zorgverzekeraar.



Polisvoorwaarden Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen 2012

Aanvullende verzekeringen
Tandheelkundige verzekeringen
OZF Wereld Zorgpolis

ZORGVERZEKERAAR



Inhoudsopgave

Aanvullende verzekeringen 2012

Deel A - Verzekeringsvoorwaarden

Artikel

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

Deel B - Vergoedingsvoorwaarden

aanvullende verzekeringen

AV Compact en AV Royaal

Artikel

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

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

Deel C - Vergoedingsvoorwaarden

tandheekundige verzekeringen

Tand Compact en Tand Royaal

Artikel

- 35 Tandheekkunde

Deel D - Aanvullende voorwaarden

OZF Wereld Zorgpolis

Artikel

- 36 Algemeen
- 37 Kring der verzekerden

Deel A: Verzekeringsvoorwaarden

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 22, die gelden voor de OZF Zorgpolis zijn, met uitzondering van artikel 4.1 eerste zin, ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Deze zijn hieronder beschreven.

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Hospice

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

Wij/ons

OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgverzekeraar

Voor de uitvoering van de aanvullende verzekering is dat OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.

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

2.1 Totstandkoming van de verzekering

2.1.1 Iedereen die recht heeft op de OZF Zorgpolis kan, op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. Aanmelding geschiedt door inzending van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier. Een aanvullende verzekering kan nooit, met uitzondering van artikel 2.2, met terugwerkende kracht worden aangegaan.

2.1.2 Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:

- U (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten.
- U zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de OZF Zorgpolis.
- Uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
- U op het moment van aanmelding al zorg behoeft, dan wel er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen van de aanvullende verzekering.
- U geen zorgverzekering heeft afgesloten en het College voor Zorgverzekeringen u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Gedurende de periode van 12 maanden waarin u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende verzekering bij ons afsluiten.

2.1.3 Het is voor kinderen jonger dan 18 jaar niet mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de laagste dekking van de aanvullende verzekering van tenminste 1 premiebetalende ouder of voogd.

2.2 Ingangsdatum en duur van de aanvullende verzekering

2.2.1 U kunt een al bij ons lopende OZF Zorgpolis, tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar uitbreiden met een aanvullende verzekering. Uitbreiding vindt, met terugwerkende kracht, plaats per 1 januari en gaat in na schriftelijke bevestiging van ons. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.

2.2.2 U (verzekeringnemer) kunt een bij ons lopende aanvullende verzekering, tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar, wijzigen. De wijziging vindt, met terugwerkende kracht, plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan.

2.3 Einde van de aanvullende verzekering

2.3.1 U (verzekeringnemer) kunt de aanvullende verzekering beëindigen:

- Bij tussentijdse premieverhoging.
- Door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane en geëffectueerde opzegging is onherroepelijk.
- Door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- Met ingang van de dag waarop u de OZF Zorgpolis beëindigt.

Indien u wenst kan de aanvullende verzekering bij beëindiging van de OZF Zorgpolis echter worden gecontinueerd. De voortzetting geschiedt alleen op individuele basis. Dit betekent dat uw eventuele collectieve premiekorting komt te vervallen.

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

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

Artikel 3 Premie

3.1 Premievaststelling

Voor alle verzekerden is de premie verschuldigd die door OZF wordt vastgesteld. Voor kinderen onder de 18 jaar is geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekeringen (dit geldt nadrukkelijk niet voor de OZF Wereldzorgpolis) mits tenminste 1 ouder of voogd een Zorgpolis bij OZF heeft afgesloten. De maandpremie wordt berekend aan de hand van de situatie per de eerste van de betreffende maand.

Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de eerste van de maand volgend op de maand waarin deze leeftijd bereikt wordt.

Indien de dekking van een verzekerde onder de 18 jaar uitgebreider is dan de dekking van de ouder of voogd met de hoogste dekking, betalen zij het tarief van de premie in de leeftijdsklasse van 18 tot en met 29 jaar. Dit geldt ook indien geen ouder of voogd verzekerd is.

3.2 Hoogte premie

De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Indien uw premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de overschrijding plaatsvindt. Indien u deelneemt aan een collectiviteit met een doorsneepremie is bovengenoemde premieaanpassing alleen van toepassing bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd.

3.3 Bedrag premie

De verschuldigde premie is de premie zoals deze op het polisblad staat vermeld.

3.4 Niet-tijdige betaling

In aanvulling op artikel 7.4 en 7.5 van de OZF Zorgpolis geldt dat de aanvullende verzekeringen beëindigd worden als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons. De aanspraken vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van genoemde betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Wanneer de premieachterstand is voldaan, is het mogelijk dezelfde aanvullende verzekering(en) opnieuw af te sluiten. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan. Als de aanvraag akkoord is, wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten.

Artikel 4 Verrekening

De verzekerde is niet gerechtigd de verschuldigde premie of een andere schuld aan OZF te verrekenen met een van OZF te vorderen vergoeding, tenzij met vooraf verkregen schriftelijke toestemming van OZF.

OZF kan vorderingen en schulden van verzekerde voortvloeiend uit deze verzekering en de OZF Zorgpolis onderling verrekenen. Deze verrekening door OZF is ook van toepassing op incasso- en deurwaarderskosten.

Artikel 5 Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen

5.1 U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering(en) die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:

- Vanuit de OZF Zorgpolis verstrekte lagere vergoedingen in verband met het gebruik van niet-gecontracteerde zorg.
- Kosten die met het eigen risico van de OZF Zorgpolis zijn verrekend.
- Wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.

5.2 Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekering indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.

Artikel 6 Eigen risico

Het verplicht eigen risico en het vrijwillig gekozen eigen risico is alleen van toepassing op de OZF Zorgpolis en niet op de aanvullende verzekering.

Artikel 7 Wijziging van premie en/of voorwaarden

7.1 OZF heeft het recht de grondslag van de premie te wijzigen.

Een dergelijke wijziging treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u (verzekeringnemer) is meegedeeld.

7.2 De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop wij het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie hebben meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.

7.3 De opzegging, bedoeld in artikel 7.2, gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

7.4 OZF heeft het recht de voorwaarden van de verzekering te wijzigen. Als een wijziging in de aanspraken c.q. vergoedingen ten nadele van u plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen (schriftelijk of per e-mail) met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U heeft hiervoor 30 dagen nadat de wijziging door ons is meegedeeld.

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

Artikel 8 Fraude

Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde) van ingediende nota's overeenkomstig hetgeen daarover voor de OZF Zorgpolis is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 9 Geldend maken van zorgaanspraken

Artikel 22.2 van de OZF Zorgpolis is niet van toepassing op de aanvullende verzekering.

Deel B: Vergoedingsvoorwaarden

Aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal

(alleen van toepassing indien deze dekking op uw polisblad is vermeld)

Artikel 10 Algemeen

- Deze verzekeringsovereenkomst omvat de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in geheel Nederland. Zie artikel 15 “Buitenland” voor aanspraken op zorg in het buitenland.
- Aanspraak bestaat op (gehele of gedeeltelijke vergoeding van kosten van) de noodzakelijke medische zorg zoals hierna omschreven.
- Bij een verwijzing dient de indicatie en zo mogelijk de voorgeschreven behandeling duidelijk te worden aangegeven.
- Op verzoek van OZF dient u de huisarts of specialist te machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur kenbaar te maken.

Artikel 11 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie

Nadat 1 of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de zorgverzekering wettig zijn geadopteerd en bij ons zijn ingeschreven in de OZF Zorgpolis, vergoeden wij de kosten van:

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

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

Voorwaarden

- Bij kraamzorg moet het adoptiekind op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en niet reeds deel uitmaken van het desbetreffende gezin.
- De medische screening moet worden uitgevoerd door een kinderarts.
- De medische screening moet een verplicht onderdeel van het adoptieproces vormen.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van medische screening van het adoptiekind, nadat de adoptie heeft plaatsgevonden.

AV Compact

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

AV Royaal

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

Artikel 12 Alternatieve geneeswijzen

Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten.

Voorwaarden

- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten.
- Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseisen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is wordt door ons beoordeeld. Het consult wordt gegeven op individuele basis.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- Wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is.
- Van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Van werk- of schoolgerelateerde coaching.
- Van kuren of reizen.
- Van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.
- Van afslankkuren.
- Van laboratoriumonderzoeken op verwijzing van de alternatief genezer of therapeut.

AV Compact

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

AV Royaal

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

Artikel 13 Bevalling en kraamzorg

13.1 Poliklinische bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis of geboortecentrum

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

AV Compact

100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

AV Royaal

100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

13.2 Eigen bijdrage kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de OZF Zorgpolis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage kraamzorg (thuis of in een geboortecentrum) per uur.

AV Compact
100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor maximaal 24 uur
AV Royaal
100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor maximaal 24 uur

13.3 Eigen bijdrage partusassistentie

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de OZF Zorgpolis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage voor partusassistentie (uren die de kraamverzorgende aanwezig is tijdens de bevalling).

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

13.4 Verlengde kraamzorg/vervangende kraamzorg

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

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

Voorwaarde

In geval van medische noodzaak - dit dient te blijken uit een medische verklaring - wordt kraamzorg vergoed gedurende ten hoogste 5 dagen, te rekenen met ingang van de elfde dag na de dag waarop de bevalling plaatsvond.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximum vergoeding per dag bij kraamzorg via kraamcentrum € 200,-

13.5 Uitgestelde kraamzorg

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

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

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het door ons gecontracteerde kraamcentrum de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk acht.
- U ontvangt slechts een vergoeding als u gedurende de eerste 10 dagen gerekend vanaf de dag waarop de bevalling plaatsvond nog geen kraamzorg heeft genoten.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximum vergoeding bij kraamzorg via kraamcentrum € 300,-

13.6 Kraampakket

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

Voorwaarde

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

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

13.7 Lactatiekundige zorg

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

Voorwaarde

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL of in dienst zijn van een door ons gecontracteerd kraamcentrum.

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

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

Artikel 14 Brillen, lenzen en ooglaseren

14.1 Brillen en lenzen

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

AV Compact

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

AV Royaal

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

Naast bovengenoemde vergoeding kunnen verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Pearle Opticiens, Eye Wish Groeneveld en Specsavers gebruik maken van een kortingsregeling.

Informatie over de kortingen kunt u vinden via onze website of bij ons of bij de opticiens opvragen.

Voorwaarden

- U dient bij aanschaf van de bril of lenzen in de winkel aan te geven dat u van deze kortingsregeling gebruik wenst te maken.
- De vergoeding wordt door Pearle Opticiens, Eye Wish Groeneveld en Specsavers rechtstreeks met ons verrekend. Indien achteraf bij de ontvangst van de nota blijkt dat u géén recht heeft op de vergoeding van de aangeschafte bril of lenzen dan worden de kosten bij u teruggevorderd.

14.2 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling ter vervanging van een bril of contactlenzen.

Voorwaarden

- U mag in een periode van 6 maanden voorafgaande aan de ooglaserbehandeling géén vergoeding van ons hebben ontvangen betreffende de aanschaf van een bril of contactlenzen.
- De aanspraak op vergoeding voor brillen en lenzen vervalt voor de duur van 10 jaar gerekend vanaf de datum waarop de ooglaserbehandeling heeft plaatsgevonden.
- De oogarts die de ooglaserbehandeling uitvoert moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van het NOG. In het register van de NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

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

Naast bovenstaande vergoeding kunt u bij Vision Clinics op vertoon van uw zorgpas gebruik maken van een kortingsregeling.

Informatie over de kortingsregeling kunt u vinden via onze website of bij ons of bij Vision Clinics opvragen.

Artikel 15 Buitenland

15.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan in het woonland. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van de OZF Zorgpolis aanspraak hebben op spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

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

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de OZF Zorgpolis zouden zijn vergoed.
- De zorg is verleend door lokaal erkende zorgverleners.
- Het verblijf in en/of de reis naar het buitenland had niet ten doel het ondergaan van de medische behandeling.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via Eurocross Assistance.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Tand Compact of Tand Royaal dekking heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

AV Compact

Aanvulling tot kostprijs bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden

AV Royaal

Aanvulling tot kostprijs bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden

15.2 Vervoerskosten bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisopname via onze zorgbemiddeling in een zorginstelling in België of Duitsland en van hieruit terug naar Nederland. Wij vergoeden de kosten van door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus), vervoer per eigen auto en openbaar vervoer.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Er moet sprake zijn wachttijdverkorting.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak kunt maken. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 0900-2302340.

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

AV Compact

gecontracteerd taxivervoer 100%
openbaar vervoer (tweede klasse) 100%
eigen vervoer € 0,30 per km
maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal

gecontracteerd taxivervoer 100%
openbaar vervoer (tweede klasse) 100%
eigen vervoer € 0,30 per km
maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

15.3 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wanneer u vanuit Nederland voor zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling, vergoeden wij op grond van artikel 15.2 voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de vijftiende verblijfsdag:

- De overnachtingskosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis.
- Een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Uw gezinsleden dienen ook bij ons aanvullend verzekerd te zijn.

AV Compact

overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen

vervoerskosten eigen auto: € 0,30 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

AV Royaal

overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen

vervoerskosten eigen auto: € 0,30 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

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

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

- Malaria.
- Difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP).
- Gele koorts.
- Tyfus.
- Cholera.
- Rabiës (hondsdolheid).
- Früh Sommer Meningo Encephalitis (FSME).
- Hepatitis A/B.

Wij hebben contracten gesloten met Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale. Een lijst met vestigingen kunt u vinden via onze website of bij ons opvragen. Bij een niet door ons gecontracteerde instelling kan een eigen betaling gelden.

Voorwaarden

Consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van rabiës komen alleen voor vergoeding in aanmerking als u gedurende langere tijd in een land verblijft, waar rabiës endemisch is en waar tevens adequate medische hulp slecht toegankelijk is. Daarnaast dient er aan minimaal 1 van onderstaande voorwaarden voldaan te zijn:

- U gaat een meerdaagse wandel- of fietstocht buiten toeristische oorden ondernemen.
- U trekt langer dan 3 maanden op met of overnacht bij lokale bevolking.
- U verblijft buiten een resort of beschermde omgeving.
- U bent jonger dan 12 jaar.

Uitsluiting

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

AV Compact

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

AV Royaal

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

15.5 Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden

- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- De Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door Eurocross Assistance, moet vooraf toestemming hebben gegeven.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

Zie artikel 16 van de OZF Zorgpolis voor overige beperkingen.

Artikel 16 Farmaceutische zorg

16.1 Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden

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

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

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

16.2 Griepvaccinaties

Wij vergoeden de kosten van griepvaccinaties voor zover deze niet vallen onder het landelijke vaccinatieprogramma.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
100%

16.3 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

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

Uitsluiting

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

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

16.4 Melatonine

Wij vergoeden melatonine tabletten.

Voorwaarde

De melatonine tabletten moeten zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts, of (kinder)neuroloog die verbonden is aan een door ons gecontracteerde instelling. De door ons gecontracteerde instellingen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

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

16.5 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

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

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn opgenomen in het GVS.
- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- Het anticonceptiemiddel moet worden afgeleverd door een door ons gecontracteerde apotheekhoudende.

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

Uitsluiting

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

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Artikel 17 Fysiotherapie

17.1 Fysiotherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfdrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde huidtherapeut. De door ons gecontracteerde huidtherapeuten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u ook vinden via onze website of bij ons opvragen.

Voor verzekerden die op grond van de OZF Zorgpolis aanspraak hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

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

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTF en DTO kan nooit aan huis plaatsvinden.

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

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van individuele behandeling, indien u in aanmerking komt voor groepsbehandeling zoals omschreven in artikel 17.2.

AV Compact

tot 18 jaar: onbeperkt aantal behandelingen bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener (maximaal € 14,50 per zitting).

vanaf 18 jaar: maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar. Vergoeding van behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener maximaal € 14,50 per zitting

AV Royaal

tot 18 jaar: onbeperkt aantal behandelingen bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener (maximaal € 14,50 per zitting).

vanaf 18 jaar: maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar. Vergoeding van behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener maximaal € 14,50 per zitting

17.2 Beweegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van beweegprogramma's door een hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeut en/of oefentherapeut. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

De vergoeding geldt voor verzekerden met obesitas (BMI >30), revaliderende verzekerden met voormalig hartfalen, patiënten met diabetes type 2, en patiënten met COPD in de stadia Gold 1 en 2 met een longwaarde van FEV1/VC > 60%.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

AV Compact

maximaal € 175,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal

maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 18 Herstelingssoord

Wij vergoeden de kosten van opname in een door ons gecontracteerd herstellingssoord voor somatische gezondheidszorg.

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

Voorwaarde

Wij moeten u schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg.

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 65,- per dag tot maximaal 60 dagen per kalenderjaar

Artikel 19 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten uitgevoerd door instellingen onder de licentie van de Stichting Herstel en Balans.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

AV Compact

maximaal € 800,- per persoon per kalenderjaar

AV Royaal

maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 20 Hospice

Wij vergoeden de kosten voor verblijf in een hospice in Nederland.

Voorwaarde

Wij moeten u schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

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

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 1.200,- per persoon

Artikel 21 Huidbehandeling

21.1 Acnébehandeling

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

Voorwaarden

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

Uitsluiting

Bij dezelfde indicatie kan geen aanspraak op vergoeding camouflage-therapie worden verkregen.

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

21.2 Camouflagetherapie

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

Voorwaarden

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

Uitsluiting

Bij dezelfde indicatie kan geen aanspraak op vergoeding acnétherapie worden verkregen.

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

21.3 Epilatiebehandeling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling de kosten van elektrische epilatie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie door een huidtherapeut of erkende laserkliniek.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Elektrisch epilieren' geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

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

Artikel 22 Hulpmiddelen

22.1 Eigen Bijdragen

22.1.1 Eigen bijdrage hoortoestellen

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een hoortoestel.

Voorwaarden

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 51, hulpmiddelen).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 230,- per apparaat

22.1.2 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een pruik.

Voorwaarde

U moet recht hebben op vergoeding vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 51, hulpmiddelen).

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

22.2 Hoofdbedekking

Bij oncologische behandelingen kan ook voor een andere vorm van hoofdbedekking gekozen worden dan een pruik. Het gaat om een sjaal, mutsje, petje of bandana.

Voorwaarde

De hoofdbedekking dient te worden aangeschaft bij een door ons erkende speciaalzaak.

AV Compact

geen vergoeding

AV Royaal

maximaal € 75,- per kalenderjaar

22.3 Plaswekker

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

AV Compact

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

AV Royaal

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

22.4 GeboorteTENS

Wij vergoeden de kosten van een GeboorteTENS voor pijnbestrijding tijdens de bevalling door een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts.

Voorwaarden

- De aanvraag van de apparatuur dient door uw verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts te worden ingediend bij de gecontracteerde leverancier.
- De apparatuur moet worden geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde leverancier. De door ons gecontracteerde leveranciers kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

22.5 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van 1 paar steunzolen.

Voorwaarde

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

AV Compact

geen dekking

AV Royaal

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

22.6 Personenalarmering op medische indicatie

22.6.1 Alarmeringssysteem via Eurocross Assistance

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

Voorwaarde

U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 51, hulpmiddelen).

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

22.6.2 Alarmeringssysteem via een niet door ons gecontracteerde alarmcentrale

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

Voorwaarden

- U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 51, hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

AV Compact

maximaal € 35,- per kalenderjaar

AV Royaal

maximaal € 35,- per kalenderjaar

22.7 Babysensormatje van NannyCare

Wij vergoeden de volledige aanschafkosten van het sensormatje van NannyCare in eigendom.

Voorwaarden

- U kunt hiervoor direct contact opnemen met NannyCare.
- Uw kindje dient bij ons aanvullend verzekerd te zijn.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

22.8 Trans-therapie

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

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodempysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.
- De apparatuur moet worden geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde leverancier. De door ons gecontracteerde leveranciers kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

22.9 Plakstrips mammaprothese

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

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Artikel 23 Paramedische zorg (overig)**23.1 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie**

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen.

Voorwaarden

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

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoenaanpassingen.
- Bij diabetes vergoeden wij niet de kosten van voetonderzoek en voetbehandeling (classificatie Simm's 1 en hoger). Hiervoor bestaat aanspraak vanuit de OZF Zorgpolis (zie artikelen 44 en 50).

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

23.2 Pedicurezorg

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met reuma of diabetes.

Voorwaarden

- De pedicure moet in het bezit zijn van het certificaat 'Diabetische voet' en/of 'Reumatische voet'.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes of reuma.
- Op de nota moet de zorgverlener het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermelden.

Uitsluiting

Bij diabetes vergoeden wij niet de kosten van voetonderzoek en voetbehandeling (classificatie Simm's 1 en hoger). Hiervoor bestaat aanspraak vanuit de OZF Zorgpolis (zie artikelen 44 en 50).

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

23.3 Bewegen in extra verwarmd water

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma de kosten van oefentherapie in een zwembad met extra verwarmd water.

Voorwaarden

- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat oefentherapie in extra verwarmd water nodig is in verband met reuma.
- De oefentherapie moet in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

23.4 Osteopathie

Wij vergoeden de kosten van osteopathie door een fysiotherapeut.

Voorwaarden

- In de periode waarin de behandelingen osteopathie worden verkregen, wordt geen vergoeding gegeven voor fysiotherapie met betrekking tot dezelfde indicatie.
- De fysiotherapeut moet zijn aangesloten bij een door ons erkende vereniging (NOF of NRO/NVO).

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar, maximaal € 40,- per dag

23.5 Chiropractie

Wij vergoeden de kosten van chiropractie.

Voorwaarde

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

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar, maximaal € 35,- per dag

23.6 Shockwavetherapie

Wij vergoeden de kosten van shockwavetherapie.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van shockwavetherapie alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Wij moeten vooraf toestemming hebben gegeven.
- De behandelaar moet zijn aangesloten bij een door ons erkende vereniging (NVMST).

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 50,- per behandeling tot maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 24 Leefstijlinterventies

24.1 Dieetadvisering door een diëtist

Wij vergoeden de kosten van dieetadvisering door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

Uitsluiting

Bij dezelfde indicatie kan geen aanspraak op vergoeding van voedingsvoorlichting worden verkregen (artikel 24.2).

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
maximaal € 240,- per persoon per kalenderjaar

24.2 Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of diëtist

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

Voorwaarde

De gewichtsconsulent moet zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of voldoen aan de kwaliteitseisen van BGN.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van groepsbehandelingen voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent.
- Bij dezelfde indicatie kan geen aanspraak op vergoeding van dieetadvisering worden verkregen (artikel 24.1).

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

24.3 (Preventieve) cursussen

Wij geven een tegemoetkoming in de kosten van de volgende preventieve cursussen:

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

Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Voorwaarde

U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

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

Artikel 25 Preventieve onderzoeken

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of medisch specialist ten behoeve van de vroege opsporing van:

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

Voorwaarden

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een door ons gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.
- Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van bevolkingsonderzoek, waarvoor niet de noodzakelijke vergunning is afgegeven. Een dergelijke vergunning is noodzakelijk bij bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en prostaatcancer.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Artikel 26 Psoriasis dagbehandeling

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een door ons gecontracteerd psoriasisdagbehandelingscentrum. Een lijst met gecontracteerde psoriasisdagbehandelingscentra kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasisdagbehandelingscentrum overleggen.
- Het psoriasisdagbehandelingscentrum moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

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

Artikel 27 Psychische hulpverlening

27.1 Hoogduin, Schaap en Kladler

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

Voorwaarde

Er kan binnen een algemeen aanvaardbare termijn door de reguliere zorg geen passende zorg worden verleend.

Uitsluiting

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

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
gecontracteerd: 100%

27.2 Eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg vanuit de OZF Zorgpolis (artikel 32).

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

27.3 Aanvullende eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden, als aanvulling op de vergoeding op grond van artikel 32 van de OZF Zorgpolis, de kosten van extra zittingen eerstelijnspsychologische zorg. Er geldt een eigen bijdrage van € 20,- per zitting.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, seksuologisch hulpverlener of orthopedagoog-generalist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener.

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

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

Artikel 28 Specialistische zorg

28.1 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie, als de behandeling plaatsvindt in:

- De praktijk van een hiertoe bevoegde huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde.
- Een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling). De behandeling moet worden uitgevoerd door een hiertoe bevoegde huisarts of een hiervoor door ons gecontracteerde medisch specialist.

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

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
100%

28.2 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie

28.2.1 Correctie van bovenoogleden (met medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van plastisch chirurgische correctie van bovenoogleden wanneer er sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde zorgverlener.

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

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

28.2.2 Correctie van de oorstand (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Voorwaarde

Een correctie van de oorstand moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener.

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

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

Artikel 29 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of tandarts.

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

Artikel 30 Sportmedisch onderzoek en Sportarts

30.1 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sport Medische Instelling.

Voorwaarde

De Sport Medische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek, uitgevoerd door een sportarts ter beoordeling van de individuele gezondheid en geschiktheid van de verzekerde om een specifieke sport uit te oefenen of om toegelaten te worden tot een sportopleiding.

AV Compact
Sportmedisch onderzoek, per persoon 1x per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,- Basis Plus: maximaal € 100,- Groot: maximaal € 135,-
AV Royaal
Sportmedisch onderzoek, per persoon 1x per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,- Basis Plus: maximaal € 100,- Groot: maximaal € 135,-

30.2 Sportarts

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

Voorwaarde

De Sport Medische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

AV Compact
100% maximaal 2x per persoon per kalenderjaar
AV Royaal
100% maximaal 2x per persoon per kalenderjaar

Artikel 31 Therapeutische vakantiekampen

31.1 Therapeutisch vakantiekamp voor kinderen

Wij vergoeden voor kinderen tot 18 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp georganiseerd door:

- Stichting Gezond Gewicht (Dikke Vrienden kamp).
- Stichting de Luchtballon.
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland.
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen.
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp).
- Nederlandse Hartstichting (Hartenark).

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

31.2 Therapeutisch vakantiekamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp.

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

Artikel 32 Verblijf en vervoer van partner/gezinsleden

32.1 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Wij vergoeden de kosten van overnachting in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis, wanneer u een poliklinische behandelcyclus ondergaat.

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

32.2 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de vijftiende verblijfsdag:

- De kosten van overnachting van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis.
- Een vergoeding van € 0,30 per kilometer voor de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.
- De kosten van openbaar vervoer (tweede klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Uw gezinsleden dienen ook bij ons aanvullend verzekerd te zijn.

Uitsluiting

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

AV Compact
maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen
AV Royaal
maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen, geen maximale vergoeding per persoon per kalenderjaar

Artikel 33 Vervoer van zieken

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

Wij vergoeden de kosten van taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

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

Bij taxivervoer door een niet door ons gecontracteerde vervoerder ontvangt u slechts een gedeeltelijke vergoeding. Wilt u weten welke taxivervoerders wij gecontracteerd hebben, neemt u dan contact op met onze Vervoerslijn, telefoonnummer 0900-2302340.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak kunt maken.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit de OZF Zorgpolis, de AWBZ of de aanvullende verzekering wordt vergoed.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer per rit bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

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

AV Compact
geen vergoeding
AV Royaal
eigen vervoer € 0,30 per km taxivervoer gecontracteerd 100%, niet-gecontracteerd maximaal € 0,70 per km openbaar vervoer (2e klasse) 100%
Eigen bijdrage € 93,- per persoon per kalenderjaar. Deze betaling is niet verschuldigd indien het maximum van de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer op basis van de OZF Zorgpolis is bereikt.
Maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

Voorwaarde

Uw gezinsleden dienen bij ons aanvullend verzekerd te zijn.

Uitsluiting

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

AV Compact
geen dekking
AV Royaal
vergoeding € 0,30 per km ongeacht de wijze van vervoer

Artikel 34 Ziekenhuisbezoek

Wij vergoeden maximaal 3 bezoeken per kalenderweek aan een tot het gezin behorende OZF-verzekerde die is opgenomen in een in Nederland gelegen ziekenhuis of erkende revalidatieinstelling. De eerste 80 km per bezoek blijven voor eigen rekening van de verzekerde.

Deel C: Vergoedingsvoorwaarden

Tandheelkundige verzekeringen Tand Compact en Tand Royaal

(alleen van toepassing indien deze dekking op uw polisblad is vermeld en mits er sprake is van een gesaneerd gebit)

Artikel 35 Tandheeskunde**35.1 Gewone tandheelkundige hulp en mondhygiëne**

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties voor maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. Mondhygiëne, kleine vullingen en sealing mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts. Een mondhygiënist kan, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel mondhygiëne, tandvleesaandoeningen als parodontologische behandelingen declareren. Wanneer een mondhygiënist parodontologische behandelingen declareert, dan krijgt u een vergoeding van maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie bij een Tand Compact verzekering, met inachtneming van de totale maximale vergoeding. Bij een Tand Royaal vergoeden wij dan maximaal 80% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie.

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie wanneer u een Tand Compact verzekering heeft, met inachtneming van de totale maximale vergoeding. Wanneer u een Tand Royaal verzekering heeft vergoeden wij maximaal 80% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie.

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende behandelingen:

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

Tand Compact

consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties: maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie

overige behandelingen: maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie

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

Tand Royaal

consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties: maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie

overige behandelingen: maximaal 80% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie

geen maximum vergoeding per persoon per kalenderjaar

35.2 Tandheelkundige zorg – eigen bijdrage uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

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

U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

Geen vergoeding voor de eigen bijdrage voor prothesen op implantaten (zie artikel 61.2 OZF Zorgpolis).

Tand Compact

geen dekking

Tand Royaal

100% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie

35.3 Tandheelkundige zorg - kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden aan verzekerden de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief de techniekkosten.

U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of een kaakchirurg.

Uitsluiting

De kosten voor kronen, bruggen, inlays en implantaten mogen niet over meerdere nota's worden verdeeld.

Tand Compact

geen dekking

Tand Royaal

80% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie

Totale vergoeding is maximaal € 725,- per persoon per kalenderjaar (ongeacht leeftijd)

35.4 Orthodontie (beugel)

Wij vergoeden aan verzekerden tot 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of door een tandarts.

U heeft aanspraak op vergoeding tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden in de 'maximale vergoedingenlijst' via onze website of bij ons opvragen.

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden via onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

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

Tand Compact

geen dekking

Tand Royaal

80% van maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie.

Totale vergoeding is maximaal € 2.000,- voor de totale duur van de verzekering tot de 22-jarige leeftijd.

Deel D: Aanvullende voorwaarden OZF Wereld Zorgpolis

(alleen van toepassing indien deze dekking op uw polisblad is vermeld)

Artikel 36 Algemeen

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

Artikel 37 Kring der verzekerden

Waar in de OZF Zorgpolis sprake is van een verzekeringsplicht geldt deze niet voor de OZF Wereld Zorgpolis. De kring der verzekerden bestaat uit een ieder die door OZF wordt geaccepteerd voor de OZF Wereld Zorgpolis. OZF behoudt zich het recht voor verzekerden op grond van (medische) selectie te weigeren.

Voor vragen kijk op

www.ozf.nl
www.ozf.nl/service
www.ozf.nl/zorgzoeker
www.ozf.nl/vergoedingen



Of bel naar

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



OZF Achmea. Uw zorgverzekeraar.

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

Kijk op

www.ozf.nl

www.ozf.nl/service

www.ozf.nl/zorgzoeker

www.ozf.nl/vergoedingen



Bel naar



Klantenservice (074) 789 0 789

Bereikbaar op werkdagen van 8.00 - 17.00 uur

Schrijf naar

OZF Achmea

Afdeling Klantenservice

Postbus 94

7550 AB Hengelo



Zorgkosten declareren

• Digitaal:
www.ozf.nl/homescanning

• Per post:
OZF Achmea
Afdeling Declaratieservice

Postbus 94

7550 AB Hengelo



ZORGVERZEKERAAR

OZF



| **achmea**