

Voorwaarden Aanvullende verzekeringen Univé Zorg 2019

(Collectief) Aanvullend Goed

(Collectief) Aanvullend Beter

(Collectief) Aanvullend Best

Tand Ongevallen

Tand Goed

Tand Beter

Tand Best

Welkom bij Univé

Uw zorgverzekeraar zonder winstoogmerk!

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden voor uw **aanvullende zorgverzekering(en)** bij Univé. De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, hebben wij op deze pagina voor u op een rij gezet.

Op www.unive.nl vindt u meer informatie over bijvoorbeeld declareren en onze zorgverzekeringspakketten. U kunt ook één van onze Univé-vestigingen bezoeken. Kijk op www.unive.nl/contact voor het kantoor bij u in de buurt.

Mijn Univé Zorg

Via Mijn Univé Zorg kunt u onder andere uw zorgpolis wijzigen, uw declaraties inzien en uw premie betalen.

Met uw DigiD kunt u direct veilig inloggen op www.mijnunivezorg.nl.

Actueel nieuws

Op de hoogte blijven van alle ontwikkelingen? Meldt u aan voor de digitale Univé-nieuwsbrief op www.unive.nl/nieuwsbrief.

Contact

Klantenservice: 072 - 527 75 95 of 0800 - 023 47 63 als u collectief verzekerd bent

Univé Alarmcentrale: +31 40 297 57 50 (+ = internationaal toegangsnummer)

Univé Kraamzorg: 0800 - 899 80 99

Univé Zorgadvies en bemiddeling: 088 - 131 16 17

Vervoer

Wilt u vervoerskosten declareren? U vindt het Aanvraagformulier Zittend Ziekenvervoer op www.unive.nl/zorgverzekering/documenten. Of bel hiervoor met onze klantenservice.

Gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners

U vindt onze gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners op www.unive.nl/vergelijkenkies.

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze toestemming nodig heeft?

Dit staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Download het toestemmingsformulier op www.unive.nl/zorgverzekering/documenten. Dit formulier kunt u printen, invullen en opsturen naar:

Univé Zorg

T.a.v. Machtigingen

Postbus 25150

5600 RS Eindhoven

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via www.mijnunivezorg.nl. U kunt veilig inloggen met uw DigiD.

U ontvangt uw vergoeding binnen 10 werkdagen op uw rekening.

Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

Univé Zorg

Postbus 25030

5600 RS Eindhoven

Leeshulp

Dit zijn de voorwaarden bij uw aanvullende verzekering . Het is prettig als u snel kunt vinden wat u zoekt. Daar willen we u bij helpen.

Wat vindt u in deze voorwaarden?

1. Alle zorgartikelen. Per zorgartikel vindt u:
 - wat uw vergoeding is
 - bij wie u terecht kunt
 - of u zelf nog wat moet regelen
2. Algemene voorwaarden. Dit zijn eigenlijk uw rechten en uw plichten. Dat klinkt vrij officieel en dat zijn ze ook. Er staat bijvoorbeeld in hoe u nota's moet insturen. Maar ook wanneer u recht heeft op een vergoeding.
3. Begrippenlijst. In deze lijst vindt u de uitleg van ingewikkelde woorden. In de digitale versie van deze voorwaarden vindt u deze uitleg ook in de tekst. Die wordt zichtbaar als u met uw muis over de beweegt.

Hoe vindt u snel wat u zoekt?

In de digitale versie van deze voorwaarden kunt u op verschillende manieren zoeken.

1. Via de inhoudsopgave op bladzijde 4. Hier kunt u klikken op artikelen en meteen springen naar het onderwerp dat u zoekt.
2. Via de zoekfunctie van uw computer: druk tegelijkertijd op de toetsten Ctrl en F (bij een Mac is dit: Cmd + F) en tik het woord dat u zoekt in.
3. Via tabbladen aan de zijkant kunt u zoeken op grotere onderwerpen.

Wat betekenen de pictogrammen?



Let op



Extra informatie



Tip

Heeft u nog vragen?

Misschien heeft u toch nog vragen. Gaan deze vragen over uw eigen verzekering? Kijk dan in de Mijn Omgeving Zorg. Daar kunt u bijvoorbeeld vinden welke verzekering u heeft. Ook kunt u hier heel eenvoudig declaraties indienen. En kijken hoeveel eigen risico nog 'open staat'. Heel handig! Tip: U kunt ook declareren via de Univé app. Komt u er niet uit, dan kunt u contact opnemen met onze klantenservice. Ons telefoonnummer vindt u op pagina 2.

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Welkom bij Univé | 2 |
| Leeshulp | 3 |
| I. Algemeen | 6 |
| Artikel 1. Verzekerde zorg | 6 |
| Artikel 2. Algemene bepalingen | 8 |
| Artikel 3. Premie | 9 |
| Artikel 4. Overige verplichtingen | 11 |
| Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden | 11 |
| Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en) | 11 |
| Artikel 7. Klachten en geschillen | 12 |
| Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling | 13 |
| II. (Collectief) Aanvullend Goed, Beter, Best | 14 |
| Artikel 9. Alternatieve zorg | 14 |
| Artikel 10. Beweegzorg | 15 |
| Artikel 11. Ergotherapie | 17 |
| Artikel 12. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar | 17 |
| Artikel 13. Valpreventie | 17 |
| ZIEN | |
| Artikel 14. Brillen en contactlenzen | 18 |
| Artikel 15. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie | 18 |
| BUITENLAND | |
| Artikel 16. Spoedeisende zorg op vakantie en bij tijdelijk verblijf in het buitenland | 19 |
| Artikel 17. Repatriëring (terugkeer) | 19 |
| VOORKOMEN (PREVENTIE) | |
| Artikel 18. Cursussen | 20 |
| Artikel 19. Gezondheidstest | 20 |
| Artikel 20. Gewichtscounselant | 21 |
| Artikel 21. Sportmedisch advies | 21 |
| Artikel 22. Zorg voor vrouwen in de overgang | 21 |
| Artikel 23. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij reis naar het buitenland | 21 |
| GEBORTEZORG | |
| Artikel 24. Zwangerschaps cursussen | 21 |
| Artikel 25. Verloskundige zorg | 22 |
| Artikel 26. Eigen bijdrage kraamzorg | 22 |
| Artikel 27. Nazorg moeder en pasgeborene | 22 |
| Artikel 28. Kraampakket | 22 |
| Artikel 29. Elektrische borstkolf | 23 |
| Artikel 30. Lactatiekundig consult | 23 |
| HUIDBEHANDELINGEN | |
| Artikel 31. Acnebehandeling | 23 |
| Artikel 32. Camouflagetherapie | 23 |
| Artikel 33. Ontharen | 24 |
| HULPMIDDELEN | |
| Artikel 34. Hoortoestellen | 24 |
| Artikel 35. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik | 24 |
| Artikel 36. Mammaprothese | 25 |

| | |
|--|-----------|
| Artikel 37. Pruiken of mutssja's | 25 |
| Artikel 38. Steunpessarium | 25 |
| MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG | |
| Artikel 39. Buikwandcorrectie | 25 |
| Artikel 41. Sterilisatie | 26 |
| PSYCHOLOGISCHE ZORG | |
| Artikel 42. Mindfulness bij burn-outklachten vanaf 18 jaar | 26 |
| Artikel 43. Seksuologische zorg | 27 |
| Artikel 44. Cogmed tot 18 jaar | 27 |
| Artikel 45. Neurofeedback tot 18 jaar | 27 |
| VOETBEHANDELINGEN | |
| Artikel 46. Voetbehandelingen | 28 |
| Artikel 47. Steunzolen en therapiezolen | 29 |
| DIËTETIEK | |
| Artikel 48. Diëtetiek | 29 |
| THUISZORG | |
| Artikel 49. Huishoudelijke hulp | 29 |
| MANTELZORG | |
| Artikel 50. Mantelzorgmakelaar | 30 |
| Artikel 51. Vervangende mantelzorg | 30 |
| VERBLIJF | |
| Artikel 52. Herstellingsoorden en zorghotels | 31 |
| Artikel 53. Hospice | 31 |
| Artikel 54. Verblijf in een logeershuis of familiehuis bij ziekenhuisopname | 31 |
| VERVOER | |
| Artikel 55. Vervoer bij orgaantransplantatie | 32 |
| KUNSTGEBIT | |
| Artikel 56. Eigen bijdrage voor gebitsprothesen (kunstgebit) | 32 |
| III. Tand Ongevallen, Tand Goed, Tand Beter, Tand Best | 33 |
| Artikel 57. Tandheelkundige zorg | 33 |
| Artikel 58. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar | 34 |
| Artikel 59. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden van 18 jaar en ouder | 34 |
| Artikel 60. Tandheelkundige kosten door een ongeval | 34 |
| IV. Begrippen | 36 |

I. Algemeen

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u bij medisch noodzaak recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Hiervan is sprake als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgverleners aan zorg 'plegen te bieden'.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Per zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen hebben we zorgverleners gecontracteerd, aangewezen of erkend.

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

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

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

1.3.1. Zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener

Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij aan de zorgverlener het afgesproken tarief.

1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de (voor u betreffende) zorg geen contract hebben? Dan moet u misschien de rekening of een deel van de rekening zelf betalen. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden.

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

Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden.

1.3.4. Budget

Krijgt u voor de betreffende zorg een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale budget dat in het betreffende zorgartikel staat.

1.4. Insturen van nota's

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

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

De nota's moeten zo zijn, dat wij direct uit de nota kunnen opmaken op welke vergoeding u volgens de toepasselijke voorwaarden recht heeft. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat u behandeld bent. Nota's moeten in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans zijn geschreven. Als wij het nodig vinden, dan vragen wij u om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij mogen wachten met betaling van de nota totdat u de betaling van de kosten heeft aangetoond.



Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar www.mijnunivezorg.nl. Ook kunt u heel eenvoudig declareren via onze Univé app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt.

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden voor uw rekening. Dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming

U heeft soms onze toestemming nodig voordat u de zorg krijgt. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt dan of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de voor u betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

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

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender) jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in twee kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandel-combinatie). Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw behandeling is gestart.

1.9. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die samenhangt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt waarop u ergens anders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand,

binnenlandse onlusten, oproer en mouterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;

- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid de kosten in rekening brengt.

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

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van deze aanspraak zijn opgenomen in het Clauseblad terrorismedekking van de NHT.



Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

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

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op Aanvullend Goed, Aanvullend Beter, Aanvullend Best, Tand Ongevallen, Tand Goed, Tand Beter en Tand Best. In deze verzekeringsvoorwaarden te noemen: aanvullende verzekering.



Heeft u een Collectief Aanvullend Goed, Beter of Best gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals vermeld in de verschillende zorgartikelen bij Aanvullend Goed, Beter of Best, met uitzondering van het artikel Beweegzorg. In dit artikel staat de vergoeding voor de Collectief Aanvullend Goed, Beter of Best apart vermeld.

2.3. Bijbehorende documenten

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

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Regeling zorgverzekering
- Clauseblad terrorismedekking
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera
- Het Reglement gezichtshulpmiddelen.
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

U vindt deze documenten op onze website of u vraagt ze telefonisch op. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden.

2.4. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Aangifte en registratie

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

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

Beëindiging verzekering(en)

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

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.



Geheimhouding van uw adres

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

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u al onze mededelingen elektronisch wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn Omgeving .

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft dit niet te willen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen. De opzegtermijn is één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval zodra de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

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

2.9. Nederlands recht

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

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Voorbeeld: iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. De premies en voorwaarden van de collectieve overeenkomst gelden vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.

- 3.2.2.** Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden van de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3.** U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.3.1.** U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is afgesproken. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting staat op het polisblad.
- 3.3.2.** U betaalt de premie, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is afgesproken.

Kosteloze betaalmogelijkheden

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

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, eigen risico en eigen bijdragen dan betaalt u € 1,50 per papieren factuur. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruik maakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie, eigen risico en eigen bijdragen niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

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

3.4. Verrekening

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

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening als u niet tijdig betaalt:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
 - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.5.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4.** Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.5.** Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

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

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij mogen de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen of als uw premie wijzigt doordat u een nieuwe leeftijdsgroep bereikt (zie artikel 3.1.).

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

6.1. Begin en duur

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

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van Univé sluiten. Voor de Tand Best moet u voor personen vanaf 8 jaar een tandheekkundige verklaring invullen.

6.2.2. Gezinsdekking

Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering(en) als de hoogst verzekerde ouder/verzorger. Hebben beide ouders/verzorgers een Aanvullend Goed, Beter of Best en/of een Tand Ongevallen, Goed, Beter of Best dan krijgt het verzekerde kind de aanvullende verzekering van de hoogst verzekerde ouder/verzorger. Hiervan kan worden afgeweken als wij u of uw kind niet accepteren voor een Tand Best.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. en 6.2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2019 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2019. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4).

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

6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

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

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

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

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

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.



Let op

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

6.4.2. Tussentijds

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

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

6.4.3. Opzegservice

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

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

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

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

In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Indienen klacht

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



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

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

7.2. Klachten over onze formulieren

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

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

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

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



II. (Collectief) Aanvullend Goed, Beter, Best

Artikel 9. Alternatieve zorg

Dit krijgt u vergoed

1. Behandelingen en consulten die vallen onder:
 - a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen
 - b. antroposofische alternatieve geneeswijzen
 - c. homeopathie
 - d. natuurgeneeswijzen
 - e. psychosociale zorg
2. Homeopathische of antroposofische (genees)middelen die
 - volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd
 - in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben

Aanvullend Goed

maximaal € 300 per kalenderjaar;
voor behandelingen en consulten
geldt een maximum vergoeding van
€ 45 per dag

Aanvullend Beter

maximaal € 500 per kalenderjaar;
voor behandelingen en consulten
geldt een maximum vergoeding van
€ 45 per dag

Aanvullend Best

maximaal € 800 per kalenderjaar;
voor behandelingen en consulten
geldt een maximum vergoeding van
€ 45 per dag

Dit krijgt u niet vergoed

Onder alternatieve zorg vallen niet de consulten en (groeps-)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- relatietherapie;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 20);
- celtherapie en chelatietherapie.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek;
- onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Hier kunt u terecht

Voor de zorg onder 1 kunt u alleen terecht bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website of vraagt u telefonisch aan. Ons telefoonnummer staat voorin de verzekeringsvoorwaarden.

Voor de geneesmiddelen onder 2 kunt u naar een apotheker. Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.



Welk middel wordt vergoed?

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen en contact met ons opnemen. Ons telefoonnummer staat voorin de verzekeringsvoorwaarden. Met dit nummer kunnen wij voor u kijken of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apotheekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA- of HM-registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Artikel 10. Bewegzorg

U krijgt een budget voor bewegzorg. Dat kunt u inzetten voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck, oedeemtherapie en alternatieve bewegingstherapieën zoals hierna beschreven in artikel 10.1 tot en met 10.3.

Wat is uw budget voor alle bewegzorg samen?

Aanvullend Goed

maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar;
voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45

Aanvullend Beter

maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar;
voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45,
voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal 22 behandelingen per kalenderjaar;
voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45,
voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

Collectief Aanvullend Goed

maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar;
voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

Collectief Aanvullend Beter

maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar;
voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

Collectief Aanvullend Best

maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar;
voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

10.1. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Dit krijgt u vergoed

1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Uw budget voor bewegzorg staat bij Artikel 10.

Dit krijgt u niet vergoed

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



Let op

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

Jonger dan 18 jaar

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

18 jaar en ouder

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

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

Hier kunt u terecht

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

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

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

10.2. Oedeemtherapie**Dit krijgt u vergoed**

Oedeemtherapie

Uw budget voor beweegzorg staat bij Artikel 10.

**Let op**

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

18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

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

Hier kunt u terecht

Bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

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

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgverleners vindt u op onze website.

10.3. Alternatieve bewegingstherapieën**Dit krijgt u vergoed**

- Chiropractie
- Osteopathie
- Manuele therapie E.S
- (Ortho)manuele geneeskunde
- Craniosacraaltherapie
- Haptotherapie
- Adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn

Uw budget voor beweegzorg staat bij Artikel 10.

**Let op**

Voor alternatieve bewegingstherapieën krijgt u maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45 vergoed.

Hier kunt u terecht

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

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

Artikel 11. Ergotherapie

Dit krijgt u vergoed

U krijgt een vergoeding voor ergotherapie als u zichzelf door deze behandeling beter kunt redden. Het doel is dus een grotere of betere zelfredzaamheid. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 10 behandeluren ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling op uw zorgverzekering.

Aanvullend Goed

maximaal 3 uur per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal 5 uur per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal 7 uur per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een ergotherapeut. Een overzicht van gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de deze zorg geen overeenkomst hebben? Dan krijgt u ook een vergoeding, maar niet voor het volledige bedrag. De maximale tarieven vindt u in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners'. U vindt deze lijst op onze website.

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



Let op

Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Artikel 12. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

Dit krijgt u vergoed

Bent u 21 jaar of ouder? Dan krijgt u anticonceptiemiddelen vergoed, die volgens de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt. Denk aan: anticonceptiepil, anticonceptiestafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Aanvullend Goed

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

Aanvullend Beter

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

Aanvullend Best

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

U krijgt uit uw zorgverzekering een vergoeding voor het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Ongeacht uw leeftijd.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker of apotheehoudend huisarts. Het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel krijgt u van uw huisarts, verloskundige of medisch specialist.

Artikel 13. Valpreventie

Dit krijgt u vergoed

Een cursus valpreventie waar u leert hoe u vallen kunt voorkomen. Daarnaast krijgt u balustraining en leert u vallen onder veilige omstandigheden. Een training valpreventie is voor mensen die moeite hebben met bewegen of lopen, bang zijn om te vallen of al een keer zijn gevallen. Kijk op onze website voor meer informatie. Het gaat om de volgende trainingen:

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

Aanvullend Goed

maximaal € 50 per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal € 100 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 150 per kalenderjaar

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

Hier kunt u terecht

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

ZIEN**Artikel 14. Brillen en contactlenzen****Dit krijgt u vergoed**

U kunt één keer per 3 kalenderjaren kiezen uit een van de volgende mogelijkheden:

1. Een enkelvoudige of multifocale complete bril op sterkte van een gecontracteerde leverancier. In het Reglement gezichtshulpmiddelen vindt u de lijst met leveranciers.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

een enkelvoudige of multifocale bril uit het basisassortiment van onze gecontracteerde leveranciers

Aanvullend Best

een enkelvoudige of multifocale bril uit het uitgebreide assortiment van onze gecontracteerde leveranciers

2. Een deel van de aanschafkosten van een bril op sterkte bij een opticien waarmee we geen overeenkomst hebben gesloten.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

maximaal € 50

Aanvullend Best

maximaal € 75

3. Een deel van de aanschafkosten van contactlenzen op sterkte bij een door u gekozen opticien.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

maximaal € 80

Aanvullend Best

maximaal € 125

4. Als u jonger bent dan 18 jaar: vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen of filterglazen als u deze glazen vergoed heeft gekregen uit de zorgverzekering.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

volledig

Aanvullend Best

volledig

De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u de bril of lenzen koopt, plus de 2 kalenderjaren daarvoor.

Hier kunt u terecht

Bij de door ons gecontracteerde leveranciers, deze vindt u in het Reglement gezichtshulpmiddelen. Daarin staat ook hun assortiment.

Artikel 15. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie**Dit krijgt u vergoed**

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

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

geen vergoeding

Aanvullend Best

maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht

Bij een oogarts.

BUITENLAND

Artikel 16. Spoedeisende zorg op vakantie en bij tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

Aanvullend Goed

volledig

Aanvullend Beter

volledig

Aanvullend Best

volledig

U ontvangt de vergoeding als:

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

Dit moet u regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de Univé Alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas of voor in de verzekeringsvoorwaarden.



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

Artikel 17. Repatriëring (terugkeer)

Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallende kosten van:

- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding
- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

Aanvullend Goed

volledig

Aanvullend Beter

volledig

Aanvullend Best

volledig

Wij vergoeden de kosten niet indien de reden van repatriëring te voorzien was in verband met een bestaande medische aandoening.

De Univé Alarmcentrale bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

Hier kunt u terecht

Bij de Univé Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas of voor in de verzekeringsvoorwaarden. Wordt de repatriëring niet verzorgd door de Univé Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

VOORKOMEN (PREVENTIE)

U krijgt een budget voor preventie dat u kunt inzetten voor cursussen, zorg en advies zoals hierna beschreven in artikel 18 tot en met 23.

Dit is uw totale budget voor preventie.

Aanvullend Goed

maximaal € 200 per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal € 400 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 500 per kalenderjaar

Artikel 18. Cursussen

Dit krijgt u vergoed

- Cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie.
- Cursussen omgaan met dementie die een thuiszorgorganisatie, de GGD- of een GGZ-instelling organiseren.
- Cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO.
- Reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).



Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl

Artikel 19. Gezondheidstest

Dit krijgt u vergoed

Een integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen. Na de test krijgt u een advies. De gezondheidstest bestaat uit de volgende onderzoeken:

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

De gezondheidstest mag worden uitgebreid met:

- hoortest (audiologische screening)
- fietstest
- persoonlijk leefstijlgesprek met een leefstijlcoach

Uit de nota moet blijken uit welke onderzoeken de gezondheidstest bestaat.



Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- Preventief medisch onderzoek naar kanker of andere ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is;
- Preventief medisch onderzoek als onderdeel van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet;
- MRI-, CT-scans en zogenaamde total body scans.

Hier kunt u terecht

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

Artikel 20. Gewichtconsulent

Dit krijgt u vergoed

Voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen.

Hier kunt u terecht

Bij een gewichtconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN).

Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

Artikel 21. Sportmedisch advies

Dit krijgt u vergoed

Vergoeding voor sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Hier kunt u terecht

Bij een sportarts (medisch specialist).

Artikel 22. Zorg voor vrouwen in de overgang

Dit krijgt u vergoed

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

Hier kunt u terecht

Bij een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies over vrouwen en hormonen.

Artikel 23. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij reis naar het buitenland

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op vergoeding van consulten, noodzakelijke vaccinaties (inenting) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland. De gecontracteerde zorgverleners adviseren u over de noodzakelijke vaccinaties of geneesmiddelen.

Hier kunt u terecht?

Thuisvaccinatie en Reisprík. Deze zorgverleners adviseren en vaccineren u. Dit kan bij u thuis als u dat wilt. De preventieve geneesmiddelen krijgt u thuis bezorgd. Gaat u naar een andere zorgverlener, dan ontvangt u geen vergoeding.

GEBOORTEZORG

Artikel 24. Zwangerschapscursussen

Dit krijgt u vergoed

Voor vrouwelijke verzekerden vergoeden wij de kosten voor het volgen van:

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger.
2. Cursussen die:
 - u voorbereiden op de bevalling;
 - uw lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen (maximaal 6 maanden na de bevalling).

Hier kunt u terecht

Bij een:

- Thuis- of kraamzorgorganisatie
- Verloskundige(-praktijk)
- Yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland (VYN)
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die is aangesloten bij ZwangerFit®
- Haptonoom die is aangesloten bij de Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders (VHZB);

- Cursusleider die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing® Cursusleiders (NVHBC)
- Cursusleider die is aangesloten bij de vereniging Samen Bevallende

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

maximaal € 75 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 100 per kalenderjaar

Artikel 25. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevult in een ziekenhuis of een geboortecentrum. U krijgt het verschil vergoed tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

volledig

Aanvullend Best

volledig

Artikel 26. Eigen bijdrage kraamzorg

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

maximaal € 125 per bevalling

Aanvullend Best

volledig

Artikel 27. Nazorg moeder en pasgeborene

Dit krijgt u vergoed

Ondersteuning van de moeder als zij binnen de reguliere kraamzorguren niet de zorg heeft gekregen die ze nodig heeft. Bijvoorbeeld doordat er medische complicaties bij de moeder zijn. Maar ook als haar pasgeboren kind in het ziekenhuis opgenomen is. Als het om medische complicaties bij de moeder gaat, krijgt zij de zorg aansluitend aan de 10e dag na de geboorte van haar kind. Bij ziekenhuisopname van het kind krijgt u nazorg als het kind na de 10e dag na de geboorte naar huis mag. De kraamzorgorganisatie stelt het aantal noodzakelijke kraamzorguren vast.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

maximaal 6 uur verspreid over maximaal 2 dagen

Aanvullend Best

maximaal 12 uur verspreid over maximaal 4 dagen

Hier kunt u terecht

Bij een gediplomeerd kraamverzorgende of verpleegkundige.

Artikel 28. Kraampakket

Dit krijgt u vergoed

Een kraampakket.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

volledig

Aanvullend Best

volledig

Hier kunt u terecht

Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via onze website of via Univé Kraamzorg. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 29. Elektrische borstkolf

Dit krijgt u vergoed

Huur en aanschaf van een elektrische borstkolf.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

eenmalig tot maximaal € 80

Aanvullend Best

eenmalig tot maximaal € 80

Artikel 30. Lactatiekundig consult

Dit krijgt u vergoed

Een lactatiekundig consult voor de moeder als zij problemen heeft met de borstvoeding. Een lactatiekundige geeft hulp bij borstvoeding.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

maximaal € 50 per bevalling

Aanvullend Best

maximaal € 75 per bevalling

Hier kunt u terecht

Bij een lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van verloskundige, kraamzorgorganisatie, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorg-verpleegkundige.

HUIDBEHANDELINGEN

Dit is uw totale budget voor huidbehandelingen. Dit kunt u gebruiken voor acnebehandeling, camouflagetherapie en ontharen zoals hierna beschreven in artikel 31 tot en met 33.

Aanvullend Goed

maximaal € 300 per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal € 500 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 700 per kalenderjaar

Artikel 31. Acnebehandeling

Dit krijgt u vergoed

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

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 32. Camouflagetherapie

Dit krijgt u vergoed

Behandeling om littekens, spataderen en huidandoeningen met kleurafwijkingen minder opvallend te maken. Ook de benodigde middelen krijgt u vergoed. Behandeling van het gezicht en/of de hals is alleen mogelijk bij ernstige (blijvende) ontsieringen.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website of vraagt u telefonisch op. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 33. Ontharen

Dit krijgt u vergoed

Behandeling om extreme haargroei in het gezicht definitief te verwijderen.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website of vraagt u telefonisch op. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

HULPMIDDELEN

Dit is uw totale budget voor hulpmiddelen.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

maximaal € 250 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 500 per kalenderjaar

Het budget kunt u gebruiken voor:

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen, of;
- de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet vanuit de zorgverzekering worden vergoed.

Artikel 34. Hoortoestellen

34.1. Eigen bijdrage hoortoestellen

Dit krijgt u vergoed

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

34.2. Batterijen hoorhulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed

Wij vergoeden batterijen, losse oplaadbare batterijen en bijbehorende opladers voor hoorhulpmiddelen die u uit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Artikel 35. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Dit krijgt u vergoed

De kosten van maximaal 2 tijdelijke hand- en/of vingerspalken per kalenderjaar. De spalk wordt gebruikt om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.



Let op

De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport, vergoeden wij niet.

Hier kunt u terecht

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

Dit moet u zelf regelen

De gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.

Artikel 36. Mammaprothese

Dit krijgt u vergoed

Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese-BH en een prothesebadpak die worden gebruikt na een borstampuatie. Ook schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips krijgt u vergoed.

Artikel 37. Pruiken of mutssja's

Dit krijgt u vergoed

Het verschil tussen het bedrag dat de leverancier bij u in rekening brengt voor een pruik of een mutssja en de vergoeding die u daarvoor ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Artikel 38. Steunpessarium

Dit krijgt u vergoed

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

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Artikel 39. Buikwandcorrectie

Dit krijgt u vergoed

Correctie van de buikwand als u overhangende buikhuidplooi heeft waarbij smetten aannemelijk is. De diepte van de huidplooi moet 6 cm of meer zijn, gemeten aan de binnenzijde van de plooi. Daarnaast is het belangrijk dat uw gewicht in verhouding staat tot uw lichaamslengte. Uw BMI is maximaal 30.

Voor een buikwandcorrectie na bariatrische chirurgie mag uw BMI niet hoger zijn dan 35 (≤ 35). Bariatrische chirurgie is een operatie die u helpt om af te vallen, bijvoorbeeld een maagverkleining.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

geen vergoeding

Aanvullend Best

maximaal € 2.500



Hoe berekent u uw BMI

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).

Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan 85 gedeeld door $(1.75 \times 1.75) = 85$ gedeeld door 3,0625 = 27,76. Dit is afgerond 28.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts of medisch specialist. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend specialist meesturen over de aard en omvang van de afwijking.

Artikel 40. Ooglidcorrectie

Dit krijgt u vergoed

Een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek :

- als u recht vooruit kijkt en uw pupil een derde wordt bedekt door de onderrand van uw bovenooglid of de overhangende huidplooi;
- als u duidelijk een beperkt zijwaarts gezichtsveld heeft. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van uw oog;
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van uw bovenooglid.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

geen vergoeding

Aanvullend Best

maximaal € 950

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts of medisch specialist.

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag hebben wij een toelichting van uw medisch specialist nodig over de aard en omvang van de afwijking. Wij vragen u ook een foto mee te sturen waarop de afwijking goed zichtbaar is. Deze foto mag u zelf maken. Of u gebruikt de foto die gemaakt is in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Artikel 41. Sterilisatie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van sterilisatie.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

sterilisatie van de man: maximaal € 800;
sterilisatie van de vrouw: maximaal
€ 1.250

Aanvullend Best

sterilisatie van de man: maximaal € 800;
sterilisatie van de vrouw: maximaal
€ 1.250

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Voor een vasectomie (sterilisatie van de man) kunt u ook naar een huisarts.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 42. Mindfulness bij burn-outklachten vanaf 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

Heeft u burn-out klachten en bent u 18 jaar of ouder, dan heeft u recht op een tegemoetkoming in de kosten van een 8-weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). Deze therapieën combineren de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie met meditatie en yoga.

Aanvullend Goed

maximaal € 350 per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal € 350 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 350 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) met lidmaatschap categorie 1. U vindt deze trainers op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts, bedrijfsarts.

Artikel 43. Seksuologische zorg

Dit krijgt u vergoed

Onder deze zorg valt onder andere hulp bij problemen met intimiteit, erotiek, seksuele functies en relatie- en partnertherapie.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

geen vergoeding

Aanvullend Best

maximaal 4 zittingen per kalenderjaar tot maximaal € 60 per zitting. Een zitting duurt minimaal 60 minuten

Hier kunt u terecht

Bij een seksuoloog die is ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts, bedrijfsarts.

Artikel 44. Cogmed tot 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

Een tegemoetkoming in de kosten van Cogmed . Dit geldt voor verzekerden tot 18 jaar die een werkgeheugenprobleem of een leerprobleem hebben door ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

geen vergoeding

Aanvullend Best

maximaal € 400 per kalenderjaar voor behandeling en licentiekosten

Hier kunt u terecht

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

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Artikel 45. Neurofeedback tot 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

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

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

geen vergoeding

Aanvullend Best

maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

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

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief nodig van huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

VOETBEHANDELINGEN

Artikel 46. Voetbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor voetbehandelingen en voor podotherapie zoals hierna beschreven in artikel 46.1. en 46.2.

Dit is uw totale budget voor voetbehandelingen en podotherapie.

Aanvullend Goed

maximaal € 100 per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal € 300 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 500 per kalenderjaar

46.1. Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet

Dit krijgt u vergoed

1. Voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis;
2. Voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1.

Dit zijn behandelingen om (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen.

Vanuit uw zorgverzekering heeft u recht op bepaalde voetzorg bij diabetes (diabetes mellitus). Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.

Uw podotherapeut of pedicure moet het zorgprofiel op de nota vermelden.



Zorgprofielen

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

Hier kunt u terecht

Bij een:

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



Let op

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

46.2. Podotherapie

Dit krijgt u vergoed

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

Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Artikel 47. Steunzolen en therapiezolen

Dit krijgt u vergoed

Een tegemoetkoming in de kosten voor steunzolen en therapiezolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U heeft ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

Aanvullend Goed

maximaal € 70 per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal € 125 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 125 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB), werkplaats (SEMH-OIM) of podoposturaal therapeut. SEMH staat voor Stichting Erkenningregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen.

DIËTETIEK

Artikel 48. Diëtetiek

Dit krijgt u vergoed

Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 3 behandelingen diëtetiek. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

geen vergoeding

Aanvullend Best

maximaal € 250 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een diëtist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten vindt u op onze website.

Gaat u naar een diëtist waarmee wij geen contract hebben? Dan moet u misschien een deel van de kosten zelf betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners' op onze website.

THUISZORG

Artikel 49. Huishoudelijke hulp

Dit krijgt u vergoed

1. Hulp bij het huishouden in Nederland aansluitend op uw ziekenhuisopname met minimaal één overnachting.
2. U heeft ook recht op vergoeding van huishoudelijke hulp tijdens een ziekenhuisopname van uw kind, als uw kind ook een Aanvullend Beter of Best heeft.

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

maximaal 9 uur per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal 12 uur per kalenderjaar

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

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kunt u tijdens kantooruren bellen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

MANTELZORG

Een mantelzorger verleent zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat om zorg die uit meer bestaat dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is. Onder mantelzorg verstaan wij de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg.



Stel uw vraag over mantelzorg

Of u nu mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt, u kunt met uw vragen terecht bij de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Onze medewerkers informeren en adviseren u over mantelzorg: zij kennen de regels en weten waar u terecht kunt voor hulp. Het telefoonnummer van de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling vindt u op onze website.

Artikel 50. Mantelzorgmakelaar

Dit krijgt u vergoed

Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar neemt in overleg met de mantelzorger regeltaken rond zorg, welzijn of financiën over om te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Aanvullend Goed

maximaal € 250 per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal € 500 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 750 per kalenderjaar

De hulp van een mantelzorgmakelaar komt eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De mantelzorger óf degene die de mantelzorg ontvangt kan de verleende diensten declareren. Niet allebei.

Hier kunt u terecht

Bij de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website. Wij kunnen u als dat nodig is verwijzen naar een zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM). Gaat u zonder verwijzing van de ???? Zorgadviseur naar een (zelfstandig werkend) mantelzorgmakelaar, dan vergoeden wij de kosten niet.

Artikel 51. Vervangende mantelzorg

Dit krijgt u vergoed

Tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger in huis, zodat de mantelzorger even vrij kan zijn. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of als u mantelzorger bent. De vervangende mantelzorg vraagt u aan voor minimaal 1 dag.



Let op

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

Aanvullend Goed

maximaal 5 dagen per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal 10 dagen per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal 15 dagen per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

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

Artikel 52. Herstellingsoorden en zorghotels

Dit krijgt u vergoed

U krijgt een vergoeding voor uw verblijf in een herstellingsoord of zorghotel als:

1. het aansluit op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum, na afronding van uw behandelingen;
2. uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of burn-out.

Aanvullend Goed

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.500 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij een contract hebben. Een overzicht hiervan vindt u op onze website of vraagt u telefonisch op. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

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

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of burn-out (zoals beschreven onder Dit krijgt u vergoed, punt 3).

Artikel 53. Hospice

Dit krijgt u vergoed

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

Aanvullend Goed

maximaal € 30 per dag

Aanvullend Beter

maximaal € 30 per dag

Aanvullend Best

maximaal € 30 per dag

Hier kunt u terecht

Bij een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. U vindt deze op onze website. Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Artikel 54. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis bij ziekenhuisopname

Dit krijgt u vergoed

1. Het verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als uw kind of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres is gevestigd. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen. Als uw kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan kunt u naar het Onthaaltehuis Ter Weijde.
2. Verblijf in een logeerhuis als u 2 dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt meestal of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

Aanvullend Goed

maximaal € 300 per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal € 400 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 600 per kalenderjaar

VERVOER

Artikel 55. Vervoer bij orgaantransplantatie

Dit krijgt u vergoed

Kosten van taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u in behandeling bent voor een orgaantransplantatie. U krijgt deze vergoeding alleen als de kostenvergoeding voor dit vervoer niet onder de zorgverzekering valt. Het betreft de volgende zorg: pre-transplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. Voor de berekening van de afstand gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Aanvullend Goed

taxivervoer: volledig;
vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer

Aanvullend Beter

taxivervoer: volledig;
vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer

Aanvullend Best

taxivervoer: volledig;
vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer

Hier kunt u terecht

Bij een vervoerder waarmee wij een contract hebben. U vindt een overzicht van de gecontracteerde vervoerders op onze website of vraagt u telefonisch op. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een vervoerder waarmee wij geen contract hebben? Dan krijgt u geen vergoeding.

Dit moet u zelf regelen

U heeft een voorschrift nodig van een huisarts of medisch specialist en u heeft vooraf onze toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruikmaken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website of telefonisch opvragen.



Let op

Het vervoer van de donor vergoeden we niet.

KUNSTGEBIT

Artikel 56. Eigen bijdrage voor gebitsprothesen (kunstgebit)

Dit krijgt u vergoed

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

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

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

volledig

Aanvullend Best

volledig

III. Tand Ongevallen, Tand Goed, Tand Beter, Tand Best

Artikel 57. Tandheelkundige zorg

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor tandheelkundige zorg zoals hierna beschreven in artikel 57.1. en 57.2.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen

| Tand Ongevallen | Tand Goed | Tand Beter | Tand Best |
|-----------------|--|--|---|
| Geen vergoeding | 100% voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) (voor overige tandheelkundige zorg geldt 80%) tot maximaal € 250 per kalenderjaar. | 100% voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) (voor overige tandheelkundige zorg geldt 80%) tot maximaal € 500 per kalenderjaar. | 100% voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) (voor overige tandheelkundige zorg geldt 80%) tot maximaal € 1000 per kalenderjaar. |

57.1. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

Bijvoorbeeld een (half)-jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje of het trekken van een kies.

Onder de vergoeding voor tandheelkundige zorg vallen de volgende (be)handelingen:

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

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Hier kunt u terecht

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

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

57.2. Eigen bijdrage voor gebitsprothesen (kunstgebit)

Dit krijgt u vergoed

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

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

Artikel 58. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

Orthodontische zorg door tandartsen en orthodontisten.

Tand Ongevallen

Geen vergoeding

Tand Goed

geen vergoeding

Tand Beter

maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Tand Best

maximaal € 2.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering



Let op

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

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Artikel 59. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

Orthodontische zorg door tandartsen en orthodontisten.

Tand Ongevallen

Geen vergoeding

Tand Goed

geen vergoeding

Tand Beter

maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Tand Best

maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering



Let op

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

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Artikel 60. Tandheelkundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De kosten voor onvoorziene tandheelkundige zorg door een tandarts, om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed.

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Tand Ongevallen, Tand Goed, Tand Beter of Tand Best. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval gebeurt. Tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Tand Ongevallen

maximaal € 10.000 per ongeval

Tand Goed

maximaal € 10.000 per ongeval

Tand Beter

maximaal € 10.000 per ongeval

Tand Best

maximaal € 10.000 per ongeval



Let op

U heeft geen recht op vergoeding van:

- kosten als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- kosten als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- kosten als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- kosten als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- kosten die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- kosten van een behandeling in het buitenland;
- kosten van orthodontische zorg.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Dit moet u zelf regelen

U heeft van tevoren onze toestemming nodig. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een ingevuld formulier 'vragenformulier ongeval', een behandelplan met kostenbegroting en röntgenfoto's van de schade aan uw gebit zitten. Uw tandarts of kaakchirurg moet het behandelplan opstellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is.



IV. Begrippen

Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekering(en) (Collectief) Aanvullend Goed, (Collectief) Aanvullend Beter, (Collectief) Aanvullend Best, Tand Ongevallen, Tand Goed, Tand Beter en Tand Best.

Arbocuratieve zorg: zorg die gericht is op genezing en behandeling van lichamelijke aandoeningen die te maken hebben met werk.

Beëdigd vertaler: dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), www.bureauwbvtv.nl

BMI (Body Mass Index): je BMI laat zien of je gewicht gezond is in relatie tot je lengte.

Chiropractie: benadrukt de wisselwerking tussen het zenuwstelsel (hersenen, ruggenmerg en zenuwen) en het bewegingsapparaat en daarmee samenhangende klachten. In Nederland is chiropractor een vrij beroep.

Cogmed: de Cogmed Werkgeheugen Training is een wetenschappelijk bewezen methode die door het trainen van het werkgeheugen het concentratievermogen kan verbeteren. De training is voor kinderen en volwassenen met concentratieproblemen, ADD, ADHD, burn-out en niet aangeboren hersenletsel (NAH).

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

Complete bril: we noemen dit ook wel een volledige bril. Het is een enkelvoudige of multifocale bril. Afhankelijk van uw behoefte. De glazen zijn ontspiegeld en hebben een anti-kraslaag. U kunt kiezen uit een breed assortiment dat per opticien en aanvullende verzekering kan verschillen.

Craniosacraaltherapie: de Amerikaanse arts John E. Upledger heeft deze therapie in de jaren zeventig bedacht. Hij ging ervan uit dat veel ziektes ontstaan door een afwijking in het bindweefsel en door de wisselende druk in het hersenvocht die kan ontstaan door blokkades. Het is onduidelijk waarop dit precies gebaseerd is. Bij de behandeling manipuleert de therapeut vaak aan de hals en wervelkolom. Kranion betekent schedel, sacrum is het heiligbeen.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc): een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt, tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

Dixhoorn, ontspannings- en ademhalingstherapie: de methode van Dixhoorn gaat uit van het behandelen van spanningsklachten. De ademhaling staat centraal.

Ergotherapeut: een ergotherapeut adviseert en traint mensen die moeilijkheden hebben met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Bijvoorbeeld omdat ze dement zijn of niet-aangeboren hersenletsel hebben.

Extracties: het trekken of verwijderen van een tand of kies.

Filterglazen: dit zijn speciale glazen met een filter. Zo heeft een zonnebril een UV-filter. Er bestaan ook hele speciale filterglazen voor medische toepassingen.

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

Geneesmiddelenvergoedingssysteem: hierin staan alle geregistreerde geneesmiddelen die zorgverzekeraars vanuit de zorgverzekering vergoeden.

Haptotherapie: leert je ontdekken wat je voelt. De haptotherapeut moet een hbo-opleiding hebben afgerond. Hij is een officiële zorgverlener die is aangesloten bij de beroepsvereniging VVH.

Hoorhulpmiddelen: dit zijn hulpmiddelen die u helpen als u slecht hoort. Denk aan een gehoorapparaat of een apparaat dat suizen vermindert.

Honorarium: salaris

Implantologie: tandheelkunde die tot doel heeft een of meerdere tanden te vervangen door tandimplantaten. Implantaten zijn kunstmatige wortels die in het bot geplaatst worden, deze worden na het plaatsen voorzien van bijvoorbeeld een kroon.

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

Lactatiekundige NVL: een lactatiekundige is een professioneel opgeleide borstvoedingspecialist en geeft moeders deskundige hulp bij het geven van borstvoeding. De beroepsvereniging is de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL), zij bewaken de kwaliteit van het vak.

Levatorplastiek: bovenooglidcorrectie waarbij het hefspiertje van het bovenooglid strakker gemaakt wordt waardoor het beter zijn functie kan uitoefenen en het oog beter open gaat.

Lidmaatschap categorie 1: gekwalificeerde mindfulnessstrainers aangesloten bij de VMBN worden op basis van de specifieke opleiding en ervaring ingedeeld. Categorie 1 zegt iets over de kwaliteit en duur van de opleiding.

Mammaprothese: een uitwendig hulpmiddel dat de borst volledig of gedeeltelijk vervangt.

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

Mesostructuur: een constructie, die zich tussen implantaten (of natuurlijke tanden en kiezen) en het kunstgebit bevindt. Deze structuur kan bestaan uit drukknoppen of magneten op implantaten of uit een staafconstructie waarmee de implantaten met elkaar verbonden zijn.

Mijn Omgeving: persoonlijke online omgeving om verzekeringsgegevens in te zien en te wijzigen.

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT): therapie die zich specifiek richt op het ontwikkelen van een andere houding tegenover problemen. Deze houding kenmerkt zich door nauwkeurig waarnemen, toelaten, niet-reageren en niet-oordelen waardoor er ruimte komt voor acceptatie.

Mindfulness Bases Stress Reduction (MBSR): een training in aandacht met als doel spanningsklachten te verminderen.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck: de oefentherapeut is specialist in het aanleren van gezond beweeggedrag. Gericht op het behandelen en voorkomen van klachten die kunnen ontstaan door een verkeerde houding en beweging tijdens dagelijkse activiteiten.

Ongeval: een onverwachte gebeurtenis die leidt tot schade en/of letsel.

Orthomanele geneeskunde: geneeskunde die vooral gericht is op klachten die te maken hebben met bewegen en houding. De therapeut manipuleert de stand van bijvoorbeeld het bekken of de wervels. Zo kan hij de stand van deze botten 'aanpassen' en de klachten misschien verhelpen. Orho komt uit het Grieks en betekent recht. Manueel betekent: met de hand.

Osteopathie: is een alternatieve geneeswijze, die er van uitgaat dat een verminderde beweeglijkheid van weefsels en structuren in het lichaam een nadelige invloed op de gezondheid heeft. Met corrigerende handgrepen wordt de oorzaak van de klachten aangepakt.

Podotherapeut: behandelt mensen met voet-, rug- of knieklachten.

Polisblad: document waarop staat waarvoor en hoe je verzekerd bent.

Pretransplantatieonderzoek: onderzoek om te beoordelen of uw conditie goed genoeg is om een ingrijpende operatie als een transplantatie goed te doorstaan.

Schriftelijk: betekent in deze verzekeringsvoorwaarden op papier maar ook per e-mail.

Sedatie: verdooving

Termijnbetalingskorting: betalingskorting bij vooruit betalen.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg. Deze toestemming krijgt u van ons of namens ons. U moet de toestemming aanvragen voordat u die bepaalde zorg afneemt.

Torische lens: een lens met verschillende vlakken en zwaartes. Wanneer het hoornvlies niet perfect rond is, kan dit zorgen voor oogproblemen. Het zicht kan wazig worden, het onderscheiden van details kan lastig zijn en verticale lijnen lijken te kantelen. Torische lenzen corrigeren deze problemen.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

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

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

Wettelijke eigen bijdrage: u betaalt soms een deel van de zorg zelf, bijvoorbeeld bij een kunstgebit of hoortoestel. De overheid bepaalt hoe hoog de eigen bijdrage is en waarvoor u deze bijdrage betaalt.

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

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

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

Zorgverzekeraar, de/Univé: N.V. Univé Zorg, statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 37112407. N.V. Univé Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000665. N.V. Univé Zorg is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

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

