

AANVULLENDE VERZEKERINGEN SLIM, START, EXTRA, PLUS, TOP

VOORWAARDEN VOOR DE AANVULLENDE VERZEKERING

Op de aanvullende verzekeringen Slim, Start, Extra, Plus en Top zijn van toepassing:

- de afspraken in het hoofdstuk Algemene bepalingen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de basisverzekering;
- de afspraken in dit hoofdstuk Aanvullende verzekeringen Slim, Start, Extra, Plus, Top;
- de lijst met begrippen;
- alle bijlagen waar in de toepasselijke voorwaarden naar wordt verwezen.

AANVULLENDE VERZEKERING SLUITEN EN STOPZETTEN

1. Wanneer kunt u een aanvullende verzekering sluiten?

Voor het sluiten van een aanvullende verzekering gelden de volgende acceptatievoorwaarden:

- u (verzekeringnemer) kunt alleen een aanvullende verzekering sluiten als de persoon die u (verzekeringnemer) wilt verzekeren op het moment van ingaan van de aanvullende verzekering ook een basisverzekering van ZorgDirect heeft;
- u mag maximaal één aanvullende verzekering (niet zijnde een tandartsverzekering) en maximaal één tandartsverzekering hebben;
- u (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon hebben geen betalingsachterstand bij en zijn niet in het verleden geroyeerd door Eno Zorgverzekeraar N.V. of Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.;
- Als u (verzekeringnemer) voor uw minderjarige kind(eren) een aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) sluit, krijgt of krijgen deze automatisch dezelfde aanvullende verzekering als de ouder/verzorger met de aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) met de hoogste premiegrondslag waarvoor u (verzekeringnemer) ook een aanvullende verzekering sluit of eerder heeft gesloten en die nog niet is geëindigd;
- Als u (verzekeringnemer) voor uw minderjarige kind(eren) een tandartsverzekering sluit, krijgt of krijgen deze automatisch dezelfde tandartsverzekering als de ouder/verzorger met de tandartsverzekering met de hoogste premiegrondslag waarvoor u (verzekeringnemer) ook een tandartsverzekering sluit of eerder heeft gesloten en die nog niet is geëindigd.

Wij kunnen het sluiten van een aanvullende verzekering weigeren om een andere reden.

2. Wanneer begint de aanvullende verzekering?

Als u (verzekeringnemer) de aanvraag voor de aanvullende verzekering tegelijkertijd met de aanvraag tot het sluiten van een basisverzekering voor dezelfde persoon doet, gaat deze aanvullende verzekering in op de dag waarop de basisverzekering voor die persoon ingaat. In alle andere gevallen gaat de aanvullende verzekering in op 1 januari van het volgende jaar.

Als u (verzekeringnemer) een aanvraag tot het sluiten van een aanvullende verzekering voor iemand anders doet, gaan wij ervan uit dat u (verzekeringnemer) ons daarmee een volmacht hebt gegeven voor het beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering van die persoon bij de vorige zorgverzekeraar. Als u (verzekeringnemer) dit niet wilt, moet u (verzekeringnemer) ons dat schriftelijk melden bij het doen van de aanvraag.

3. Hoe kunt u de aanvullende verzekering wijzigen?

U (verzekeringnemer) kunt ons vragen om de aanvullende verzekering van een verzekerde te wijzigen in een andere aanvullende verzekering. Een wijziging van een aanvullende verzekering is alleen mogelijk per 1 januari van het volgende jaar.

U (verzekeringnemer) moet het verzoek via Mijn ZorgDirect, via het contactformulier op www.zorgdirect.nl of schriftelijk. Een mondeling verzoek geldt niet.

Voor de wijziging van de aanvullende verzekering en tandartsverzekering gelden verder dezelfde voorwaarden als voor het sluiten van de aanvullende verzekering. Dit betekent dat de aanvullende verzekering respectievelijk de tandartsverzekering van uw minderjarige kind(eren) automatisch wijzigt als de aanvullende verzekering respectievelijk de tandartsverzekering van de ouder/verzorgers die door u (verzekeringnemer) zijn verzekerd wijzigt.

PREMIE

4. Wanneer hoeft u geen premie te betalen?

U (verzekeringnemer) moet ons premie betalen, behalve in de volgende gevallen:

- u (verzekeringnemer) hoeft voor een verzekerde geen premie te betalen voor een aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) respectievelijk tandartsverzekering tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden, mits tenminste een ouder/verzorger een aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) respectievelijk

- tandartsverzekering heeft met dezelfde premiegrondslag;
- u (verzekeringnemer) hoeft geen premie aan ons te betalen tijdens de periode dat de dekking van de aanvullende verzekering is opgeschort wegens detentie van u.

VERZEKERINGSDEKKING ALGEMEEN

5. Wanneer heeft u recht op vergoeding?

De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. En als die maatstaf ontbreekt, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van zorg als:

- u aan alle door ons gestelde voorwaarden heeft voldaan;
- u op die zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. De te verlenen zorg of dienst moet doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn;
- u de zorg krijgt op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

U heeft geen recht op een hogere vergoeding van de kosten van de zorg, dan de werkelijk betaalde kosten voor die zorg.

U mag de zorg alleen krijgen van een zorgaanbieder die door ons is aangewezen. Wie de zorg mag verlenen, is per zorgvorm aangegeven. U heeft alsnog recht op vergoeding van kosten van zorg door een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen, als wij daar voorafgaand aan de zorgverlening toestemming voor hebben gegeven.

Voor sommige vormen van zorg hanteren wij een maximumtarief per zitting of behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De maximumtarieven gelden niet voor zorg door gecontracteerde zorgaanbieders. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden via www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. Als ons contract met een zorgaanbieder eindigt in de periode dat u van deze zorgaanbieder zorg krijgt, blijft u voor het vervolg van de behandelingsreeks recht houden op vergoeding alsof de zorgaanbieder nog wel door ons gecontracteerd is.

Als u voor de zorg btw moet betalen, geldt de vergoeding ook voor die kosten.

SPECIFIEKE BEPERKINGEN VOOR DE AANVULLENDE VERZEKERINGEN

6. Wanneer geldt er een wachttijd?

Het is mogelijk dat voor het recht op vergoeding of het recht op de zorg een wachttijd geldt. Gedurende die periode bent u wel verzekerd, maar kunt u nog geen aanspraak maken op de dekking. Als er een wachttijd geldt, dan is die wachttijd in het artikel over de betreffende zorgvorm vermeld.

7. Welke algemene beperkingen van de verzekeringsdekking gelden?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg:

- die is verleend in het buitenland, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- die vallen onder het verplicht eigen risico of het vrijwillig eigen risico, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- die vallen onder de wettelijke eigen bijdrage, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- die zijn veroorzaakt door uw eigen grove schuld of opzet van u;
- die zijn ontstaan tijdens uw deelname aan een misdrijf;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het beoefenen van wedstrijdsport in het buitenland;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het beoefenen van gevaarlijke sporten of het beoefenen van beroeps- of semi-beroepssport;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het maken van bergtochten die voor een onge oefende niet zonder bezwaar, beoefenaar of begaanbaar zijn;
- wintersporten, behalve sleeën, schaatsen, langlaufen en skiën binnen de piste;
- van opsporing, redding en berging.

8. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg, als de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden. Daarvoor geldt wel als voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Het bepaalde in de vorige drie zinnen is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet iemand anders voor de geleden schade aansprakelijk is.

9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg:

- als u op grond van een andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht hebt op vergoeding van kosten van die zorg;
- als u op grond van die andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht zou hebben op vergoeding van kosten van die zorg als uw

aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.
 Een op die andere overeenkomst, wet of andere voorziening toepasselijk eigen risico of eigen bijdrage valt nooit onder de dekking van de aanvullende verzekering.

10. Telt een eerdere vergoeding mee als u een andere aanvullende verzekering sluit?

Als u aan het begin of in de loop van het jaar op grond van een andere aanvullende verzekering verzekerd raakt, dan:

- telt de vergoeding of de zorg die u heeft gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering (van Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.) mee voor het bepalen van het recht op de vergoeding of de zorg op grond van de nieuwe aanvullende verzekering;
- telt het aantal behandelingen dat u heeft gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering (van Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.) mee voor het bepalen van het recht op het aantal behandelingen op grond van uw nieuwe aanvullende verzekering.

Dit geldt ook als de maximale vergoeding of het aantal behandelingen of de periode waarbinnen u recht heeft op een bepaalde vergoeding in de nieuwe aanvullende verzekering verschilt ten opzichte van de vorige aanvullende verzekering.

DEKKING EN VERGOEDING PER ZORGVORM

Brillen en lenzen

	START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
Recht op bril	-	-	1 bril per 2 kalenderjaren bij Specsavers uit de € 89,- collectie	1 bril per 2 kalenderjaren bij Specsavers uit de € 149,- collectie
of				
Kosten van brillen of lenzen	-	-	maximaal € 75,- per 2 kalenderjaren	maximaal € 150,- per 2 kalenderjaren

Wat is de dekking?

U heeft recht op een van de twee mogelijkheden (niet allebei):

- een complete bril op sterkte uit het speciale aanbod daarvoor bij Specsavers (enkelvoudig of varifocaal);
- of
- vergoeding van kosten van:
 - brilglazen en lenzen op sterkte;
 - een montuur, als dat tegelijk met de glazen wordt aangeschaft.

Waar moet u op letten?

Optiekbedrijven met een gediplomeerde opticien/contactlensspecialist mogen de brillen en lenzen leveren.

Kijk voor verkoopadressen van Specsavers op www.zorgdirect.nl. Op onze website vindt u de link naar een overzicht van de vestigingen van Specsavers.

Op de nota die u indient, moet duidelijk de sterkte van de brilglazen of lenzen staan.

FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE

Fysiotherapie en oefentherapie

SLIM	START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
9 zittingen per kalenderjaar	6 zittingen per kalenderjaar	9 zittingen per kalenderjaar	15 zittingen per kalenderjaar, waarvan voor dezelfde aandoening maximaal 9 zittingen manuele therapie	25 zittingen per kalenderjaar, waarvan voor dezelfde aandoening maximaal 9 zittingen manuele therapie

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van:

- algemene fysiotherapie;
- manuele therapie;
- oefentherapie Cesar en Mensendieck;
- littekenbehandeling;
- psychosomatische fysiotherapie en psychosomatische oefentherapie;
- geriatrische fysiotherapie en geriatrische oefentherapie;
- bekkenfysiotherapie en bekkenoefentherapie;
- oedeemtherapie en lymfedrainage;

- kinderfysiotherapie en kinderoefentherapie.

De vergoeding geldt voor de verschillende therapieën gezamenlijk.

Alleen als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft deze recht op kinderfysiotherapie.

U heeft recht op vergoeding van zittingen in het buitenland. Voor zittingen in het buitenland gelden de tarieven voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst met maximumvergoedingen kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/tarieven.

Als de tarieven van de zorg in het buitenland hoger zijn dan onze maximumtarieven, is het verschil voor uw eigen rekening.

Niet elke behandeling telt als één zitting. Een zitting wordt als volgt berekend:

- telefonische zitting ½ zitting
- screening ½ zitting
- intake en onderzoek na screening ½ zitting
- groepszitting 3-10 personen ½ zitting
- overige 1 zitting

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- algemene fysiotherapie: een fysiotherapeut;
- bekkenfysiotherapie: een bekkenfysiotherapeut;
- geriatrische fysiotherapie: een geriatriefysiotherapeut;
- kinderfysiotherapie: een kinderfysiotherapeut;
- littekenbehandeling: een fysiotherapeut en huidtherapeut;
- manuele fysiotherapie: een manueel therapeut;
- psychosomatische fysiotherapie: een psychosomatisch fysiotherapeut;
- oedeemtherapie en lymfedrainage: een oedeemtherapeut en huidtherapeut;
- algemene oefentherapie: een oefentherapeut (Cesar of Mensendieck);
- bekkenoefentherapie: een bekkenoefentherapeut;
- geriatrische oefentherapie: een geriatrie-oefentherapeut;
- psychosomatische oefentherapie: een psychosomatische oefentherapeut;
- kinderoefentherapie: een kinderoefentherapeut.
- gesuperviseerde oefentherapie bij perifere arterieel vaatlijden (etalagebenen): een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij het landelijke netwerk Chronisch Zorgnet. Deze zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74. De aansluiting op Chronisch Zorgnet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018;
- fysiotherapie en oefentherapie voor de ziekte van Parkinson: een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet. Deze zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74. De aansluiting op ParkinsonNet is niet verplicht als de zorg al is gestart voor 1 januari 2018.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, een medisch specialist, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, tandarts, verpleegkundig specialist, physician assistant of een regiebehandelaar in het kader van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP):

- voor behandeling voor een aandoening die staat op de Lijst Aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. De Lijst Aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie is te vinden op www.zorgdirect.nl/fysiotherapie. Op verzoek sturen wij deze toe;
- voor zorg aan huis of in een instelling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

ALTERNIEVE GENEESWIJZEN EN ALTERNIEVE GENEESMIDDELEN

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 40,- per behandeldag tot maximaal € 350,- per kalenderjaar	maximaal € 40,- per behandeldag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Alternatieve geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van antroposofische en homeopathische geneesmiddelen die zijn opgenomen in de G standaard van Z-index. Voor informatie over de vergoeding van een geneesmiddel kunt u bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Alternatieve geneeswijzen

U heeft recht op vergoeding van de volgende alternatieve geneeswijzen:

- acupunctuur.
- ademhalings- en ontspanningstherapie methode Van Dixhoorn;
- antroposofische euritmie;
- antroposofische psychotherapie;
- antroposofische therapie;
- chirofonetiek therapie;
- chiropractie;
- cranio-sacraaltherapie;
- energetische therapie;
- fytotherapie;
- gestalttherapie;
- haptotherapie;
- (klassieke) homeopathie;
- hypnotherapie;
- integratieve psychotherapie;
- kinesiologie;
- kunstzinnige therapie;
- lichaamsgerichte psychotherapie;
- neuraaltherapie;
- neurofeedback;
- manuele therapie E.S. (Egg Shell);
- mesologie;
- musculoskeletale geneeskunde;
- osteopathie;
- orthomanuele geneeskunde;
- orthomoleculaire geneeskunde;
- psychotherapie;
- reflexzonetherapie.

Waar moet u op letten?

Alternatieve geneesmiddelen

Een apotheek en apotheekhoudende huisarts mogen de geneesmiddelen leveren.

Voor vergoeding van alternatieve geneesmiddelen moet u een recept hebben van een alternatieve zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden van de 'Lijst Alternatieve zorgaanbieders 2022' of van een arts.

Alternatieve geneeswijzen

Zorgaanbieders die een geldige AGB-code hebben en voldoen aan de voorwaarden van de 'Lijst Alternatieve zorgaanbieders 2022' mogen de alternatieve geneeswijzen verlenen.

De actuele lijst 'Lijst Alternatieve zorgaanbieders 2022' kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/alternatievegeneeswijzen. Op verzoek zenden wij de lijst toe. In de lijst staat bij welke beroepsvereniging of koepelvereniging de zorgaanbieder moet zijn aangesloten of waarvan de zorgaanbieder lid moet zijn en in welk register de zorgaanbieder ingeschreven moet zijn. U heeft alleen recht op vergoeding van consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging of koepelvereniging in het overzicht is opgenomen.

Op de nota moet de geldige en persoonlijke en praktijk- AGB-code van de zorgaanbieder staan. Ook moet de beroepsvereniging of koepelvereniging zijn vermeld waarbij de zorgaanbieder is aangesloten of waarvan de zorgaanbieder lid is. De nota moet ook een overzicht bevatten van de behandelingen per dag en een duidelijke omschrijving van de behandeling.

GEZINSPLANNING

Kraampakket

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	ja	ja

Wat is de dekking?

U heeft recht op een kraampakket, als u ten minste 24 weken zwanger bent. Het kraampakket bestaat uit:

- onderleggers;
- kraammatrassen;
- een steriele navelklem;

- gaaskompressen;
- kraamverband;
- een flesje alcohol;
- verbandwatten;
- wondkompressen.

Waar moet u op letten?

U moet het kraampakket tijdig bij ons aanvragen. De aanmelding kan via het aanmeldformulier op www.zorgdirect.nl/zwanger. Het kraampakket wordt bezorgd vanaf de 34e week van de zwangerschap.

Bevalling in een ziekenhuis/geboortecentrum zonder medische noodzaak

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	60%	60%

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor een bevalling zonder medische indicatie in het ziekenhuis of een geboortecentrum.

Vergoeding eigen bijdrage voor kraamzorg

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	60%	60%

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg.

Begeleiding bij borstvoeding

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 100,- per bevalling	maximaal € 150,- per bevalling

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van individueel advies en begeleiding bij het geven van borstvoeding.

Waar moet u op letten?

Een lactatiekundige IBCLC die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of een NLG-lactatiekundige mag het advies en de begeleiding geven.

TENS bij bevalling

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	100%

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van de huur van een TENS (Transcutane Electro Neuro Stimulatie) en toebehoren voor pijnvermindering bij bevalling. U mag zelf bepalen waar u de TENS huurt.

Zwangerschapscursussen en moederbegeleiding

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 100,- per zwangerschap	maximaal € 100,- per zwangerschap

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van cursussen voor zwangerschap en bevalling en van moederbegeleiding, zoals zwangerschapsgymnastiek, zwangerschapsyoga, zwangerschapsmassage, het Moeder Fit programma of een doula.

Waar moet u op letten?

Een professionele aanbieder mag de zwangerschapscursussen of moederbegeleiding geven. De doula moet lid zijn van de Nederlandse Beroepsvereniging van doula's.

Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
maximaal € 100,- per kalenderjaar	maximaal € 100,- per kalenderjaar	100%	100%

Wat is de dekking?

Als u 21 jaar of ouder bent, heeft u recht op vergoeding van de volgende anticonceptiemiddelen:

- de anticonceptiepil;
- de prikpil;
- het spiraal;
- de hormonale anticonceptiepleister;
- de hormoonring;
- het anticonceptiestaaftje;
- de Femcap;
- siliconenkapje.

De kosten van de terhandstelling vallen onder deze dekking. De kosten van het inbrengen van deze middelen vallen hier niet onder.

Per voorschrift vergoeden wij de anticonceptiepil voor een periode van maximaal 12 maanden.

Als u op grond van de basisverzekering recht heeft op een anticonceptiemiddel, dan heeft u geen recht op vergoeding van een anticonceptiemiddel op grond van de aanvullende verzekering. Als u op grond van de basisverzekering recht heeft op een specifiek anticonceptiemiddel (voorkeursgeneesmiddel), dan heeft u geen recht op vergoeding van kosten van een ander anticonceptiemiddel op grond van uw aanvullende verzekering.

Waar moet u op letten?

Een apotheker en apotheekhoudende huisarts mogen de anticonceptiemiddelen verstrekken.

U heeft een recept van een huisarts of medisch specialist nodig.

Sterilisatie

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	gecontracteerde zorg: 100%; niet-gecontracteerde zorg: maximaal € 500,- voor de totale behandeling

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van sterilisatie.

Waar moet u op letten?

Een (gecontracteerd) ziekenhuis en een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum mogen de zorg verlenen. Gecontracteerde zorg is zorg door een ziekenhuis waarmee wij speciaal voor het verrichten van sterilisaties afspraken hebben gemaakt. Ziekenhuizen waarmee wij algemene afspraken voor medisch specialistische zorg hebben gemaakt, vallen hier niet onder. Ook huisartsen waarmee wij speciaal voor het verrichten van sterilisaties afspraken hebben gemaakt, mogen de zorg verlenen. Huisartsen waarmee wij algemene afspraken voor huisartsenzorg hebben gemaakt, vallen hier niet onder. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

PREVENTIE

Sportmedisch advies

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 125,- per kalenderjaar	maximaal € 250,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van sportmedisch onderzoek en (sportblessure)consulten. Wij vergoeden onder Sportmedisch advies geen keuringen, zoals een rijbewijs-, vliegers-, ballonvaarders-, en duikerskeuring.

Waar moet u op letten?

Een sportmedische instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) mag de zorg verlenen. Op de nota moet zijn vermeld dat de instelling is aangesloten bij de FSMI.

Gezondheidsonderzoek met leefstijladvies

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	100%. 1 keer per 3 kalenderjaren

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van één gezondheidsonderzoek per drie kalenderjaren. Het onderzoek omvat:

- een bloedonderzoek op glucose;
- een bloedonderzoek op volledig lipidenbeeld (= uitgesplitst cholesterol);
- een bloeddrukmeting;
- een longfunctiemeting;
- de bepaling van uw BMI (Body Mass Index)

Zorgaanbieder

Een healthconsulent van Care for human mag de zorg verlenen. De adressen van Care for human-consulenten vindt u via www.careforhuman.nl.

Gezondheids cursussen

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	75% tot maximaal € 100,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 150,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor gezondheids cursussen bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de gezondheids cursussen gezamenlijk.

Algemene gezondheids cursussen

U heeft recht op vergoeding van een gezondheids cursus als de cursus voor uzelf is of om een naaste te ondersteunen en het moet speciaal gericht zijn op het helpen voorkomen van ziekte of om leefgewoonten te verbeteren of om functieverlies of -beperking te voorkomen.

Welke cursussen komen hiervoor in aanmerking? Een aantal voorbeelden:

- EHBO en reanimatie. De cursus mag geen werkrelatie hebben, dus geen opleiding voor BHV;
- Kinder EHBO; cursus voor ongevallen met kinderen thuis;
- Voorbij alcohol; cursussen en trainingen om alcoholgebruik tegen te gaan;
- Gezond en Fit; internetcursus van de NTI;
- Dementie de Baas; cursus voor mantelzorger en verzorgde met dementie;
- PEPP; cursus voor mantelzorger en verzorgde met Parkinson.

Welke cursussen komen niet in aanmerking? Hieronder vindt u een aantal voorbeelden:

- vrijetijdsbesteding zoals sporttrainingen, yoga, tai chi en meditatie;
- boeken die een cursus ondersteunen.

Waar moet u op letten?

Een professionele aanbieder van gezondheids cursussen mag de cursus geven, bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie, reumavereniging, diabetesvereniging of de Nederlandse Hartstichting.

U moet een kopie van het diploma of certificaat van deelname meesturen met de nota.

Hulpmiddelen

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	maximaal € 100,- per kalenderjaar	maximaal € 200,- per kalenderjaar	maximaal € 300,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor hulpmiddelen bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Heupprotectors

U heeft recht op vergoeding van heupprotectors. Voorwaarde is dat u een voorschrift heeft van een arts. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Hoorapparaten

U heeft recht op vergoeding van kosten van de wettelijke eigen bijdrage van hoorapparaten en (tinnitus)maskeerders.

Plaswekker

U heeft recht op vergoeding van aanschaf of huur van een plaswekker. Voorwaarde is dat u een voorschrift heeft van een arts. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Pruiken

U heeft recht op vergoeding van kosten van een pruik die voor uw rekening blijven na de wettelijke maximale vergoeding vanuit de basisverzekering.

Waar moet u op letten?

Een leverancier van hulpmiddelen mag de hulpmiddelen leveren.

VERBLIJF

Hospice

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	€ 35,- per dag voor maximaal 2 maanden per kalenderjaar	€ 35,- per dag voor maximaal 2 maanden per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van verblijf in een hospice voor kortdurende opvang van terminale patiënten in een specifiek daarvoor ingerichte omgeving tot maximaal twee maanden per kalenderjaar.

Waar moet u op letten?

Een 'Bijna Thuis Huis', een zelfstandig hospice of een hospice-unit van een verpleeghuis en een ziekenhuis mogen het verblijf bieden.

Therapeutisch vakantiecamp

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	75% tot maximaal € 100,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van een therapeutisch vakantiecamp als u jonger bent dan 18 jaar. Het kamp moet speciaal gericht zijn op kinderen met een ziekte, aandoening of handicap. Het kamp moet zijn georganiseerd door:

- Stichting De Ster (Ster- en Maankampen);
- Diabetes Vereniging Nederland (SugarKids-Club);
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen.

VERVOER EN ZIEKENBEZOEK

Ziekenvervoer

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van vervoer vanaf uw woonadres naar de plaats waar u zorg krijgt in Nederland. Er moet sprake zijn van zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

Als voorwaarde geldt dat het medisch gezien niet verantwoord is dat u zelf met eigen vervoermiddel reist naar de plaats van de behandeling. U bent dan aangewezen op het openbaar vervoer. Alleen als het reizen per openbaar vervoer voor u ook niet medisch verantwoord is, heeft recht op vergoeding van vervoer per taxi of met een particuliere auto. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route volgens de routeplanner van de ANWB (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner).

U heeft recht op vergoeding van één begeleider als de begeleiding medisch noodzakelijk is.

Binnen de maximale vergoeding per kalenderjaar vergoeden wij:

- de wettelijke eigen bijdrage voor ziekenvervoer;
- de kosten van openbaar vervoer met de laagste klasse;
- de kosten van vervoer met een door ons gecontracteerde taxivervoerder;
- € 0,70 per kilometer voor vervoer door een niet-gecontracteerde taxivervoerder;
- € 0,30 per kilometer voor vervoer met een particuliere auto.

Waar moet u op letten?

U moet een voorschrift hebben van uw huisarts of medisch specialist. Uit het voorschrift moet blijken welke manier van reizen voor u medisch gezien niet verantwoord is. Een kopie van het voorschrift en de afsprakenkaart moet u meezenden bij het indienen van de nota.

Voor vergoeding van vervoer van een begeleider heeft u schriftelijke toestemming van ons nodig, voordat het vervoer plaatsvindt. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet u (een kopie van) de verwijzing en een toelichting van de verwijzer op de noodzaak van de begeleiding meesturen.

Reiskosten bij ziekenbezoek

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	€ 0,30 per kilometer tot maximaal € 300,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van vervoer voor maximaal drie ziekenbezoeken per week door een gezinslid dat op hetzelfde adres als u woont en bij ons is verzekerd. Het recht op vergoeding gaat in met ingang van de 15de dag dat u aaneengesloten voor behandeling bent opgenomen in een ziekenhuis in Nederland. Er moet sprake zijn van zorg die (gedeeltelijk) wordt vergoed vanuit de basisverzekering. De afstand tussen uw woonadres en het ziekenhuis moet minimaal 40 kilometer zijn. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route volgens de routeplanner van de ANWB (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner).

Logeerhuis

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 25,- per dag tot maximaal € 250,- per kalenderjaar	maximaal € 25,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van verblijf in een logeerhuis van een of meer bezoekende gezinsleden. Het gezinslid moet op hetzelfde adres als u wonen en bij ons verzekerd zijn. Er moet sprake zijn van verblijf in een logeerhuis, omdat u bent opgenomen in een ziekenhuis. De maximale vergoeding geldt voor het totaal aantal bezoekende gezinsleden dat verblijft in het logeerhuis.

Het logeerhuis moet zijn verbonden aan het ziekenhuis. Als er geen logeerhuis in de buurt is of er is geen plaats beschikbaar, dan heeft u recht op vergoeding van verblijf in een pension.

Een voorbeeld van een logeerhuis is een Ronald McDonald Huis.

Waar moet u op letten?

Bij het indienen van de nota moet u een bewijs van opname meesturen.

Kinderopvang bij ziekenhuisopname

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 20,- per dag vanaf de 11e dag van opname voor maximaal drie maanden	maximaal € 20,- per dag vanaf de 11e dag van opname voor maximaal drie maanden

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van kinderopvang vanaf de 11e dag dat u aaneengesloten voor zorg bent opgenomen in een ziekenhuis. De vergoeding geldt voor een periode van maximaal drie maanden. Er moet sprake zijn van zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Uw kinderen moeten jonger zijn dan 12 jaar en ook bij ons verzekerd zijn.

De vergoeding geldt alleen voor kinderopvang in verband met uw opname. De vergoeding geldt niet voor het aantal uren kinderopvang dat normaal al was geregeld los van de ziekenhuisopname.

Waar moet u op letten?

Alleen kindercentra en gastouderbureaus die zijn opgenomen in het landelijk register kinderopvang (www.landelijkregisterkinderopvang.nl) mogen de opvang bieden.

UITERLIJKE VERZORGING

Voetverzorging

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	75% tot maximaal € 125,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor voetverzorging bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Podotherapie, podologie

U heeft recht op vergoeding van podotherapie en podologie.

Steunzolen

U heeft recht op vergoeding van steunzolen.

Pedicurebehandeling

U heeft recht op vergoeding van pedicurebehandeling als u last heeft van:

- reumatoïde artritis (een vorm van reuma) waarbij de voeten zijn aangedaan; of
- een verminderd gevoel in de voeten (perifere neuropathie), dat niet is veroorzaakt door diabetes.

Waar moet u op letten?

- Een podotherapeut mag de podotherapie verlenen.
- Een podoloog en een podoposturaaltherapeut mogen podologie verlenen.
- Een pedicure mag de pedicurebehandeling verlenen.

De steunzolen moet u aanschaffen bij een podotherapeut, een registerpodoloog, podoposturaal therapeut of een leverancier van hulpmiddelen die is aangesloten bij de Nederlandse vereniging orthopedische schoentechnici (NVOS) en is erkend door de Stichting Erkenningregeling leveranciers Medische Hulpmiddelen (SEMH). Voor een pedicurebehandeling heeft u een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist. Een kopie van de verwijzing moet u meesturen bij het indienen van de eerste nota.

Gezichtsverzorging

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	75% tot maximaal € 200,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 300,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 400,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor gezichtsverzorging bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Acnebehandeling

U heeft recht op vergoeding van acnebehandeling bij ernstige vormen van acne in uw gezicht of hals.

Camouflagetherapie (litteken- en huidvlekkenbehandeling)

U heeft recht op vergoeding van camouflagetherapie bij sterk ontsierende littekens of huidvlekken van uw gezicht of hals. Onder de dekking vallen de kosten voor camouflagelessen en de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen. Camouflagemiddelen die u gebruikt buiten en na de camouflagelessen vallen niet onder de dekking.

Litteken- en huidvlekkenbehandeling

U heeft recht op vergoeding van litteken- en huidvlekkenbehandeling bij sterk ontsierende littekens of huidvlekken van uw gezicht of hals.

Ontharing

U heeft recht op vergoeding van ontharing als u last heeft van een extreme vorm van overbeharing van uw gezicht of hals.

Waar moet u op letten?

Een huidtherapeut mag alle zorg verlenen.

Een schoonheidsspecialiste in bezit van het 'kernlidmaatschap' van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) mag alleen de volgende zorg verlenen:

- acnebehandeling, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialiste ook in het bezit is van de specialisatie 'Acne';
- camouflagetherapie, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialiste ook in het bezit is van de specialisatie 'camouflage' of 'permanente make-up';
- elektrische epilatie, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialiste ook in het bezit is van de specialisatie 'elektrisch ontharen'.

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist. Voor vergoeding van de zorg gedurende meerdere jaren, heeft u elk jaar een nieuwe verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.

Voor vergoeding van gezichtsverzorging heeft u schriftelijke toestemming van ons nodig, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet u (een kopie van) de verwijzing en foto's van uw gezicht en hals meesturen.

Ooglasering

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	maximaal € 500,- voor de totale behandeling van beide ogen samen voor de gehele verzekerde periode

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van ooglaserbehandeling.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis en een oogkliniek mogen de behandeling geven.

Lensimplantaties

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	maximaal € 500,- voor de totale behandeling van beide ogen samen voor de gehele verzekerde periode

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van lensimplantaties. Deze vergoeding omvat ook de meerkosten van lensimplantaties die vallen onder de dekking van de basisverzekering, maar die niet volledig vanuit de basisverzekering worden vergoed. Onder de dekking vallen niet de kosten van lensimplantaties die op grond van de basisverzekering worden vergoed.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis en een oogkliniek mogen de behandeling geven.

Spataderbehandeling

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van behandeling van spataderen (flebologie). Dit geldt niet voor de behandeling die voor vergoeding op grond van de basisverzekering in aanmerking komt.

Waar moet u op letten?

Een medisch specialist die werkt als fleboloog mag de spatader-behandeling verlenen.

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van de verwijzing meesturen.

Oorstandcorrectie

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	gecontracteerde zorg: 100%; niet-gecontracteerde zorg: € 1.250,- voor de totale behandeling van beide oren samen

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van een correctie van de oorstand als u jonger bent dan 18 jaar.

Waar moet u op letten?

Een (gecontracteerd) ziekenhuis en een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum mogen de zorg verlenen. Gecontracteerde zorg is zorg door een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum waarmee wij speciaal voor het verrichten van oorstandcorrecties afspraken hebben gemaakt. Ziekenhuizen waarmee wij algemene afspraken voor medisch specialistische zorg hebben gemaakt, vallen hier niet onder. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

BUITENLAND

Vaccinaties

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	maximaal € 250,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van geneesmiddelen, inentingen en de daarvoor nodige consulten om het krijgen van een ziekte in het buitenland te voorkomen. U heeft alleen recht op vergoeding van vaccinaties en geneesmiddelen als deze nodig zijn volgens het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR). Uw zorgaanbieder moet de medische noodzaak hebben vastgesteld op basis van uw persoonlijke situatie.

Waar moet u op letten?

Een huisarts of een vaccinatiebureau dat voldoet aan de kwaliteitseisen van het LCR mogen de zorg verlenen. De adressen kunt u vinden via www.lcr.nl/adressen.

Apothekers en apotheehouderende huisartsen mogen de stoffen voor vaccinaties en geneesmiddelen leveren op basis van een recept. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van het recept meesturen.

Spoedeisende zorg in het buitenland en medisch noodzakelijke terugreis

SLIM	START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
100%	100%	100%	100%	100%

Wat is de dekking?

Als u tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland spoedeisende zorg nodig heeft of als vervoer naar Nederland medisch noodzakelijk is bieden wij de volgende dekking.

Spoedeisende zorg

U heeft recht op vergoeding van spoedeisende zorg. Het moet gaan om zorg die valt onder de dekking van de basisverzekering, maar die niet volledig vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Er is sprake van spoedeisende zorg als het naar ons oordeel gaat om onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot uw terugkeer in Nederland.

Medisch noodzakelijke terugreis

U heeft recht op vergoeding van medisch noodzakelijk vervoer naar Nederland. Er is sprake van een medische noodzaak als naar ons oordeel de zorg ter plaatse niet goed mogelijk of medisch onverantwoord is of veel duurder is dan in Nederland. U bent verplicht om mee te werken aan het vervoer als wij dat noodzakelijk vinden en uw toestand dat toelaat.

Waar moet u op letten?

U of, in geval van overlijden, uw nabestaanden moeten binnen 24 uur of zo snel mogelijk nadat de behoefte aan de zorg is ontstaan, contact opnemen met onze alarmcentrale.

U heeft alleen recht op vergoeding als de alarmcentrale de zorg of het vervoer coördineert.

Vervoer stoffelijk overschot

SLIM	START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	-	100%	100%

Wat is de dekking?

Uw nabestaanden hebben recht op vergoeding van vervoer van uw stoffelijk overschot vanaf de plaats van overlijden naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van het transport zelf en de kosten van extra diensten die vereist zijn voor het transport.

Waar moeten uw nabestaanden op letten?

Uw nabestaanden moeten binnen 24 uur of zo snel mogelijk nadat de behoefte aan de zorg is ontstaan, contact opnemen met onze alarmcentrale.

Er is alleen recht op vergoeding als de alarmcentrale het vervoer coördineert.

Overige zorg

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	maximaal € 100,- per kalenderjaar	maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Onder de noemer Overige zorg bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Nachtelijke thuiszorg voor stervenden

U heeft recht op vergoeding van vrijwilligershulp voor nachtelijke thuiszorg voor stervenden voor een periode van maximaal één maand. Vrijwilligers van een organisatie die is aangesloten bij de vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ Nederland) mogen de zorg verlenen.

Medische rijbewijskeuring

U heeft recht op vergoeding van een verplichte medische keuring voor de vernieuwing van uw rijbewijs. Een arts mag de keuring verrichten.

Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor sociale alarmering

U heeft recht op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur voor sociale alarmering en de daarbij horende aansluitkosten. Een leverancier van hulpmiddelen mag de zorg verlenen. Onder de vergoeding vallen geen abonnementskosten of de eventuele kosten van opvolging na een oproep.

Zorg voor vrouwen

U heeft recht op de vergoeding van een adviesgesprek met een consultant van Care for Women. Bijvoorbeeld als u:

- hormonale klachten heeft;
- maandelijks buikkrampen voorafgaand aan de menstruatie heeft;
- vragen heeft over de anticonceptiepil;
- moeite heeft met zwanger worden;
- klachten over opvliegers of stemmingwisselingen tijdens de overgang heeft;
- last heeft van urineverlies;
- al maandenlang slecht slaapt;
- geconfronteerd wordt met borstkanker.

Een consultant van Care for Women mag de zorg leveren. De consultants zijn te vinden op www.careforwomen.nl. U kunt ook bellen met onze klantenservice via 088 687 74 74.

Seksuologie

U heeft recht op vergoeding van zorg die seksuologisch hulpverleners plegen te bieden. Een seksuologisch hulpverlener die is geregistreerd in het register van de Nederlandse Vereniging van Seksuologen (NVVS) mag de zorg verlenen.

Mantelzorgmakelaar

START +	EXTRA ++	PLUS +++	TOP ++++
-	-	80% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar	80% tot maximaal € 350,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van de inzet van een mantelzorgmakelaar. Een mantelzorgmakelaar kan regeltaken overnemen van mantelzorgers, zodat zij minder worden belast. U kunt een mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of als u mantelzorgert bent.

De kosten van de inzet van de mantelzorgmakelaar kunnen niet door de mantelzorger én door degene die de mantelzorg krijgt, worden gedeclareerd.

Waar moet u op letten?

De mantelzorgmakelaar moet zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister van de Beroepsvereniging van mantelzorgmakelaars (BMZM).

TANDARTSVERZEKERINGEN TANDEXTRA, TANDPLUS, TANDTOP

SPECIFIEKE BEPALINGEN VOOR DE TANDARTSVERZEKERING

Op de tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus en TandTop zijn van toepassing:

- de afspraken in het hoofdstuk Algemene bepalingen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de basisverzekering;
- de afspraken in het hoofdstuk Aanvullende verzekeringen Slim, Start, Extra, Plus, Top, met uitzondering van de bepalingen onder het kopje 'dekking en vergoeding per zorgvorm';
- de afspraken in dit hoofdstuk Tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus, TandTop.

Alle bijlagen waar in de toepasselijke voorwaarden naar wordt verwezen, maken onderdeel uit van de tandartsverzekering.

TANDARTSVERZEKERING SLUITEN

Geldt er een medische selectie?

Als u (verzekeringnemer) de TandTop-tandartsverzekering wilt sluiten, kunnen wij van u (verzekeringnemer) verlangen dat u (verzekeringnemer) een verklaring afgeeft over de te verwachten behandelingen en het tandartsbezoek van de te verzekeren personen. In dat geval sluiten wij alleen een TandTop-tandartsverzekering als u heeft ingestemd met de Verklaring TandTop.

Als in strijd met de waarheid is ingestemd met deze verklaring, bestaat er geen recht op vergoeding. Ook kunnen wij de verzekering per direct beëindigen.

Dekking en vergoeding

TANDEXTRA +	TANDPLUS ++	TANDTOP +++
75% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 500,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor tandheelkundige zorg bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Achter het soort behandeling staan codes vermeld, de zogeheten prestatiecodes. Deze zijn opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt ze bekijken en het overzicht downloaden via www.nza.nl. U heeft alleen recht op vergoeding van de zorg met die prestatiecodes. De kosten van het niet nakomen van een afspraak vergoeden wij niet.

Algemene tandheelkundige zorg

U heeft recht op vergoeding van alle hieronder genoemde behandelingen die zijn opgenomen in de prestatielijst voor tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Type behandeling	prestatiecode
consultatie en diagnostiek	alle C-codes
maken en beoordelen foto's	alle X-codes
preventieve mondzorg	alle M-codes
verdoving	alle A-codes
verdoving door middel van roesje	alle B-codes
vullingen	alle V-codes
wortelkanaalbehandelingen	alle E-codes
kronen en bruggen	alle R-codes
kaakgewrichtsbehandelingen	alle G-codes
chirurgie	alle H-codes
kunstgebitten	alle P-codes
tandvleesbehandelingen	alle T-codes
implantaten	alle J-codes en, voor zorg door kaakchirurgen, de relevante medisch specialistische prestaties (overige zorgproducten)

Orthodontie als u jonger bent dan 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van orthodontie als de verzekerde jonger dan 18 jaar is. Het gaat om de volgende codes.

Type behandeling	prestatiecode
Beugels (orthodontie)	alle F-codes, eindigend op de letter "A"

Materiaal- en techniekkosten

U heeft recht op vergoeding van materiaal- en techniekkosten bij de hiervoor genoemde codes, als die van toepassing zijn. Uw vergoeding wordt berekend over maximaal het bedrag dat voor de betreffende behandeling is opgenomen in de Lijst maximale vergoeding techniekkosten. Deze lijst kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl. Op verzoek zenden wij deze toe.

Wettelijke eigen bijdrage voor kunstgebitten

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor uitneembare volledige gebitsprothesen, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Voor gebitsprothesen op tandheelkundige implantaten geldt daarbij een beperking. U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor uitneembare volledige gebitsprothesen op tandheelkundige implantaten tot maximaal € 275,- euro (maximaal € 250,- voor de TandExtra).

Spoedeisende mondzorg in het buitenland

U heeft recht op vergoeding van spoedeisende mondzorg in het buitenland. De dekking voor mondzorg in het buitenland is beperkt tot behandelingen die overeenkomen met de 'Lijst Spoedeisende mondzorg'. Deze kunt u bekijken via www.zorgdirect.nl/mondzorg. Op verzoek zenden wij deze toe.

Waar moet u op letten?

- Een tandarts, al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor jeugdtandverzorging mag alle zorg verlenen;
- Een mondhygiënist al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor jeugdtandverzorging mag de zorg verlenen voor zover het zorg betreft die mondhygiënisten plegen te bieden;
- Een orthodontist mag alleen orthodontie verlenen;
- Een kaakchirurg mag alleen implantologie verlenen;
- Een tandprotheticus mag alleen tandtechnische verrichtingen verlenen en uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen voor de boven of onderkaak aanmeten, maken, passen en plaatsen, al dan niet op tandheelkundige implantaten. Voor het door een tandprotheticus aanmeten, maken, passen en plaatsen van een uitneembare (volledige) prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak, te plaatsen op tandheelkundige implantaten, moet u een verwijzing hebben van een tandarts.

Voor vergoeding van (het plaatsen van) een tandheelkundig implantaat moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag voor de zorg moet u een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan van de zorgaanbieder meesturen met vermelding van onder meer de medische diagnose(s) en de prestatiecodes, aangevuld met röntgenopnamen en eventuele gebitsmodellen.