

Aanvullende verzekeringsvoorwaarden

Jong, Fit & Vrij, Gezin en Vitaal Pakket 2015

Turien & Co./VGZ

TURIEN&CO
ASSURADEUREN



www.mijnonlinepolismap.nl

Inhoudsopgave

Algemene bepalingen Jong, Fit & Vrij, Gezin en Vitaal Pakket 2015

1. Verzekerde zorg	5
2. Algemene bepalingen	7
3. Premie	8
4. Overige verplichtingen	8
5. Wijziging premie en voorwaarden	9
6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	9
7. Klachten en geschillen	10
8. Zorgadvies en bemiddeling	10

Turien & Co. Jong, Fit & Vrij, Gezin en Vitaal Pakket

1. Anticonceptiemiddelen	11
2. Brillen en/of contactlenzen	11
3. Repatriëring	12
4. Spoedeisende zorg tijdens vakantie en/of tijdelijk verblijf in het buitenland	12
5. Dieetadvisering	13
6. Adoptievergoeding	13
7. Eigen bijdrage kraamzorg	13
8. Elektrische borstkolf	13
9. Kraampakket	13
10. Lactatiekundig consult	13
11. Luxe kraamzorg	14
12. Verloskundige zorg	14
13. Mantelzorgmakelaar	14
14. Vervangende mantelzorg	15
15. Besnijdenis (medische circumcisie)	15
16. Buikwandcorrectie	15
17. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie	16
18. Ooglidcorrectie	16
19. Oorstandcorrectie	17
20. Sterilisatie	17
21. Mindfulness bij burn-out klachten	17
22. Seksuologische zorg	17
23. Redressiehelm	18
24. Gezinshulp	18
25. Kinderopvang	18
26. Herstelingssoorten en zorghotels	19
27. Hospice	19
28. Ronald McDonald en/of familiehuis	19
29. Vervoer in verband met transplantatie van organen	20
30. Condooms	20
31. Soa preventie	20
32. Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	21
33. Alternatieve zorg	21
34. Beweegzorg	22
35. Acnebehandeling	24
36. Camouflagetherapie	24
37. Ontharen	25
38. Audiologische hulpmiddelen	25
39. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	25
40. Mammaprothese	26
41. Plaswekker	26
42. Pruiken of mutssja	26
43. Steunpessarium	26
44. Sportmedisch advies	26
45. Zorg voor vrouwen in de overgang	27
46. Cursussen	27
47. Gewichtconsulent	27
48. Leefstijl Check	28

49. Medische keuring rijbewijs	28
50. Griepvaccinatie	28
51. Vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen in verband met vakantie	29
52. Podotherapie	29
53. Steunzolen	29
54. Voetbehandeling voor de reumatische voet en diabetische voet	30
55. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	31
56. Gebitsprothesen	31
57. Kronen ten gevolge van een ongeval	31
58. Orthodontische zorg	32

Begripsomschrijvingen

33

Algemene bepalingen Jong, Fit & Vrij, Gezin en Vitaal Pakket 2015

1. VERZEKERDE ZORG

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

Fit & Vrij Pakket

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden tot maximaal het zorgtegoed van € 1.000 per kalenderjaar. Binnen dit zorgtegoed gelden maxima voor: tandheelkundige zorg en brillen/contactlenzen. Het maximum voor tandheelkunde is € 450 per kalenderjaar, voor brillen/contactlenzen bedraagt het maximum € 150 per drie kalenderjaren. Als u uw maximum voor tandheelkundige zorg en/of brillen/contactlenzen niet helemaal opmaakt, dan mag u het restant besteden aan de andere zorg in het tegoed. Andersom is niet mogelijk.

Daarnaast geldt voor een aantal vergoedingen een maximum per dag, per behandeling of een eigen bijdrage. De maximale vergoedingen en/of eigen bijdragen worden in het betreffende zorgartikel vermeld. De vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland en repatriëring komt niet ten laste van uw zorgtegoed.

1.2. Medische noodzaak

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

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

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruik maakt van niet-gecontracteerde, niet aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven.

Voor de overige vormen van zorg heeft u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op www.turien.nl. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers zijn specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

1.4. Vergoeding van de kosten van zorg

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

Als u gebruik maakt van zorg die door een gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief. Gaat u naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden. De maximale vergoedingen kunt u raadplegen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders' op www.turien.nl.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.

1.5. Insturen van nota's

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Ons declaratieadres is: Turien & Co. Assuradeuren, Postbus 6217, 4000 HE Tiel. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de naam en paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

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

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar www.mijnnonlinepolismap.nl. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.6. Rechtstreekse betaling

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

1.7. Verrekening van kosten

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

1.8. Verwijzing, voorschrift of toestemming

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

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming

U heeft in een aantal gevallen vooraf onze toestemming nodig. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, heeft u geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan rechtstreeks bij ons indienen. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.9. Ontlenen recht

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld bij een Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10. 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 kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van de kosten van zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet
- als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- vergoeding van de kosten van zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is de aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website www.turien.nl;
- 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 munitierij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- vergoeding van de kosten van zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

1.11. Recht op vergoeding van de kosten van 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 jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekingsmaatschappij voor Terrorismedaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

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

2. ALGEMENE BEPALINGEN

2.1. Grondslag van de 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 Jong, Fit & Vrij, Gezin en Vitaal Pakket

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 de aanvullende verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

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

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera.

U kunt deze documenten vinden op www.turien.nl.

2.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken. Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

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

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties. Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw aanvullende verzekering kan worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

2.5. Bescherming van de persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerdenadministratie.

Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controle en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring. U kunt deze gedragscode vinden op www.turien.nl.

Wij zijn verplicht uw Burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

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

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

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

Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen.

2.6. E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7. 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 of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden heeft ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.8. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

3. PREMIE

3.1. Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is de premie verschuldigd. 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

De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld. Heeft u bij ons een basisverzekering en aanvullende verzekering afgesloten, dan kunt u uw betaaltermijn alleen voor uw totale verzekering veranderen. De premie dient maandelijks vooruit betaald te worden via automatische incasso. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van de premie. Automatische incasso is alleen mogelijk van Nederlandse en SEPA betaalrekeningen. Let op! U mag de door u verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen.

3.4. Verrekening

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

3.5. Niet-tijdig betalen

Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en eventueel onterecht uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de aanvullende verzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen. Als wij de aanvullende verzekering beëindigen omdat u de premie op tijd heeft betaald, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

4. OVERIGE VERPLICHTINGEN

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle en uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Dit 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, kunnen wij uw recht op vergoeding van de kosten van zorg schorsen.

5. WIJZIGING PREMIE EN VOORWAARDEN

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

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

5.2. Opzeggingsrecht

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

6. BEGIN, DUUR EN BEÏNDIGING VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

6.1. Begin en duur

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

Toelating tot de aanvullende verzekering

U kunt de aanvullende verzekering als aanvulling op de basisverzekering sluiten. Er geldt geen medische selectie. Wel is er een leeftijdsgrens van toepassing voor het Jong en Fit & Vrij Pakket.

U kunt het Jong Pakket alleen afsluiten als u 18 jaar of ouder bent en jonger dan 27 jaar. U kunt het Fit & Vrij Pakket alleen afsluiten als u jonger bent dan 50 jaar.

Gezinsdekking Fit & Vrij Pakket

Heeft een van de verzekerde ouders/verzorgers op de polis een Fit & Vrij Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar de aanvullende verzekering van de andere verzekerde ouder/verzorgers. Hebben beide verzekerde ouders/verzorgers op de polis een Fit & Vrij Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar de aanvullende verzekering Prima. Als u voor uw kind(eren) jonger dan 18 jaar toch een Fit & Vrij Pakket wilt afsluiten, dan betaalt u voor hen de volledige premie.

Gezinsdekking Jong, Vitaal of Gezin Pakket

Heeft een van de verzekerde ouders/verzorgers op de polis een Jong of Vitaal Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar de aanvullende verzekering van de andere verzekerde ouder/verzorgers. Hebben beide verzekerde ouders/verzorgers op de polis een Jong of een

Vitaal Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar de aanvullende Prima dekking.

Heeft een van de verzekerde ouders/verzorgers op de polis een Gezin Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar ook een Gezin Pakket.

Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering wijzigen. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van aanvullende verzekering binnen Turien & Co. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van de vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. In de berekening van de hoogte van de vergoeding waarop u aanspraak kunt maken, tellen deze eerder uitgekeerde vergoedingen mee.

6.3. Einde van rechtswege

- 6.3.1. De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:
- Turien & Co. 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 te voren;
 - de verzekerde overlijdt;
 - Turien & Co. stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering. Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3.2. Einde van rechtswege voor het Jong en Fit & Vrij Pakket

Het Jong Pakket eindigt met ingang van de eerste dag van de kalendermaand waarop u de leeftijd van 27 jaar bereikt. Het Fit & Vrij Pakket eindigt met ingang van de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u de leeftijd van 50 jaar bereikt.

Het Fit & Vrij Pakket en/of Jong Pakket worden omgezet naar een aanvullende Prima dekking met een Tanden Gaaf dekking € 475. U heeft de mogelijkheid een andere aanvullende verzekering te sluiten of de verzekering te beëindigen. U als verzekeringnemer moet dit binnen 30 dagen na ontvangst van de kennisgeving schriftelijk of per e-mail aan ons doorgeven.

6.4. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

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

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de onze zorgverzekering.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering 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 opzeggen, ontbinden of schorsen?

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

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering 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 opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

7. KLACHTEN EN GESCHILLEN

7.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

U kunt er van uit gaan 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 uw klacht indienen via klachten@turien of schriftelijk aan het Klachtenbureau, Antwoordnummer 618, 1800 VB Alkmaar. Het Klachtenbureau handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.

Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

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, 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.

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 zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering(en). U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op Zorgadvies en bemiddeling. U kunt hiervoor contact opnemen met ons klantcontactteam.

U kunt ook een beroep doen op ons bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder 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.

Turien & Co. Jong, Fit & Vrij, Gezin en Vitaal Pakket

FIT & VRIJ PAKKET

Uw aanvullende verzekeringen geeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden totg maximaal het zorgtegoed van € 1.000 per kalenderjaar. Binnen dit zorgtegoed gelden maxima voor: tandheelkundige zorg en/of brillen/contactlenzen niet helemaal opmaakt, dan mag u het restant besteden aan de andere zorg in het tegoed. Andersom is niet mogelijk.

Daarnaast geldt voor een aantal vergoedigen een maximum per dag, per behandeling of een eigen bijdrage. De maximale vergoedigen en/of eigen bijdragen worden in het betreffende zorgartikel vermeld.

De vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland (artikel 4) en repatriëring (artikel 3) komt niet ten laste van uw zorgtegoed.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
ANTICONCEPTIEMIDDELEN				
<p>1. Anticonceptiemiddelen</p> <p>Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, anticonceptiestafje, spiraaltje, ring of pessarium.</p> <p>Door Apotheker of apothekhoudend huisarts.</p> <p>Recept (op voorschrift van) Huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd, vergoed vanuit de basisverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, anticonceptiestafje, ring, spiraaltje of pessarium vanuit de basisverzekering.</p> </div>	<p>Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).</p> <p>Voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage.</p>	<p>Onderdeel zorgtegoed tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).</p> <p>Voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage.</p>	<p>Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).</p> <p>Voor sommige middelen geldt een eigen bijdrage.</p>	<p>Geen vergoeding.</p>
BRILLEN EN/OF CONTACTLENZEN				
<p>2. Brillen en/of contactlenzen</p> <p>Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorend brilmontuur.</p> <p>Geleverd door Opticiën of optiekbedrijf.</p> <p>Bijzonderheden De kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.</p>	<p>Maximaal € 150 per 3 kalenderjaren.</p>	<p>Onderdeel zorgtegoed tot maximaal € 150 per 3 kalenderjaren.</p>	<p>Maximaal € 150 per 3 kalenderjaren.</p> <p>Verzekerden jonger dan 18 jaar: maximaal € 200 per 3 kalenderjaren.</p>	<p>Maximaal € 150 per 3 kalenderjaren.</p>

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
BUITENLAND				
<p>3. Repatriëring</p> <p>Het om medisch noodzakelijke redenen vervoeren van de verzekerde of het vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland. Hieronder valt het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vervoer per ambulance en/of vliegtuig of vervoer door een begrafenisondernemer; - (medisch) noodzakelijke begeleiding; - de noodzakelijke kosten van communicatie; - het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn. <p>Door</p> <p>De Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u terug op de achterkant van uw zorgpas.</p> <p>Wordt de repatriëring niet verzorgd door de Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <p>Bijzonderheden</p> <p>De Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.</p>	Volledige vergoeding.	Volledige vergoeding.	Volledige vergoeding.	Volledige vergoeding.
<p>4. Spoedeisende zorg tijdens vakantie en/of tijdelijk verblijf in het buitenland</p> <p>Een aanvulling op de vergoeding van spoedeisende zorg die u vanuit de basisverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval. U ontvangt de vergoeding als:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland; - u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef; - de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen. <p>De vergoeding betalen wij in euro's uit. Wij gaan hierbij uit van de koers die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maakt Turien & Co. gebruik van de historical rates van www.XE.com.</p> <p>U dient gebruik te maken van de Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op de achterkant van uw zorgpas.</p>	Volledige vergoeding.	Volledige vergoeding.	Volledige vergoeding.	Volledige vergoeding.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
DIETADVISERING				
<p>5. Dieetadviesing Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden.</p> <p>Door Diëtist.</p> <p>Wordt de zorg verleend door een diëtist met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten? Dan worden de kosten per behandeling vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor dieetadviesing zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders.</p> <p>Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde diëtisten kunt u vinden op www.turien.nl.</p> <p>Waar moet de zorg plaatsvinden De zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Geen vergoeding.	Maximaal € 250 per kalenderjaar.

GEBOORTEZORG

Geboortezorg gaat om zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd.

<p>6. Adoptievergoeding Een uitkering die u ontvangt als u uw adoptiekind aanmeldt bij Turien & Co. U kunt dit bedrag besteden aan de medisch noodzakelijke keuring van uw kind of u kunt er kraamzorg voor inkopen.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	€ 300 per adoptiekind.	Geen vergoeding.
<p>7. Eigen bijdrage kraamzorg De eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de basisverzekering. De eigen bijdrage krijgt u vergoed over hetzelfde aantal uren waarop u vanuit de basisverzekering aanspraak kunt maken.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Volledige vergoeding.	Geen vergoeding.
<p>8. Elektrische borstkolf Huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van een zieke baby.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Maximaal € 110 per bevalling.	Geen vergoeding.
<p>9. Kraampakket Als u zwanger bent, kunt u dit pakket telefonisch bij ons aanvragen.*</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Volledige vergoeding.	Geen vergoeding.
<p>10. Lactatiekundig consult Een lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met borstvoeding.</p> <p>Door Lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).</p> <p>Verwijzing Verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau arts of jeugdgezondheidszorgverpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol kunt u vinden op www.turien.nl.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Maximaal € 100 per bevalling.	Geen vergoeding.

* U kunt telefonisch contact opnemen met ons klantcontactteam via het telefoonnummer dat rechtsboven op uw polisblad vermeld staat.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>11. Luxe kraamzorg Extra ondersteuning en advisering aan de moeder over verzorging en omgang met haar kind. Daarnaast aan kraamzorg gerelateerde taken zoals opvang van de andere aanwezige kinderen, opvang van bezoek, verzorging gezinswas, (voor)bereiding van de warme maaltijd.</p> <p>De luxe kraamzorg kunt u op verschillende momenten ontvangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aanvullend op de reguliere kraamzorgperiode; - aansluitend aan de reguliere kraamzorgperiode; - na ontslag van de moeder en/of het kind uit het ziekenhuis. <p>Door Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Maximaal 15 uur.	Geen vergoeding.
<p>12. Verloskundige zorg Het verschil tussen het bedrag dat het ziekenhuis in rekening brengt en de vergoeding die u vanuit de basisverzekering ontvangt. Als u poliklinisch in het ziekenhuis bevalt zonder medische noodzaak, dan vergoedt de basisverzekering niet alle kosten.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Volledige vergoeding.	Geen vergoeding.

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. Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg.

<p>13. Mantelzorgmakelaar Een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, financiën etc. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.</p> <p>Door Een gecontracteerde mantelzorgmakelaar na overleg met Turien & Co.</p> <p>Gaat u zonder toestemming van Turien & Co. naar een mantelzorgmakelaar? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <p>Bijzonderheden De diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.</p>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Maximaal € 500 per kalenderjaar.	Maximaal € 750 per kalenderjaar.
---	------------------	-----------------------	----------------------------------	----------------------------------

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>14. Vervangende mantelzorg</p> <p>Tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger aan de verzekerde met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van 3 dagen.</p> <p>Door Een door de zorgverzekeraar gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van vervangende mantelzorg kunt u contact opnemen met ons klantcontactteam. Gaat u naar een organisatie waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Let op: Wanneer u voor de eerste keer een aanvraag doet, doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorger graag weg zou willen gaan. Deze tijd is nodig om alles zo zorgvuldig mogelijk te organiseren.</p> </div>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Maximaal 9 dagen per kalenderjaar.	Maximaal 9 dagen per kalenderjaar.

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

<p>15. Besnijdenis (medische circumcisie)</p> <p>Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).</p> <p>Door Medisch specialist of een arts in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland. De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register).</p> <p>Toestemming U bent verplicht vooraf schriftelijke toestemming aan te vragen bij Turien & Co. De aanvraag dient voorzien te zijn van een toelichting van uw behandelend medisch specialist waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.</p>	<p>Gecontracteerde zorgaanbieder: volledig.</p> <p>Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600.</p>	<p>Onderdeel zorgtegoed.</p> <p>Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600.</p>	<p>Gecontracteerde zorgaanbieder: volledig.</p> <p>Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600.</p>	<p>Gecontracteerde zorgaanbieder: volledig.</p> <p>Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600.</p>
<p>16. Buikwandcorrectie</p> <p>Correctie van de buikwand.</p> <p>Door Medisch specialist.</p> <p>Verwijzing Huisarts of medisch specialist.</p> <p>Indicatie Een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi (aan de binnenzijde gemeten) 6 centimeter of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ($BMI \leq 30$).</p>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Geen vergoeding.	Geen vergoeding.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte). Voorbeeld: uw weegt 85 kilogram 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.</p> <p>Toestemming U bent verplicht vooraf schriftelijke toestemming aan te vragen bij Turien & Co. De aanvraag dient voorzien te zijn van een toelichting van uw behandelend medisch specialist waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld.</p> <p>Bijzonderheden Als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de basisverzekering dan geldt de vergoeding uit het Fit & Vrij Pakket niet.</p>				
<p>17. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. Deze tegemoetkoming geldt ook voor de kosten die zijn gemaakt voor een cataractoperatie (staaroperatie) waarbij een multifocale lens is geplaatst. Het gaat om het verschil in de kosten tussen een multifocale lens en een monofocale lens die vanuit de basisverzekering niet wordt vergoed.</p> <p>Door Oogarts.</p>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Geen vergoeding.	Geen vergoeding.
<p>18. Ooglidcorrectie U heeft recht op een bovenooglidcorrectie als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt.</p> <p>Door Medisch specialist.</p> <p>Verwijzing Huisarts of medisch specialist.</p> <p>Toestemming U bent verplicht vooraf schriftelijke toestemming aan te vragen bij Turien & Co. De aanvraag dient voorzien te zijn van een toelichting van uw behandelend medisch specialist waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Turien & Co. vraagt u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals hierboven omschreven, goed zichtbaar is.</p>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Geen vergoeding.	Maximaal € 950.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>19. Oorstandcorrectie Een tegemoetkoming in de kosten van correctie van afstaande oorschelpen (flaporen) voor verzekerden tot 18 jaar.</p> <p>Door Medisch specialist.</p> <p>Verwijzing Huisarts of medisch specialist.</p> <p>Toestemming U bent verplicht vooraf schriftelijke toestemming aan te vragen bij Turien & Co. De aanvraag dient voorzien te zijn van een toelichting van uw behandelend medisch specialist.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtogoed.	Volledige vergoeding. Door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder: € 1.500.	Geen vergoeding.
<p>20. Sterilisatie Sterilisatie van de man of de vrouw.</p> <p>Door Medisch specialist of - als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat - een bevoegd huisarts.</p>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtogoed.	Sterilisatie van de man: maximaal € 800; sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250.	Geen vergoeding.
PSYCHOLOGISCHE ZORG				
<p>21. Mindfulness bij burn-out klachten Een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.</p> <p>Door Mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).</p> <p>Verwijzing Huisarts en/of bedrijfsarts.</p>	Maximaal € 350 per kalenderjaar.	Maximaal € 350 per kalenderjaar.	Maximaal € 350 per kalenderjaar.	Maximaal € 350 per kalenderjaar.
<p>22. Seksuologische zorg Zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies en ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.</p> <p>Door Seksuoloog. De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).</p> <p>Verwijzing Huisarts, bedrijfsarts.</p> <p>Bijzonderheden Een zitting duurt minimaal 60 minuten.</p>	Maximaal 4 zittingen per jaar tot maximaal € 60 per zitting.	Onderdeel zorgtogoed. Maximaal 4 zittingen per jaar tot maximaal € 60 per zitting.	Maximaal 4 zittingen per jaar tot maximaal € 60 per zitting.	Maximaal 4 zittingen per jaar tot maximaal € 60 per zitting.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
REDRESSIEHELM				
<p>23. Redressiehelm Behandeling met een redressiehelm voor kinderen tot 14 maanden. Er moet sprake zijn van een ernstige afplatting van de achterzijde van het hoofd (brachycefalie) of ernstige scheefgroei van het hoofd (plagiocefalie) zonder dat er sprake is van het vroegtijdig sluiten van de schedelnaden (craniosynostose).</p> <p>Door Een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht kunt u vinden op www.turien.nl.</p> <p>Verwijzing Kinderarts.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Volledige vergoeding.	Geen vergoeding.
THUISZORG				
<p>24. Gezinshulp Hulp bij het huishouden in Nederland bij ziekte, ongeval of tijdens of na ziekenhuisopname van u als u geen aanspraak heeft op huishoudelijke hulp op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).</p> <p>Geleverd door Een door de zorgverzekeraar gecontracteerde organisatie.</p> <p>Bijzonderheden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kunt u contact opnemen met ons Klantcontactteam. - De huishoudelijke ondersteuning wordt binnen 2 werkdagen geboden bij u thuis, tenzij u de hulp op een later moment wilt. - Onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging. 	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Maximaal 10 uur per kalenderjaar.	Geen vergoeding.
<p>25. Kinderopvang Kinderopvang in Nederland bij u thuis voor uw kinderen jonger dan 12 jaar als:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uw kind ziek is, waardoor de reguliere kinderopvang geen doorgang kan vinden; - u of uw partner of een ander kind binnen uw gezin in het ziekenhuis opgenomen wordt. <p>Door Een door de zorgverzekeraar gecontracteerde organisatie.</p> <p>Bijzonderheden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor het aanvragen van kinderopvang kunt u contact opnemen met ons klantcontactteam. - Kinderopvang wordt maximaal binnen 2 werkdagen geboden bij u thuis, tenzij u de hulp op een later moment wilt. 	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Maximaal 24 uur per kalenderjaar.	Geen vergoeding.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
VERBLIJF				
<p>26. Herstellingsoorden en zorghotels</p> <p>Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of na behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond; - als uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is; - als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of burn-out. <p>Door</p> <p>Een door de zorgverzekeraar gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Een overzicht kunt u vinden op www.turien.nl.</p> <p>Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <p>Verwijzing</p> <p>U heeft een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of burn-out.</p>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed tot maximaal € 100 per dag.	Maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar.	Maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar.
<p>27. Hospice</p> <p>Het verblijf in een hospice of Bijna-Thuis-Huis voor verzekerden die ongeneeslijk ziek zijn en niet meer thuis verzorgd kunnen worden.</p> <p>Door</p> <p>Een door de zorgverzekeraar erkende hospice of Bijna-Thuis-Huis. Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices of Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.</p> <p>Gaat u naar een hospice of Bijna-Thuis-Huis dat niet door de zorgverzekeraar is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p>	Maximaal € 30 per dag.	Onderdeel zorgtegoed tot maximaal € 30 per dag.	Maximaal € 30 per dag.	Maximaal € 30 per dag.
<p>28. Ronald McDonald en/of familiehuis</p> <p>Als uw kind(eren) of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, bestaan er mogelijkheden om bij hen in de buurt te overnachten. Dit kan in een familie- of logeerhuis dat verbonden is aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis of een Kiwanishuis. Als uw kind of partner opgenomen wordt in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaalhuis Ter Weyde, dat verbonden is aan het UZA te Antwerpen.</p> <p>Als u een dagbehandeling moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, dan kunt u ook in het familie- of logeerhuis overnachten. De dagbehandelingen moeten op aaneengesloten dagen plaatsvinden.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Maximaal € 400 per kalenderjaar.	Maximaal € 400 per kalenderjaar.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
VERVOER				
<p>29. Vervoer in verband met transplantatie van organen</p> <p>Taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u zorg ontvangt die verband houdt met transplantatie van organen als u geen aanspraak kunt maken op dit vervoer op grond van de basisverzekering. Het gaat om de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routepanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.</p> <p>Door Een door de zorgverzekeraar gecontracteerde vervoerder. Een overzicht kunt u vinden op www.turien.nl.</p> <p>Gaat u naar een vervoerder met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <p>Verwijzing Huisarts of medisch specialist.</p> <p>Toestemming U heeft voorafgaande toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via de website of telefonisch opvragen. De contactgegevens staan achterop deze voorwaarden vermeld.</p> <p>Bijzonderheden Het vervoer van de donor wordt niet vergoed.</p>	<p>Taxivervoer: volledige vergoeding;</p> <p>vervoer per eigen auto: € 0,31 per kilometer.</p>	<p>Onderdeel zorgtegoed. Taxivervoer: tot maximaal het zorgtegoed;</p> <p>vervoer per eigen auto: € 0,31 per kilometer.</p>	<p>Taxivervoer: volledige vergoeding;</p> <p>vervoer per eigen auto: € 0,31 per kilometer.</p>	<p>Taxivervoer: volledige vergoeding;</p> <p>vervoer per eigen auto: € 0,31 per kilometer.</p>
VRIJZEKER				
<p>30. Condooms</p> <p>Anticonceptiemiddel dat ook bescherming biedt tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (soa).</p> <p>Geleverd door De Nationale apotheek, via www.nationale-apotheek.nl.</p>	<p>Maximaal € 20 per kalenderjaar.</p>	<p>Geen onderdeel zorgtegoed.</p>	<p>Geen vergoeding.</p>	<p>Geen vergoeding.</p>
<p>31. Soa preventie</p> <p>Preventief onderzoek naar seksueel overdraagbare aandoeningen (soa).</p> <p>Door Een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op www.turien.nl.</p>	<p>Eenmaal per kalenderjaar.</p>	<p>Geen onderdeel zorgtegoed.</p>	<p>Geen vergoeding.</p>	<p>Geen vergoeding.</p>

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIËNTEN				
<p>32. Revalidatieprogramma Herstel & Balans® Nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.</p> <p>Door Instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.</p>	Maximaal € 800 per diagnose.	Onderdeel zorgtegoed.	Maximaal € 800 per diagnose.	Maximaal € 800 per diagnose.

BUDGETTEN

De volgende zorgsoorten hebben een totaal **budget of zorgtegoed** waar meerdere artikelen onder kunnen vallen. Binnen dit **budget of zorgtegoed** kunnen maxima gelden. De maximale vergoedingen en/of eigen bijdragen worden in het betreffende zorgartikel vermeld.

ALTERNIEVE ZORG

Het budget of zorgtegoed voor alternatieve zorg bestaat uit:	Maximaal € 200 per kalenderjaar.	Onderdeel zorgtegoed.	Maximaal € 300 per kalenderjaar.	Maximaal € 300 per kalenderjaar.
<p>33. Alternatieve zorg Alternatieve zorg bestaat uit:</p> <ol style="list-style-type: none"> Behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen: <ol style="list-style-type: none"> acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen; antroposofische geneeswijzen; homeopathie; natuurgeneeswijzen; psychosociale zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder. <p>Door Een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op www.turien.nl.</p> <p>Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <ol style="list-style-type: none"> Homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)-middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts. 	<p>Onderdeel budget alternatieve zorg.</p> <p>Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 45 per dag.</p>	<p>Onderdeel zorgtegoed.</p> <p>Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 45 per dag.</p>	<p>Onderdeel budget alternatieve zorg.</p> <p>Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 45 per dag.</p>	<p>Onderdeel budget alternatieve zorg.</p> <p>Voor behandelingen en consulten geldt een maximum van € 45 per dag.</p>

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact opnemen met ons Klantcontactteam. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren 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.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>Bijzonderheden</p> <p>Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing; - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen; - schoonheidsbevordering; - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 47). - Celtherapie en Chelatietherapie <p>Uitsluiting</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coaching komt niet voor vergoeding in aanmerking. - U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget. 				

BEWEEGZORG

Het budget of zorgtegoed voor bewegezorg bestaat uit:	Maximaal € 600 per kalenderjaar.	Onderdeel zorgtegoed.	Maximaal € 600 per kalenderjaar.	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar.
<p>34. Bewegezorg</p> <p>Beweezorg bestaat uit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fysiotherapie. 2. Oedeemtherapie. 3. Oefentherapie Cesar/Mensendieck. 4. Ergotherapie. <p>Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegings-therapieën:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., orthomanele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalingstherapie Van Dixhoorn. <p>Door</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fysiotherapie: fysiotherapeuten en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteits-register (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut). 2. Oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet ingeschreven staan in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. 3. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut). 	<p>Onderdeel budget bewegezorg.</p> <p>Voor alternatieve bewegings-therapieën geldt een maximum van € 45 per dag.</p>	<p>Onderdeel zorgtegoed.</p> <p>Voor alternatieve bewegings-therapieën geldt een maximum van € 45 per dag.</p>	<p>Onderdeel budget bewegezorg.</p> <p>Voor alternatieve bewegings-therapieën geldt een maximum van € 45 per dag.</p>	<p>Onderdeel budget bewegezorg.</p> <p>Voor alternatieve bewegings-therapieën geldt een maximum van € 45 per dag.</p>

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>4. Ergotherapie: ergotherapeut.</p> <p>Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op www.turien.nl.</p> <p>Gaat u naar een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.</p> <p>5. Alternatieve bewegingstherapieën: door een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Op www.turien.nl vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders.</p> <p>Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <p>Waar mag de zorg worden verleend De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.</p> <p>Bijzonderheden Jonger dan 18 jaar</p> <p>1. Niet-chronische aandoeningen: u heeft recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder-)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering.</p> <p>18 jaar en ouder</p> <p>2. Chronische aandoeningen: u heeft recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal uw budget. Vanaf de 21e behandeling heeft u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).</p> <p>3. Niet-chronische aandoeningen: u heeft recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie).</p>				

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>4. Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar: vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de 10e behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering.</p> <p>5. Ergotherapie: vergoeding vanaf het 11e uur. De eerste 10 uur komen ten laste van de basisverzekering.</p> <p>Uitsluitingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - U heeft geen recht op behandelingen die niet als Beweegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn: <ul style="list-style-type: none"> - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten; - behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining. - U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget. 				

HUIDBEHANDELINGEN

Een budget of zorgtegoed voor huidbehandelingen bestaande uit:	Maximaal € 300 per kalenderjaar.	Onderdeel zorgtegoed.	Maximaal € 500 per kalenderjaar.	Maximaal € 500 per kalenderjaar.
<p>35. Acnebehandeling Behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.</p> <p>Door Een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Deze kunt u vinden op www.turien.nl. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <p>Verwijzing Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.</p>	Onderdeel budget huidbehandelingen.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget huidbehandelingen.	Onderdeel budget huidbehandelingen.
<p>36. Camouflagetherapie Behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaan- doeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.</p> <p>Door Een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Deze kunt u vinden op www.turien.nl. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <p>Verwijzing Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.</p>	Onderdeel budget huidbehandelingen.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget huidbehandelingen.	Onderdeel budget huidbehandelingen.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>37. Ontharen Behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat bij vrouwelijke verzekerden.</p> <p>Door Een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Deze kunt u vinden op www.turien.nl. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <p>Verwijzing Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.</p>	Onderdeel budget huidbehandelingen.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget huidbehandelingen.	Onderdeel budget huidbehandelingen.

HULPMIDDELEN

<p>Een budget of zorgtegoed voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen of; - de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen. 	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Maximaal € 250 per kalenderjaar.	Maximaal € 350 per kalenderjaar.
<p>38. Audiologische hulpmiddelen Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel.</p> <p>Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, solo-apparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.</p>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget hulpmiddelen.	Onderdeel budget hulpmiddelen.
<p>39. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik De hand- of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.</p> <p>Door Een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht kunt u vinden op www.turien.nl. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <p>Verwijzing Huisarts of medisch specialist.</p> <p>Bijzonderheden</p> <ul style="list-style-type: none"> - De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt. - De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport vergoeden wij niet. 	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed. Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar.	Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar.	Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>40. Mammaprothese Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak en schoonmaakmiddelen die worden gebruikt na een borstamputatie.</p>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget hulpmiddelen.	Onderdeel budget hulpmiddelen.
<p>41. Plaswrekker Plaswrekker en/of wekapparatuur voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde bandages. De vergoeding is eenmalig voor de gehele looptijd van de verzekering.</p> <p>Door Door een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Op www.turien.nl vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <p>Verwijzing Huisarts of medisch specialist.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget hulpmiddelen.	Geen onderdeel budget.
<p>42. Pruiken of mutssja Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de basisverzekering</p> <p>Bijzonderheden Als u een indicatie heeft voor een pruik, dan kunt u kiezen voor een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor een mutssja.</p>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget hulpmiddelen.	Onderdeel budget hulpmiddelen.
<p>43. Steunpessarium Een pessarium inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.</p>	Geen vergoeding.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget hulpmiddelen.	Onderdeel budget hulpmiddelen.
PREVENTIE				
<p>Een budget of zorgtegoed voor preventie dat u kunt besteden aan de volgende vormen van preventie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - advies en begeleiding; - gezond leven; - vaccinaties. <p>In de onderstaande artikelen worden deze vormen van preventie beschreven.</p>	Maximaal € 200 per kalenderjaar.	Onderdeel zorgtegoed.	Maximaal € 400 per kalenderjaar.	Maximaal € 500 per kalenderjaar.
Advies en begeleiding				
<p>44. Sportmedisch advies Behandelingen, consulten en sportkeuringen.</p> <p>Door Sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).</p>	Onderdeel budget preventie.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget preventie.	Onderdeel budget preventie.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>45. Zorg voor vrouwen in de overgang Voorlichting aan en advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.</p> <p>Door Verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.</p>	Geen onderdeel budget.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget preventie.	Onderdeel budget preventie.
Gezond leven				
<p>46. Cursussen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cursussen tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling georganiseerd door een thuiszorg-organisatie, een kraamcentrum, een verloskundige(praktijk) of verzorgd door een yogadocent die lid is van de Vereniging YogadocentenNederland (VYN). 2. Cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, harten vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie. 3. Cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorg-organisatie, GGD of een GGZ-instelling. 4. Cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de richtlijnen van het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.ehbo.nl. 5. Reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR). <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'organisatie' vindt u een link 'onze leden'.</p> </div>	<p>Onderdeel budget preventie.</p> <p>Geen vergoeding voor punt 1 en 3.</p>	<p>Onderdeel zorgtegoed.</p> <p>Geen vergoeding voor punt 1 en 3.</p>	Onderdeel budget preventie.	Onderdeel budget preventie. Geen vergoeding voor punt 1.
<p>47. Gewichtconsulent Voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.</p> <p>Door Gewichtconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN). Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.</p>	Onderdeel budget preventie.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget preventie.	Onderdeel budget preventie.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>48. Leefstijl Check</p> <p>Integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat uit de volgende onderzoeken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - algemene vragenlijst over uw gezondheid; - meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index); - bloedonderzoek: cholesterol en glucose; - urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose; - longfunctietest; - audiologische screening; - visusonderzoek; - fietstest; - persoonlijk leefstijlgesprek met een leefstijlcoach; - schriftelijke eindrapportage met een advies en uitslag van de onderzoeken. <p>Door Door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Op www.turien.nl vindt u een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.</p> <p>Uitsluitingen U heeft geen recht op vergoeding van de kosten als de Leefstijl Check onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet.</p>	Onderdeel budget preventie.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget preventie.	Onderdeel budget preventie.
Keuring				
<p>49. Medische keuring rijbewijs</p> <p>Medische keuring ten behoeve van verlenging van het rijbewijs B of BE.</p> <p>Door (Huis)arts.</p>	Geen onderdeel budget.	Geen onderdeel zorgtegoed.	Geen onderdeel budget.	Onderdeel budget preventie.
Vaccinaties				
<p>50. Griepvaccinatie</p> <p>'De grieprik' als u niet tot de risicogroep behoort die via het Nederlandse Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccin.</p> <p>Door Huisarts of medisch specialist.</p>	Geen onderdeel budget.	Onderdeel zorgtegoed.	Geen onderdeel budget.	Onderdeel budget preventie.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>51. Vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen in verband met vakantie Voor vakantie inn het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van; hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcen) meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.</p> <p>Door Vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een (huis)arts die een LCR- en gele koortsregistratie heeft. De zorgaanbieders met een LCR-registratie vindt u op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (www.lcr.nl). U ziet op deze website ook of uw arts een gele koortsregistratie heeft.</p> <p>De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken geleverd worden. Apotheekhoudende huisartsen en apotheken mogen deze middelen op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken leveren.</p>	Onderdeel budget preventie.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget preventie.	Onderdeel budget preventie.

VOETBEHANDELINGEN

Een budget of zorgtegoed voor voetbehandelingen bestaande uit:	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Maximaal € 300 per kalenderjaar.	Maximaal € 300 per kalenderjaar.
<p>52. Podotherapie Behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.</p> <p>Door Podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.</p>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget voetbehandelingen.	Onderdeel budget voetbehandelingen.
<p>53. Steunzolen Inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.</p> <p>Geleverd door Orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, podotherapeut of podoposturaaltherapeut.</p>	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget voetbehandelingen.	Onderdeel budget voetbehandelingen.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
<p>54. Voetbehandeling voor de reumatische voet en diabetische voet</p> <ol style="list-style-type: none"> voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis; voetbehandelingen voor diabetici met de classificatie Simm's 1 binnen zorgprofiel 1. <p>Dit betreft behandelingen met het doel (pijn) klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen. Deze voetbehandelingen omvatten geen voetverzorging zoals het erwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.</p> <p>Door</p> <ol style="list-style-type: none"> Podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of; een pedicure met aantekening 'reumatische voet' (bij reumatische voet) of 'Diabetes voet' (bij Diabetes voet) of medisch pedicure, die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert. <p>Bijzonderheden</p> <ul style="list-style-type: none"> U heeft recht op bepaalde voetverzorging bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. U vindt deze voetverzorging in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering. Op de nota dient uw podotherapeut of pedicure de Simm's classificatie en het zorgprofiel te vermelden. De vermelde Simm's classificatie en zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetverzorging die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welke Simm's classificatie en zorgprofiel u heeft. 	Geen vergoeding.	Onderdeel zorgtegoed.	Onderdeel budget voetbehandelingen.	Onderdeel budget voetbehandelingen.

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
TANDHEELKUNDIGE ZORG				
<p>55. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder</p> <p>Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half)jaarlijkse controle, gebits-reiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.</p> <p>Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032); - implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Turien & Co. vergoedt dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis. <p>Door</p> <p>Tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.</p> <p>Bijzonderheden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niet vergoed worden de kosten van: <ul style="list-style-type: none"> - niet nagekomen afspraken; - orthodontische zorg (m.u.v. Fit & Vrij); - algehele narcose (A20). - De kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar. 	<p>Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen: 80% tot maximaal € 450 per kalenderjaar.</p>	<p>Onderdeel zorgtegoed maximale vergoeding voor alle tandheelkundige en orthodontische zorg samen: 80% tot maximaal € 450 per kalenderjaar.</p>	<p>Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen: 80% tot maximaal € 450 per kalenderjaar.</p>	<p>Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen: 80% tot maximaal € 450 per kalenderjaar.</p>
<p>56. Gebitsprothesen</p> <p>De wettelijke eigen bijdrage voor een uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de basisverzekering.</p>	<p>Geen vergoeding.</p>	<p>Onderdeel zorgtegoed tandheelkundige zorg (zie artikel 55).</p>	<p>Volledige vergoeding.</p>	<p>Volledige vergoeding.</p>
<p>57. Kronen ten gevolge van een ongeval</p> <p>Kroon- en brugwerk ten gevolge van een ongeval. Op indicatie kan in plaats van een brug ook een kroon met implantaat voor vergoeding in aanmerking komen. Onder ongeval verstaan we een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.</p> <p>Door</p> <p>Tandarts.</p> <p>Toestemming</p> <p>U heeft voorafgaande schriftelijke toestemming nodig.</p>	<p>Volledige vergoeding.</p>	<p>Geen onderdeel zorgtegoed.</p>	<p>Voor verzekerden tot 22 jaar: volledige vergoeding.</p>	<p>Geen vergoeding.</p>

	Jong Pakket	Fit & Vrij Pakket	Gezin Pakket	Vitaal Pakket
58. Orthodontische zorg				
<p>1. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.</p> <p>Door Tandarts of orthodontist.</p>	1. Geen vergoeding.	1. Onderdeel zorgtegoed tandheelkundige zorg (zie artikel 55).	1. 80% tot maximaal € 2.500 voor de gehele looptijd van deze verzekering.	1. Geen vergoeding.
<p>2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.</p> <p>Door Tandarts of orthodontist.</p>	2. Maximaal € 350 voor de gehele looptijd van deze verzekering.	2. Onderdeel zorgtegoed tandheelkundige zorg (zie artikel 55).	2. Maximaal € 350 voor de gehele looptijd van deze verzekering.	2. Geen vergoeding.

Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering: een aanvullende verzekering kan dekking bieden voor de kosten van medische diensten en voorzieningen die buiten het wettelijk verplichte basispakket vallen.

Apotheekhoudende: (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken en apotheekhoudende huisartsen.

Arts: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Basisverzekering: de zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

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

Besluit zorgverzekering: besluit van 28 juni 2005, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zorgverzekeringswet.

Buitenland: ieder ander land dan het woonland.

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

Dagbehandeling: een medische behandeling, onderzoek of ingreep zonder dat de opname en verblijf in een ziekenhuis of instelling nodig is.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder 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.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op vergoeding van de kosten van zorg, dat u zelf moet betalen voordat u recht heeft op vergoeding van de kosten van het resterende deel van de zorg.

Eigen risico:

1. **Verplicht eigen risico:** een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat voor u zelf moet betalen;
2. **vrijwillig eigen risico:** een door u als verzekeringnemer met VGZ als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u zelf moet betalen.

Erkende zorgaanbieder: deze zorgaanbieder heeft een contract met de zorgverzekeraar afgesloten. Het is ook mogelijk dat deze een schriftelijke verklaring heeft voor het verlenen van hulp. In deze overeenkomst staan ook de prestaties omschreven die de zorgaanbieder mag leveren op grond van deze verklaring.

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.

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

Geboortecentrum: eerstelijns geboortecentrum voor het faciliteren van natale zorg (zorg tijdens de bevalling) en post-natale zorg (zorg gedurende de eerste 10 dagen na de bevalling), waarvan het beheer en de exploitatie wordt uitgevoerd door aanbieders van eerstelijns geboortezorg. Het beheer en exploitatie van het eerstelijns geboortecentrum kan ook worden uitgevoerd door zorgaanbieders anders dan eerstelijns verloskundigen, zoals kraamzorginstanties.

Gezin: één volwassene, dan wel twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stiefpleeg- of adoptiekinderen tot 27 jaar waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000 / Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenafrek ingevolge de belastingwetgeving.

GGZ: geestelijke gezondheidszorg.

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

GVS: staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

Herstellingsoord: biedt kortdurende hulpverlening aan mensen, die na ziekte of operatie tijdelijk verpleegkundige ondersteuning en opvang wensen. De hulpverlening is gericht op de terugkeer naar zelfstandig functioneren in de thuissituatie. Een herstellingsoord is soms ook bedoeld voor mensen met psychische problemen.

Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen: geneesmiddelen die door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen als geregistreerd geneesmiddel zijn opgenomen in de productgroep homeopathische geneesmiddelen (HM) van de Z-index Taxe of zijn opgenomen in de productgroep antroposofische geneesmiddelen (HA) van de Z-index Taxe, en die zijn voorgeschreven door een arts en geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Hospice: een verblijfshuis waar ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven worden begeleid en verzorgd door professionele zorgaanbieders en vrijwilligers.

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

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

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.

Kaakchirurg: een tandartspecialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kraamcentrum: een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die wettelijk als kraamcentrum is toegestaan.

Kraamzorg: de zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Machtiging: een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar wordt verstrekt aan de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg. Machtiging wordt ook wel toestemming genoemd; zie ook de definitie van toestemming.

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.

Mantelzorgmakelaar: degene die:

- complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, AWBZ en de Wmo beantwoordt;
- zoekwerk verricht en adviseert op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën;
- (als dat nodig is) de daarmee gepaard gaande regeltaken van de verzekerde en/of mantelzorger kan overnemen. Dit doet de zorgregelaar voor zover deze zorg niet gedekt wordt vanuit de wettelijke zorgaanpakken.

Medisch adviseur: de arts die Turien & Co. in medische aangelegenheden adviseert.

Medische indicatie: de indicatie voor verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medischwetenschappelijke overwegingen.

Medische noodzaak: de noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging waarbij dit door de wetenschap binnen de Europese Unie voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden en deze zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch van aard is.

Medisch specialist: een arts die is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

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

Oedeemtherapeut: een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG en die tevens is ingeschreven als oedeemtherapeut in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck: een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Ongeval: een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

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

Orthodontist: een tandartspecialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Podotherapeut: een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de Wet BIG.

Polis: de zorgpolis (akte) waarin de tussen verzekeringnemer en de zorgverzekeraar gesloten (aanvullende) zorgverzekering is vastgelegd.

Repatriëring: het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar Nederland, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland wegens vakantie, dienstreis of studiedoelinden.

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

Schriftelijk: brief, fax of e-mail. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

Tandarts: een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus: een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Toestemming: een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg. Toestemming wordt ook wel machtiging genoemd; zie ook de definitie van machtiging.

Turien & Co.: de gevolmachtigde agent van de verzekeraar. Turien & Co. treedt op namens de verzekeraar en is verantwoordelijk voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst op basis van de verzekeringvoorwaarden.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

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

Verloskundige: een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing: het advies van een huisarts of medisch specialist aan u om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgaanbieder of zorginstelling. Voor acute zorg (spoed) is nooit een verwijzing nodig. Als een verwijzing nodig is, kunt u die aanvragen bij de zorgaanbieder of zorginstelling die in het artikel wordt genoemd.

Verzekerde: degene voor wie het risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad van Turien & Co. staat.

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

Verzekeringplichtige: degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Voorkeursleverancier: met deze zorgaanbieders heeft de zorgverzekeraar specifieke afspraken gemaakt.

Voorschrift: een doktersrecept of doktersvoorschrift is een schriftelijk verzoek van een arts voor de aflevering van zorg aan een patiënt.

Wet BIG: wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgaanbieders omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgaanbieders die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wlz: Wet langdurige zorg.

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

Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning. Voor maatschappelijke ondersteuning kunt u terecht bij uw gemeente. Maatschappelijke ondersteuning is hulp gericht op zelfredzaamheid of participatie. Dat kan bijvoorbeeld hulp bij het huishouden, begeleiding of dagbesteding zijn.

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.

Zorginstituut Nederland: ziet erop toe dat consumenten verzekerd zijn en blijven voor de Zvw en de AWBZ. De taak van het Zorginstituut Nederland het stimuleren van kwaliteitsverbeteringen in de zorg door het Kwaliteitsinstituut en het adviseren over vernieuwingen in zorgberoepen en -opleidingen.

Zorgpolis: de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en Turien & Co. gesloten zorgverzekering is vastgelegd. De zorgpolis bestaat uit een polisblad en de verzekeringvoorwaarden.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

Heeft u een vraag?

Telefonisch

Ons klantcontactteam staat u graag te woord.

U kunt ons bereiken op het telefoonnummer dat rechtsboven op uw polisblad vermeld staat.

Maandag tot en met donderdag van 08.00 tot 17.30 uur en vrijdag van 08.00 tot 17.00 uur zijn wij telefonisch bereikbaar.

Schriftelijk

Turien & Co. Assuradeuren
Postbus 216
1800 AE Alkmaar

Meer informatie over onze zorgverzekeringen kunt u vinden op www.turien.nl.

Op www.mijnonlinepolismap.nl kunt u uw polis inzien, wijzigingen doorgeven, documenten downloaden en declaraties indienen.