

AANVULLENDE VERZEKERINGSVOORWAARDEN
Medici 2016



TURIEN & CO.
VGZ ZORGVERZEKERING

TURIEN & CO
ASSURADEUREN



Inhoudsopgave

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen Medici

1. Verzekerde zorg	5
2. Begin en duur	7
3. Wat betaalt u als verzekeringnemer?	9
4. Algemene bepalingen	10
5. Algemene verplichtingen	11
6. Klachten en geschillen	11

Aanvullende verzekeringen Medici Primair, Prima en Privilege

1. Alternatieve zorg	12
2. Anticonceptiemiddelen	12
3. Beweegprogramma's	12
4. Brillen en/of lenzen	13
5. Buitenland, spoedeisende en onvoorziene zorg	13
6. Buitenland, spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland	13
7. Circumcisie, medische indicatie	13
8. Dietetiek en/of voedingsvoorlichting	14
9. Elektrische borstkolf	14
10. Fysiotherapie en oefentherapie	14
11. Gasthuis	14
12. Geboortetens	15
13. Geneesmiddelen, eigen bijdrage	15
14. Groeps therapie voor reumapatiënten	15
15. Herstel & Balans®	15
16. Herstelsoort of zorghotel	15
17. Hoofdbedekking of Toupin	15
18. Hoortoestellen, eigen bijdrage	16
19. Hospice, eigen bijdrage	16
20. Huidbehandelingen	16
21. Hulpmiddelen, eigen bijdrage	16
22. Kinderopvang	16
23. Kraampakket	17
24. Kraamzorg, eigen bijdrage	17
25. Kraamzorg, uitgestelde	17
26. Lactatiekundig consult	17
27. Mammaprint	17
28. Obesitasbehandeling	17
29. Ooglaseren of lensimplantatie	18
30. Ooglidcorrectie of levatorplastiek	18
31. Oorstandcorrectie	18
32. Orthodontie voor verzekerden jonger dan 22 jaar	18
33. Orthopedische geneeskunde	18
34. Overgangsconsulent	19
35. Pedicurezorg	19
36. Periodiek algemeen onderzoek (check-up)	19
37. Plakstrips mammaprothese	19
38. Plaswekker	19
39. Podotherapie en steunzolen	20
40. Poliklinische bevalling zonder medische indicatie, eigen bijdrage	20
41. (Preventieve) cursussen	20
42. Pruiken, eigen bijdrage	20
43. Repatriëring	20
44. Sportarts	21
45. Sportmedisch onderzoek	21
46. Sterilisatie	21
47. Stottertherapie	21
48. Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder	21
49. Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland	22
50. Ziekenvervoer, eigen bijdrage	22
51. Ziekenvervoer in Nederland	22
52. Zwangerschapscursus	22

Aanvullende verzekeringen Medici Tand en Gaaf Primair, Prima, Privilege en Prestige

53. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	23
--	----

Medici Werkgeverspakket (WGP)	24
54. Diëtetiek	24
55. Huishoudelijke ondersteuning	24
56. Taxivervoer	24
57. Mindfulness bij burn-out klachten	25
58. Bewegzorg	25
59. Sportmedisch advies	26
60. Zorg voor vrouwen in de overgang	26
61. Cursussen	26
62. Gewichtsconsulent	26
63. Leefstijl Check	26
64. Griepvaccinatie	26
65. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	27
Begripsomschrijvingen	28

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen Medici

WELKOM BIJ TURIEN & CO.

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw aanvullende verzekering. In de tekstblokken vindt u een nadere toelichting over de voorwaarden. Wilt u meer weten? Ga dan naar www.turien.nl. U vindt daar alle informatie over uw basisverzekering en aanvullende verzekeringen.

1. VERZEKERDE ZORG

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.

1.1. 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.
- als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is, waarbij de inhoud en omvang van die zorgvorm mede wordt bepaald door:
 - a) wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg plegen te bieden, en
 - b) de stand van de wetenschap en de praktijk, die wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode, of
 - c) als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw 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.

U kunt ook gebruik maken van een zorgaanbieder die de zorgverzekeraar voor u heeft uitgekozen. Een overzicht van de door zorgverzekeraar gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders kunt u vinden op onze website www.turien.nl. Deze zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers heeft de zorgverzekeraar specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

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

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door de zorgverzekeraar 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. De maximale vergoedingen kunt u raadplegen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op www.turien.nl.

1.4. Ontlenen recht

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

1.5. Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden we de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- de basisverzekering;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekering.

1.6. 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). Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neemt u dan contact met ons op via het telefoonnummer dat rechtsboven op uw polisblad vermeld staat. Wij kijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

1.7. Insturen van nota's

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u een declaratieformulier downloaden en ingevuld, samen met de originele nota, naar ons opsturen. U kunt uw declaratie sturen naar: Turien & Co. Assuradeuren, Postbus 2287, 8203 AG Lelystad. Stuur ons geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. De ingezonden originele nota's kunnen niet worden teruggestuurd. Ook als deze niet of slechts gedeeltelijk vergoed worden. Maakt u desgewenst voor inzending een kopie voor uw eigen administratie. Wilt u er rekening mee houden dat u zelf verantwoordelijk blijft voor het op tijd voldoen van de nota aan de zorgaanbieder. Het is belangrijk dat op de nota de naam, het adres en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag, naam en adres 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.

Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond. Wij verzoeken u om uw declaraties zo spoedig mogelijk na ontvangst in te dienen. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen. U kunt uw nota's ook digitaal indienen via Mijn Online Polismap.

1.8. Mijn Online Polismap

Turien & Co. biedt de mogelijkheid om via Mijn Online Polismap in een beveiligde omgeving de verzekeringsgegevens in te zien en te wijzigen. Ook kunt u uw declaraties digitaal indienen.

U kunt gebruik maken van onze online declaratieservice of onze Declaratie app. Ga naar www.mijnonlinepolismap.nl en volg daar de uitleg "online declareren". Meer informatie over onze Declaratie app kunt u vinden op www.turien.nl/app.

Na het indienen van de declaratie vragen wij u de originele nota een jaar goed te bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controles. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

Sommige nota's waaronder buitenlandse nota's kunt u niet online declareren. Deze originele nota's dient u samen met een ingevuld declaratieformulier naar ons op te sturen. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw eigen administratie. Maak voor de verzending gebruik van de retourenvelop. Heeft u geen retourenvelop ontvangen? Stuur uw declaratie dan naar: Turien & Co. Assuradeuren, Postbus 2287, 8203 AG Lelystad.

Toegang tot Mijn Online Polismap wordt verkregen door in te loggen op www.mijnonlinepolismap.nl. Op verzoek van de verzekeringnemer kan de inzage in Mijn Online Polismap geblokkeerd worden. Het verzoek hiertoe kan per e-mail (blokkeren@turien.nl) aan ons kenbaar worden gemaakt.

1.9. Heeft u zorgnota's uit het buitenland?

Uitsluitend nota's die zijn opgesteld in de Nederlandse, Franse, Duitse, Engelse of Spaanse taal worden in behandeling genomen. Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigde vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden de kosten van het vertalen niet. Om de buitenlandse valuta om te rekenen gaan wij uit van de koers die geldt op de behandeldatum. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van XE.com. Buitenlandse nota's kunt u niet online declareren.

Bedragen tot € 3.000 maken wij altijd aan uzelf over en niet rechtstreeks aan een buitenlandse zorgaanbieder. Houdt u er daarom rekening mee dat u zelf verantwoordelijk blijft voor het tijdig voldoen van de nota aan de zorgaanbieder.

Medische kosten gemaakt in het buitenland komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking:

- conform de voorwaarden van de aanvullende verzekering zoals deze ook worden gesteld voor medische kosten gemaakt in Nederland;
- tot maximaal het bedrag waarvoor vergoeding zou plaatsvinden conform de toepasselijke Nederlandse Wmg-tarieven of, als er geen Wmg-tarieven gelden, de Nederlandse marktconforme tarieven.

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de vergoedingen van de aanvullende verzekering. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast zijn de algemene voorwaarden van de Basisverzekering van toepassing op zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dit betekent een vergoeding van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen als wij deze kosten ook in Nederland vanuit uw aanvullende verzekering zouden vergoeden.

1.10. 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.

1.11. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer betalen 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 de door ons aan u verschuldigde bedragen.

1.12. Verwijzing, voorschrift of toestemming

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

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming of machtiging

U heeft in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, kunt u geen aanspraak maken op de vergoeding van de kosten van zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

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

Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op vergoeding van een deel van de kosten van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering en aanvullende verzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking N.V. (NHT).

De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde vergoeding staan in het clausuleblad terrorismedekking van de NHT. Deze clausule en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismedekking.nl. Het clausuleblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringwet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringwet.

1.14. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- vergoeding van de kosten van zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten van een niet nagekomen of een te laat afgemelde afspraak;
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 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 Zorgverzekeringwet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- vergoeding van zorgkosten veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- vergoeding van zorgkosten veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding van zorgkosten die in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid die als zorgverlener werkzaam is;
- vergoeding van zorgkosten, als door de verzekeringnemer, de verzekerde en/of een derde opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt zijn.

2. BEGIN EN DUUR

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering aanvangt, of op 1 januari van een kalenderjaar.

Wilt u tussentijds een nieuwe aanvullende verzekering afsluiten? Dan is dit onder voorwaarden mogelijk per de eerste van de maand, volgend op de datum van uw aanvraag. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor de rest van het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

2.1. Bedenkperiode

Op deze aanvraag van een verzekering is een bedenktijd van toepassing. Dit betekent dat u de verzekering ongedaan kunt maken zonder opgave van een reden. Hierbij geldt het volgende:

- de bedenktijd bestrijkt een termijn van 14 kalenderdagen;
- de bedenktijd gaat in op het moment dat u de polis heeft ontvangen;
- de verzekering moet een contracttermijn van tenminste één jaar hebben.

2.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

Voor onderstaande verzekering geldt medische selectie:

- Tandem Gaaf Prestige

Voor de onderstaande verzekeringen geldt geen medische selectie:

- Primair
- Prima
- Privilege
- Werkgeverspakket
- Tandem Gaaf Primair
- Tandem Gaaf Prima
- Tandem Gaaf Privilege

2.3. Gezinsdekking

Voor kinderen jonger dan 18 jaar mag de aanvullende verzekering niet uitgebreider zijn dan die van de verzekerde ouder/verzorger. Dit betekent dat voor het kind bijvoorbeeld geen Privilege dekking kan worden afgesloten als de verzekerde ouder/verzorger zelf de Prima dekking heeft. Heeft de ene ouder/verzorger een hoger pakket dan de andere ouder/verzorger, dan kan op uw verzoek het (niet-betalende) minderjarige kind onder het hoogst aanvullende pakket worden verzekerd ouder/verzorger op de polis.

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan, kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten.

2.4. Uw aanvullende verzekering wijzigen

Wilt u uw aanvullende verzekering wijzigen? Dan is dit uitsluitend mogelijk per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar. U dient dit uiterlijk 31 december schriftelijk of per e-mail door te geven. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan. Dit geldt zowel voor premieplichtige als niet-premieplichtige verzekerden.

2.5. Wijzigen aanvullende verzekering bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd

Binnen 30 dagen na het bereiken van de 18-jarige leeftijd kan de dekking worden gewijzigd. Deze wijziging gaat in per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de leeftijd van 18 jaar is bereikt is.

2.6. Heeft u een lopende aanvullende verzekering gewijzigd?

Dan tellen de door u ontvangen vergoedingen mee voor uw nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum) vergoeding.

2.7. Voortzetting van de collectieve verzekering

Bij uitdiensttreding kunt u de via uw werkgever afgesloten collectieve verzekering niet meer bij ons voortzetten. Binnen 30 dagen na het beëindigen van het dienstverband moeten wij hiervan schriftelijk op de hoogte zijn gebracht.

Bij pensionering of een daarmee gelijkgestelde regeling, zoals een VUT-regeling kunt u, na schriftelijke toestemming van uw werkgever of contractant, de collectieve verzekering voortzetten. Dit geldt ook bij het overlijden van een deelnemer in de collectieve verzekering bij wie men is meeverzekerd. Binnen 30 dagen na het overlijden moeten wij hiervan schriftelijk op de hoogte zijn gebracht.

2.8. Detentie

De rechten en plichten uit de aanvullende verzekering worden opgeschort over de periode dat verzekerde ten gevolge van een rechterlijke uitspraak wordt gedetineerd. Zodra de detentie eindigt worden deze rechten en plichten weer in kracht hersteld. Verzekerde is verplicht binnen 30 dagen na ingang van detentie en binnen 30 dagen na de beëindiging van de detentie ons hierover schriftelijk te informeren.

2.9. Einde van rechtswege

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

- Turien & Co. en/of VGZ door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf met betrekking tot zorg, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- Turien & Co./VGZ stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering. Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of wordt beëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van uitschrijving. Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren. In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af.

Wij kunnen uw aanvraag weigeren als:

- u nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in 4.3 van deze algemene voorwaarden;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt;
- als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

2.10. Sanctiewet- of regelgeving financiële diensten

Het kan verboden zijn dat wij een verzekeringsovereenkomst met u sluiten. Er bestaan nationale en internationale (sanctie)regels waaruit dit volgt. De overeenkomst komt niet tot stand als u of een andere belanghebbende voorkomt op een nationale of internationale sanctielijst. Wij toetsen dit achteraf. Daarom is een 'opschortende voorwaarde' van kracht. De toetsing voeren wij zo snel mogelijk uit. Als u of een andere belanghebbende niet voorkomt op een sanctielijst, dan is de overeenkomst geldig vanaf de op de polis vermelde ingangsdatum. En als een persoon wel voorkomt op een sanctielijst? Dan informeren wij de aanvrager daarover zo spoedig mogelijk schriftelijk. De opschortende voorwaarde luidt: de overeenkomst komt alleen tot stand als uit toetsing niet blijkt dat het verboden is om op grond van sanctiewet- of regelgeving financiële diensten te verlenen voor of ten behoeve van:

- verzekeringnemer;
- verzekerden, medeverzekerden en andere (rechts)personen die voordeel zouden kunnen hebben bij het bestaan van de overeenkomst;
- vertegenwoordigers en gemachtigden van het bedrijf van verzekeringnemer;
- uiteindelijk financieel belanghebbenden bij het bedrijf van verzekeringnemer.

2.11. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen?

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. De aanvullende verzekering eindigt dan op 1 januari van het volgende jaar. Heeft u opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.

Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaarden wijziging zoals vermeld in 3.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;
- tegelijk met het beëindigen van de zorgverzekering;
- bij einde collectiviteitsregeling mits u elders aansluitend collectief verzekerd kunt worden.

2.12. Hoe kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen?

U kunt op de volgende manieren uw aanvullende verzekering beëindigen:

- door een brief of e-mail te sturen waarin u uw aanvullende verzekering opzegt;
- door gebruik te maken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een aanvullende verzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de aanvullende verzekering op. Als u geen gebruik wilt maken van deze service, moet u dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

2.13. Wanneer kan de verzekeraar de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

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

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.3;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 4.3);
- 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;
- detentie;
- 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.

3. WAT BETAALT U ALS VERZEKERINGNEMER?

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 termijn betalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

U betaalt de premie, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

a. U machtigt ons voor automatische incasso van de premie.

b. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren acceptgiro

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

Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

Verrekening

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

3.1. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- de premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u kunt deelnemen 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 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.2. Premievrijstelling voor kinderen tot 18 jaar

Het kind jonger dan 18 jaar, die is meeverzekerd op de polis van de ouders/verzorgers, is voor de basisverzekering- en aanvullende verzekering geen premie verschuldigd. Deze premievrijstelling geldt tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de leeftijd van 18 jaar bereikt is.

3.3. Niet-tijdig betalen

Als u de premie, wettelijke eigen bijdragen, eigen risico en onterecht uitbetaalde vergoedingen niet-tijdig betaalt is Turien & Co. gerechtigd bij de inning van de verschuldigde bedragen gebruik te maken van de diensten van derden, dan wel de vordering aan die derden over te dragen. Een en ander met inachtneming van de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Indien Turien & Co. maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle kosten van invordering, zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en), als u uw premie niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn in onze tweede schriftelijke aanmaning. Uw recht op vergoeding vanuit uw aanvullende verzekering vervalt dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand nadat de genoemde betalingstermijn is verstreken. De betalingsplicht blijft bestaan.

Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij u bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen. Is uw premieachterstand voldaan? Dan kunt u dezelfde aanvullende verzekering(en) opnieuw aanvragen. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan. Als de aanvraag akkoord is, sluiten wij de aanvullende verzekering af op de eerste dag van de maand volgend op de maand van uw aanvraag.

3.4. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u hier vooraf schriftelijk over informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

3.5. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) 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 1 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.

3.6. Terugbetaling van premie

Bij beëindiging van de verzekering vindt terugbetaling slechts plaats over de niet verstreken periode van de lopende verzekeringstermijn waarover al premie is betaald.

4. ALGEMENE BEPALINGEN

Grondslag van de aanvullende verzekering

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

4.1. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen:

- Primair
- Prima
- Privilege
- Werkgeverspakket
- Tandens Gaaf Primair
- Tandens Gaaf Prima
- Tandens Gaaf Privilege
- Tandens Gaaf Prestige

4.2. 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;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- Regeling zorgverzekering;
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera.

U vindt deze documenten op onze website www.turien.nl.

4.3. Fraude

Fraude is het onder valse voorwendselen (trachten te) verkrijgen van een verzekeringsdekking, uitkering of vergoeding in natura waarop in werkelijkheid geen recht bestaat. Turien & Co. hanteert een actief beleid ter voorkoming en beheersing van fraude. Door ons geconstateerde fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden of reeds gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Fraude kan ook tot gevolg hebben dat wij:

- aangifte doen bij de politie of Openbaar Ministerie;
- de verzekering(en) zullen beëindigen;
- onderzoekskosten in het kader van het fraudeonderzoek zullen verhalen;
- een registratie (laten) uitvoeren in het tussen verzekeringsmaatschappijen gangbare waarschuwingssysteem. Een eventueel al gedane uitkering (waaronder ook begrepen kosten) zal worden teruggevorderd.

4.4. Materiële en formele controle

Turien & Co. heeft het recht materiële en formele controle(s) uit te voeren. Hierbij gaat Turien & Co. of de verzekeraar onder wiens volmacht de zorg in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen, na of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte zorg is geleverd en of die geleverde zorg noodzakelijk was gezien uw gezondheidstoestand of die van de verzekerde.

4.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg) 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) en werving voor eigen en soortgelijke diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is voor zorgverzekeraars de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. Daarnaast is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van kracht. Deze gedragscode kunt u raadplegen op www.verzekeraars.nl of opvragen bij het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoonnummer (070) 3 338 500.

Wij kunnen bijzondere persoonsgegevens van u nodig hebben. U kunt hierbij denken aan medische gegevens of strafrechtelijke gegevens. Deze gegevens kunnen van belang zijn voor de aanvraag van een verzekering, voor de afhandeling van een uitkeringsverzoek, voor het invorderen van een claim of voor het voorkomen van fraude. Bijzondere persoonsgegevens worden door ons extra zorgvuldig verwerkt: slechts een beperkte groep van medewerkers heeft toegang tot deze gegevens.

In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid Turien & Co./VGZ uw gegevens raadplegen (en doorgeven aan uw verzekeraar om te laten vastleggen) in het Centraal Informatie Systeem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen (Stichting CIS), Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag. Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars en gevolmachtigd agenten risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het privacyreglement van Stichting CIS.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering(en) te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken. Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Wanneer u een derde persoon wilt machtigen om uw belangen te behartigen, ontvangen wij vooraf een 'machtigingsformulier Wet bescherming persoonsgegevens'. Deze kunt u vinden op www.turien.nl.

4.6. 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.

4.7. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

5. ALGEMENE VERPLICHTINGEN

U bent verplicht:

- de zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur of tandheelkundig adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur, tandheelkundig adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen 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. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, emigratie, geboorte, overlijden, adoptie of wijziging IBAN. 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.

6. KLACHTEN EN GESCHILLEN

Heeft u een klacht over de uitvoering van deze verzekering dan kunt u deze voorgeleggen aan het Klachtenbureau van Turien & Co. De klacht kan schriftelijk, per e-mail (klachten@turien.nl) of door middel van het klachtenformulier via www.turien.nl worden ingediend. U ontvangt van ons binnen 4 weken een reactie op uw klacht.

Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 4 weken 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. Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

Aanvullende verzekeringen Medici Primair, Prima en Privilege

1. Alternatieve zorg

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
- antroposofische alternatieve geneeswijzen;
- homeopathie;
- natuurgeneeswijzen;
- psychosociale zorg.

Door

Een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

2. homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apotheehoudend huisarts.

Bijzonderheden

Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:

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

Uitsluitingen

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.

Primair	Maximaal € 300 per kalenderjaar. Voor behandelingen en consulten geldt een maximale vergoeding van € 45 per dag.
Prima	Maximaal € 750 per kalenderjaar. Voor behandelingen en consulten geldt een maximale vergoeding van € 45 per dag.
Privilege	Maximaal € 1.500 per kalenderjaar. Voor behandelingen en consulten geldt een maximale vergoeding van € 45 per dag.

2. Anticonceptiemiddelen

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.

Door

Apotheker of apotheehoudend huisarts.

Recept (voorschrift)

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

Bijzonderheden

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld 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, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de basisverzekering.

Primair	Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).
Prima	Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).
Privilege	Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

3. Bewegprogramma's

Een beweegprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten bewegen, maar dit niet kunnen. In dit beweegprogramma leert u van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het beweegprogramma kunt voortzetten. In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten:

- als u obesitas heeft (BMI hoger dan 30);
- als u revalideert van voormalig hartfalen;
- als u reuma heeft (wij gebruiken de definitie van reuma zoals het Reumafonds die heeft bepaald);
- als u diabetes type 2 heeft;
- als u COPD heeft met een lichte tot matige ziektelast met een longfunctiewaarde van FEV1/VC < 0,7, een benauwdheidscore >2 op de MRC-schaal en een gezondheidsscore van >1 tot >1,7 op de CCQ-schaal;

Door

Fysiotherapeut en/of oefentherapeut.

Bijzonderheden

- u moet doorverwezen zijn door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- het beweegprogramma moet plaatsvinden in de oefenruimte van de behandelend fysiotherapeut en/of oefentherapeut;
- het beweegprogramma moet een duur hebben van minimaal 3 maanden.

Primair	Maximaal € 175 voor de gehele duur van de verzekering.
Prima	Maximaal € 350 voor de gehele duur van de verzekering.
Privilege	Maximaal € 350 voor de gehele duur van de verzekering.

4. Brillen en/of lenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen.

Door

Opticiën of optiekbedrijf.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 150 per 3 kalenderjaren.
Privilege	Maximaal € 250 per 3 kalenderjaren.

5. Buitenland, spoedeisende en onvoorzien zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf van maximaal 365 dagen, in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die u bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor

- behandelingen uitgevoerd door een (huis)arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisopname en/of operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en geneesmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via de Alarmcentrale. Het nummer vindt u op de achterkant van uw zorgpas en op onze website.

Uitsluiting

Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder die verzekering.

Primair	Een aanvulling op de kosten die u vanuit de basisverzekering ontvangt tot 200% van de in Nederland geldende tarieven en behandelingen volgens de Wmg-tarieven.
Prima	Een aanvulling op de kosten die u vanuit de basisverzekering ontvangt tot 200% van de in Nederland geldende tarieven en behandelingen volgens de Wmg-tarieven.
Privilege	Een aanvulling op de kosten die u vanuit de basisverzekering ontvangt tot 200% van de in Nederland geldende tarieven en behandelingen volgens de Wmg-tarieven.

6. Buitenland, spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarden

- de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts;
- er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland;
- een apotheek moet de geneesmiddelen leveren.

Uitsluitingen

- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- dieetpreparaten en drinkvoeding;
- verbandmiddelen;
- vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland;
- anticonceptiemiddelen;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Primair	Maximaal € 50 per kalenderjaar.
Prima	Maximaal € 50 per kalenderjaar.
Privilege	Maximaal € 50 per kalenderjaar.

7. Circumcisie, medische indicatie

Wij vergoeden de kosten van een medisch geïndiceerde circumcisie (besnijdenis) van de man.

Door

De zorg dient te worden verleend door een door de zorgverzekeraar erkende en aangewezen zorgaanbieder. Deze kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is erkend en aangewezen? Dan heeft u vooraf schriftelijke toestemming van ons nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend arts, huisarts of medisch specialist meesturen waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Volledige vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

8. **Dietetiek en/of voedingsvoorlichting**

1. Diëtetiek is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Heeft u op grond van de basisverzekering recht op vergoeding van diëtetiek? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de basisverzekering.
2. Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten, zonder medisch doel.

Door

1. Diëtist.
2. Gewichticonsulent of diëtist.

Bijzonderheden

- de behandelend diëtist dient te zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, bij de Diëtisten Coöperatie Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen;
- de behandelend gewichticonsulent dient te zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichticonsulenten Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 115 per kalenderjaar.
Privilege	Maximaal € 115 per kalenderjaar.

9. **Elektrische borstkolf**

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van aanschaf of huur van een elektrisch borstkolfapparaat, tijdens en na een ziekenhuisopname van een zieke baby.

Uitsluitingen

- losse onderdelen van de elektrische borstkolf;
- de aanschaf van tweedehands borstkolven.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 75 per bevalling.
Privilege	Maximaal € 100 per bevalling.

10. **Fysiotherapie en oefentherapie**

Behandelingen en consulten.

Door

Fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Verwijzing

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

- Het recht op vergoeding van de behandeling(en) bestaat indien er geen vergoeding plaatsvindt vanuit de basisverzekering.
- Indien de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder waarmee geen overeenkomst is gesloten, wordt er maximaal € 24,50 per behandeling vergoed.

Uitsluitingen

- zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
- sportmassage;
- arbeids- en bezigheidstherapie;
- therapie die alleen wordt gegeven om de conditie door middel van training te bevorderen.

Primair	Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.
Prima	Maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar.
Privilege	Maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar.

11. **Gasthuis**

Overnachting in een gasthuis en vervoer van uw gezinsleden bij ziekenhuisverblijf. Wanneer u verblijft in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij:

- de kosten van overnachting van uw gezinsleden in een, in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen, Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,31 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.

Bijzonderheden

U dient een specificatie van de gemaakte kosten aan ons te overleggen.

Uitsluiting

Wij vergoeden deze kosten niet bij verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Primair	Maximaal € 35 per dag tot maximaal € 500 per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen.
Prima	Maximaal € 35 per dag tot maximaal € 600 per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen.
Privilege	Maximaal € 35 per dag tot maximaal € 750 per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen.

12. Geboortetens

Bruikleen van een geboortetens voor pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Door

Een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts.

Bijzonderheden

- de aanvraag van de apparatuur dient door uw verloskundige of als verloskundige actieve huisarts te worden ingediend bij een hulpmiddelenleverancier;
- de apparatuur wordt tijdelijk aan u ter beschikking gesteld en dient te worden geleverd door een hulpmiddelenleverancier.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Volledige vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

13. Geneesmiddelen, eigen bijdrage

Sommige medicijnen betaalt u deels zelf en vergoeden wij deels vanuit de basisverzekering. Het deel dat u zelf moet betalen is de wettelijke eigen bijdrage. Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om farmaceutische zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingsstelsel. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

Bijzonderheden

Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak bestaat op het medicijn op grond van de basisverzekering.

Primair	Maximaal € 250 per kalenderjaar.
Prima	Maximaal € 500 per kalenderjaar.
Privilege	Volledige vergoeding.

14. Groepstherapie voor reumapatiënten

Onder leiding van een fysiotherapeut.

Bijzonderheden

U dient lid te zijn van een reumapatiëntenvereniging.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Volledige vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

15. 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.

Door

Instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Primair	Maximaal € 800 voor de gehele duur van de verzekering.
Prima	Maximaal € 1.000 voor de gehele duur van de verzekering.
Privilege	Maximaal € 1.200 voor de gehele duur van de verzekering.

16. Herstellingsoord of zorghotel

Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg.

Door

Een herstellingsoord of zorghotel waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. Deze kunt u vinden op onze website.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Uitsluitingen

- indien er sprake is van psychosomatische gezondheidszorg (bijvoorbeeld mentale overbelasting of burn-out);
- de eigen bijdrage Wlz of Wmo.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Geen vergoeding.
Privilege	Maximaal € 70 per dag tot maximaal € 1.250 per kalenderjaar.

17. Hoofdbedekking of Touppim

Bij (tijdelijk) haarverlies als gevolg van chemotherapie.

Indicatie

U dient eenmalig een medische indicatie van huisarts of medisch specialist te overleggen waaruit blijkt dat u (tijdelijk) haarverlies heeft in verband met chemotherapie.

Uitsluiting

Aanschafkosten van een pruik.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 75 per kalenderjaar.
Privilege	Maximaal € 150 per kalenderjaar.

18. Hoortoestellen, eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage die geldt vanuit de basisverzekering.

Bijzonderheden

Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak bestaat op een hoortoestel op grond van de basisverzekering.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 200 per hoortoestel.
Privilege	Maximaal € 250 per hoortoestel.

19. Hospice, eigen bijdrage

Verpleging in een hospice of Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd.

Bijzonderheden

- er dient een medische indicatie voor verpleging te zijn volgens zowel de behandelend arts als onze medisch adviseur;
- u bevindt zich naar het oordeel van onze medisch adviseur in de laatste levensfase.

Door

Een hospice die is aangesloten bij het Netwerk Palliatieve zorg voor Terminale patiënten Nederland (NPTN) en geen deel uitmaakt van een gezondheidsinstelling zoals een verpleeghuis, bejaarden- of verzorgingstehuis. Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices of Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Geen vergoeding.
Privilege	Maximaal € 50 per dag tot maximaal € 1.500 voor de gehele duur van de verzekering.

20. Huidbehandelingen

Een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

- acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- elektrische epilatie en Intense Pulsed Lightbehandelingen (IPL-behandelingen) bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichtsbehandling hebben, door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- laserepilatiebehandelingen bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichtsbehandling hebben, door een huidtherapeut.

Door

- een schoonheidsspecialist aangesloten bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS);
- een huidtherapeut of specialist die aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

Verwijzing

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Wij vergoeden alleen in geval van camouflagetherapie de cosmetische middelen.

Primair	Maximaal € 300 per kalenderjaar.
Prima	Maximaal € 500 per kalenderjaar.
Privilege	Maximaal € 750 per kalenderjaar.

21. Hulpmiddelen, eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage die geldt vanuit de basisverzekering.

Bijzonderheden

Recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak bestaat op het hulpmiddel op grond van de basisverzekering.

Uitsluitingen

Vergoeding van de eigen bijdrage die van toepassing is op orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en pruiken.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 250 per kalenderjaar.
Privilege	Maximaal € 750 per kalenderjaar.

22. Kinderopvang

Extra kinderopvang voor kinderen jonger dan 13 jaar tijdens verpleging van de bij Turien & Co. verzekerde ouder in een Nederlands ziekenhuis.

Door

Een instelling erkend door een bevoegde gemeentelijke instantie.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Uitsluitingen

- de kosten van buitenschoolse opvang;
- opname in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Geen vergoeding.
Privilege	Maximaal € 50 per dag tot maximaal 2 aaneengesloten maanden per kalenderjaar.

23. Kraampakket

Een pakket dat in overleg met verloskundigen is samengesteld.

Bijzonderheden

Als u zwanger bent dient u het kraampakket uiterlijk in de 5e maand van uw zwangerschap aan te vragen bij Turien & Co. U ontvangt het kraampakket dan tenminste 6 weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum thuis.

Primair	Volledige vergoeding.
Prima	Volledige vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

24. Kraamzorg, eigen bijdrage

De eigen bijdrage voor kraamzorg die geldt vanuit de basisverzekering. Deze eigen bijdrage krijgt u vergoed over hetzelfde aantal uren kraamzorg waarop u vanuit de basisverzekering aanspraak kunt maken.

Primair	50% vergoeding.
Prima	75% vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

25. Kraamzorg, uitgestelde

Uitgestelde kraamzorg ten behoeve van vrouwelijke verzekerden verleend door een kraamcentrum.

Bijzonderheden

Uitgestelde kraamzorg wordt vergoed indien tijdens de eerste 10 dagen, gerekend vanaf de bevalling, nog geen kraamzorg is ontvangen.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal 15 uur per kalenderjaar.
Privilege	Maximaal 20 uur per kalenderjaar.

26. Lactatiekundig consult

Advisering, voorlichting en praktische ondersteuning ter bevordering van borstvoeding voor zuigelingen.

Door

Lactatiekundige aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 125 per bevalling.
Privilege	Maximaal € 125 per bevalling.

27. Mammaprint

Met behulp van de Mammaprint kan de behandelend arts in sommige gevallen een betere diagnose stellen en daarmee bepalen of chemotherapie wel of niet noodzakelijk is.

Door

Het onderzoek moet worden uitgevoerd door het laboratorium Agendia.

Primair	Volledige vergoeding.
Prima	Volledige vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

28. Obesitasbehandeling

Deelname aan het deeltijd dagbehandelingprogramma voor obese patiënten in de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) te Hilversum en provider Santrion. Het programma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling.

Bijzonderheden

- er dient sprake te zijn van obesitas graad 3. Daarvan is sprake als uw Body Mass Index (BMI) ≥ 40 bedraagt;
- u dient het volledige programma voltooid te hebben.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 750 voor de gehele duur van de verzekering.
Privilege	Maximaal € 1.000 voor de gehele duur van de verzekering.

29. Ooglaseren of lensimplantatie

Een tegemoetkoming in de kosten van ooglaserverbehandelingen of lensimplantaten.

Door

Oogarts. De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG).

Bijzonderheden

- Let op! In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.
- Bij sommige klinieken ontvangt u een korting op ooglaseren en/of lensimplantaties. Meer informatie vindt u op onze website.

Primair	Eenmalig € 200 voor de gehele duur van de verzekering.
Prima	Eenmalig € 500 voor de gehele duur van de verzekering.
Privilege	Eenmalig € 750 voor de gehele duur van de verzekering.

30. Ooglidcorrectie of levatorplastiek

Correctie van bovenoogleden of levatorspier in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

U heeft recht op een ooglidcorrectie of levatorplastiek:

- als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt, of;
- als er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.

Door

Medisch specialist.

Verwijzing

Huisarts of medisch specialist.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/ZBC of uzelf) waarop de afwijking goed zichtbaar is.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Volledige vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

31. Oorstandcorrectie

Een plastisch chirurgische correctie van uitstaande oorschelpen voor verzekerden jonger dan 18 jaar in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Door

Medisch specialist.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. De aanvraag dient te zijn voorzien van de toelichting en medische indicatie van de behandelend medisch specialist. Bij het verzoek behoren 2 foto's meegestuurd te worden, te weten een voor- en een zijaanzicht (gemaakt door het ziekenhuis/ZBC of uzelf) waarop de afwijking goed zichtbaar is.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Volledige vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

32. Orthodontie voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Een kaakorthopedische behandeling (orthodontie of gebitsregulatie).

Door

Tandarts of orthodontist.

Bijzonderheden

Indien de aangevangen kaakorthopedische behandeling nog voortduurt bij het bereiken van de 22-jarige leeftijd, komen de kosten van de voortgezette behandeling eveneens voor vergoeding in aanmerking, met inachtnaam van de maximale vergoeding.

Uitsluitingen

Kosten van reparatie of vervanging van orthodontische apparatuur die het gevolg zijn van toerekenbare schuld van de verzekerde.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 2.500 voor de gehele duur van de verzekering.
Privilege	Volledige vergoeding.

33. Orthopedische geneeskunde

Diagnostiek en behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat waarbij geen gebruik wordt gemaakt van (een) operatie(s).

Door

Orthopedisch geneeskundige. De orthopedische geneeskundige dient aangesloten te zijn bij de Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG) of te voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Verwijzing

Huisarts of medisch specialist.

Primair	Maximaal € 150 per kalenderjaar.
Prima	Maximaal € 300 per kalenderjaar.
Privilege	Maximaal € 500 per kalenderjaar.

34. Overgangscounselant

Voorlichting, advisering en behandeling van vrouwen in de overgang.

Door

Een overgangscounselant aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangscounselanten (WOC). Of de overgangscounselant moet voldoen aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	75% tot maximaal € 115 per kalenderjaar.
Privilege	75% tot maximaal € 115 per kalenderjaar.

35. Pedicurezorg

Een pedicurebehandeling in verband met voetproblemen door:

1. reumatoïde artritis of diabetes;
2. een herseninfarct (CVA).

Door

- de pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'diabetische voet' (DV) of 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP);
- een (pedicure-)chiroprodist of een pedicure in de zorg moet geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.

Voorwaarden

- u moet 1 keer een verklaring van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde overleggen. Uit deze verklaring moet blijken dat u valt onder Zorgprofiel 1 of dat voetverzorging nodig is in verband met de medische indicatie reumatische voet of dat voetverzorging nodig is na een herseninfarct (CVA);
- op de nota moet de zorgverlener, in geval van diabetes, het Zorgprofiel vermelden;
- op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.

Uitsluitingen

- voetonderzoek. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering;
- behandelingen vanaf Zorgprofiel 2. Deze vallen onder de basisverzekering;
- het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- het knippen van nagels zonder medische reden.

Primair	1. Maximaal € 75 per kalenderjaar. 2. Geen vergoeding.
Prima	1. Maximaal € 250 per kalenderjaar. 2. Geen vergoeding.
Privilege	Voor 1 en 2 samen maximaal € 500 per kalenderjaar.

36. Periodiek algemeen onderzoek (check-up)

Wij vergoeden de kosten van een periodiek algemeen onderzoek (check-up).

Door

Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkt.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Geen vergoeding.
Privilege	Eenmaal per 2 kalenderjaren (tot maximaal het tarief grote keuring huisarts).

37. Plakstrips mammaprothese

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

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 75 per kalenderjaar.
Privilege	Maximaal € 150 per kalenderjaar.

38. Plaswékker

Aanschaf of huur van een plaswékker bij bedplasproblemen. Tevens vergoeden wij het bijbehorende broekje.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 100 voor de gehele duur van de verzekering.
Privilege	Maximaal € 100 voor de gehele duur van de verzekering.

39. Podotherapie en steunzolen

1. Behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.
2. Een tegemoetkoming in de kosten van maatwerk inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U heeft ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

Door

1. Een podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of bij Stichting Loop.
2. Een podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen. Kijk voor informatie over de zorgaanbieders op onze website.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 400 per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar steunzolen.
Privilege	Volledige vergoeding, waaronder maximaal 1 paar steunzolen.

40. Poliklinische bevalling zonder medische indicatie, eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage die geldt vanuit de basisverzekering bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie.

Door Verloskundige of huisarts.

Primair	50% vergoeding.
Prima	Volledige vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

41. (Preventieve) cursussen

1. Een tegemoetkoming in de kosten voor:
 - cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus met als doel zelf een actieve bijdrage te leveren aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus dient te worden georganiseerd door een daartoe bevoegd docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd;
 - cursus met als doel patiënten te leren omgaan met reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew, georganiseerd door de Reumapatiëntenbond of een thuiszorginstelling;
 - basis- of vervolgeducatiecursus voor diabetes type 2 patiënten, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling;
 - cursus afvallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of één van de schriftelijke- en online programma's georganiseerd door Happy Weight of programma "Slim Healthy" georganiseerd door een Health Center;
 - cursus stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health of een thuiszorginstelling en lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum SMOKE FREE en Lasercentra Noord-Oost Nederland;
 - de "Vrij van alcohol" training, georganiseerd door De Helderheid;
 - basis reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting;
 - cursus EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging en die opleidt tot het diploma "eerste hulp" van het Oranje Kruis;
 - cursus eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging;
 - cursus babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - cursus slaaptherapie georganiseerd door Somnio. Deze online slaapcursus biedt advies en oplossingen om (chronische) slaapproblemen te verhelpen.
2. Cursus en/of training valpreventie:
 - bewegingsprogramma's voor ouderen georganiseerd door een thuiszorginstelling, het Trainings Instituut voor Gezondheid Revalidatie en Arbeid (TIGRA) of Pim Mulier;
 - geheugentraining georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Bijzonderheden

- wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen kunnen worden gevolgd;
- u dient een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons te overleggen.

Primair	1. 75% tot maximaal € 115 per cursus per kalenderjaar. 2. Geen vergoeding.
Prima	1. 75% tot maximaal € 115 per cursus per kalenderjaar. 2. Geen vergoeding.
Privilege	Voor 1 en 2 samen volledige vergoeding.

42. Pruiken, eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage bij de aanschaf van een pruik, die geldt vanuit de basisverzekering.

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 75,50 per kalenderjaar.
Privilege	Maximaal € 100 per kalenderjaar.

43. Repatriëring

Het om medisch noodzakelijke redenen vervoeren van de verzekerde naar een in Nederland gelegen instelling of het vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde. Hieronder valt het volgende:

- medisch noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn;
- vervoer per ambulance en/of vliegtuig of vervoer door een begrafenisondernemer.

Toestemming

Vergoeding is alleen mogelijk met een door de Alarmcentrale vooraf goedgekeurde medische indicatie. Het nummer van de Alarmcentrale staat op uw zorgpas en op onze website.

Bijzonderheden

Repatriëring per ambulance en/of vliegtuig van de verzekerde vanuit het buitenland naar een in Nederland gelegen instelling, waar een aansluitende behandeling plaatsvindt, inclusief de in rekening gebrachte kosten van begeleiding.

Primair	Volledige vergoeding.
Prima	Volledige vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

44. Sportarts

Blessure- of herhalingsconsulten.

Door

Sportarts, in een Sportmedische Instelling erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 130 per kalenderjaar.
Privilege	Maximaal € 130 per kalenderjaar.

45. Sportmedisch onderzoek

Een sportmedisch onderzoek in een Sportmedische Instelling.

Door

Een Sportmedische Instelling, erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluitingen

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

Primair	Maximaal € 100 per 2 kalenderjaren.
Prima	Maximaal € 135 per 2 kalenderjaren.
Privilege	Maximaal € 300 per 2 kalenderjaren.

46. Sterilisatie

Sterilisatie in het ziekenhuis.

Door

Medisch specialist.

Uitsluitingen

De hersteloperatie van een eerder uitgevoerde sterilisatie wordt niet vergoed.

Primair	Volledige vergoeding.
Prima	Volledige vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

47. Stottertherapie

Volgens de methode BOMA, Del Ferro, Hausdörfer en McGuire.

Primair	Maximaal € 225 voor de gehele duur van de verzekering.
Prima	Maximaal € 450 voor de gehele duur van de verzekering.
Privilege	Maximaal € 1.000 voor de gehele duur van de verzekering.

48. Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Vergoeding van de kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, waardoor de schade als gevolg van het ongeval aan uw gebit wordt hersteld. Ook de kosten voor techniek en het materiaal komen voor vergoeding in aanmerking.

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

Het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden tijdens de looptijd van deze aanvullende verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Door

Tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Bijzonderheden

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een door u ingevuld formulier vragenformulier ongeval, een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u redelijkerwijs op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is.

Primair	Maximaal € 10.000 per ongeval.
Prima	Maximaal € 10.000 per ongeval.
Privilege	Maximaal € 10.000 per ongeval.

49. Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Consulten, vaccinaties en/of geneesmiddelen voor een reis naar het buitenland voor vakantie, dienstreizen of studiedoeleinden voor maximaal 12 maanden ter voorkoming van hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon)meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.

Bijzonderheden

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

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

Primair	Geen vergoeding.
Prima	Maximaal € 150 per kalenderjaar.
Privilege	Volledige vergoeding.

50. Ziekenvervoer, eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage die geldt vanuit de basisverzekering voor ziekenvervoer.

Primair	Volledige vergoeding.
Prima	Volledige vergoeding.
Privilege	Volledige vergoeding.

51. Ziekenvervoer in Nederland

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer voor verzekerden zonder chronische indicatie van en naar een ziekenhuis in Nederland, indien de behandelend specialist vervoer per openbaar vervoermiddel om medische reden onverantwoord acht.

Bijzonderheden

Vergoeding geldt indien:

- het vervoer verband houdt met een medisch onderzoek of medische behandeling ten behoeve van uzelf;
- de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend medisch specialist, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit de indicatie dient te blijken dat het vervoer medisch noodzakelijk is;
- de nota is vergezeld van (een kopie van) de afsprakenkaart;
- u zich laat behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.

Toestemming

U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Uitsluitingen

Vergoeding van vervoer dat verband houdt met resocialisatie, Wlz, weekendverlof bij langdurig verblijf in een instelling en vervoer dat vergoed wordt vanuit andere wettelijke regelingen.

Primair	Taxi: volledige vergoeding; Eigen auto: € 0,30 per kilometer. U bent een eigen bijdrage verschuldigd van € 98 per kalenderjaar.
Prima	Taxi: volledige vergoeding; Eigen auto: € 0,30 per kilometer. U bent een eigen bijdrage verschuldigd van € 98 per kalenderjaar.
Privilege	Taxi: volledige vergoeding; Eigen auto: € 0,30 per kilometer. U bent een eigen bijdrage verschuldigd van € 98 per kalenderjaar.

52. Zwangerschapscursus

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

- tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling en begeleiding tijdens de bevalling;
- ter bevordering van het fysieke herstel, tot maximaal zes maanden na de bevalling.

Bijzonderheden

- U moet een bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.
- De cursussen moeten gegeven worden door:
 - een thuiszorginstelling;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevallen;
 - een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
 - een zorgverlener gekwalificeerd in hypnobirthing;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij Zwanger en Fit;
 - een zorgverlener gekwalificeerd in Psychoprofylaxe (angst voor de bevalling);
 - Mom in Balance.

Primair	Maximaal € 50 per zwangerschap.
Prima	Maximaal € 50 per zwangerschap.
Privilege	Maximaal € 75 per zwangerschap.

Aanvullende verzekeringen Medici Tand en Gaaf Primair, Prima, Privilege en Prestige

53. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden.

Door

- 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 extractie.

Bijzonderheden

- u kunt aanspraak maken op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs;
- de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

Uitsluitingen

- keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76);
- een afspraak die u niet bent nagekomen (C90);
- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- mandibulair repositieapparaat (MRA: een prothese tegen snurken) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- orthodontie;
- abonnementen;
- volledige narcose;
- gecompliceerde extractie door de kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed.

Tanden Gaaf Primair	Maximaal € 250 per kalenderjaar.
----------------------------	----------------------------------

Tanden Gaaf Prima	Maximaal € 350 per kalenderjaar.
--------------------------	----------------------------------

Tanden Gaaf Privilege	Maximaal € 500 per kalenderjaar.
------------------------------	----------------------------------

Tanden Gaaf Prestige	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar.
-----------------------------	------------------------------------

De in de artikelen genoemde bedragen gelden per verzekerde, tenzij anders vermeld. Op uw polisblad ziet u welke aanvullende verzekering(en) u heeft.

Medici Werkgeverspakket (WGP)

Als u een aanvullende verzekering heeft afgesloten, dan is er sprake van een overlapping tussen uw werkgeverspakket en uw aanvullende verzekering. Dit geldt, voor zover deze zorg ook in uw aanvullende verzekering is opgenomen, voor beweegzorg, onderdelen van preventie, mindfulness bij burn-out klachten en diëtetiek. Als u op grond van uw werkgeverspakket recht heeft op vergoeding van de kosten van deze zorg, dan vervalt uw aanspraak vanuit uw aanvullende verzekering.

54. Diëtetiek

Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Een diëtist is de deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig aanpast. Door het volgen van een bepaald eetpatroon kunt u uw lichamelijke gezondheid bevorderen. Vanuit de basisverzekering heeft u aanspraak op 3 uur dieetadvisering. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Heeft u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma (als u 16 jaar of ouder bent) en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in uw basisverzekering? Dan wordt de dieetadvisering voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op de vergoeding uit dit artikel.

Door

Diëtist. Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde diëtisten vindt u op onze website.

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.

WGP	Maximaal € 500 per kalenderjaar. Wordt de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan worden de kosten per behandeling vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor diëtetiek zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders.
------------	--

55. Huishoudelijke ondersteuning

1. Het bieden van huishoudelijke ondersteuning aan u, als u een huishoudelijke hulpvraag heeft, omdat u of uw partner op dat moment tijdelijk is uitgevallen door bijvoorbeeld ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname.
2. Het bieden van huishoudelijke ondersteuning aan u om herstel van uw letsel te bevorderen.

Op het moment van aanvragen van huishoudelijke ondersteuning wordt een hervatting van de werkzaamheden binnen 3 maanden verwacht. De huishoudelijke ondersteuning omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van uw huisgenoten en het halen van de boodschappen. De hulp wordt geleverd op uw woonadres, zoals dat bij ons bekend is.

Het doel van de huishoudelijke ondersteuning is:

- het voorkomen van verzuim bij calamiteiten in de gezinssituatie;
- bevordering van herstel van letsel.

Door

Een gecontracteerde organisatie. Maakt u geen gebruik van een gecontracteerde organisatie? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Indicatie

Tijdelijke uitval met als gevolg verzuim, van u als werknemer door ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname van u of uw partner, waarbij een herstel binnen drie maanden is te verwachten.

Aan te vragen door

Uw direct leidinggevende of een personeelsfunctionaris van uw werkgever. De aanvraag moet voorzien zijn van:

- uw polisnummer, naam, adres, woonplaats en geboortedatum;
- het telefoonnummer waarop u bereikbaar bent;
- een korte beschrijving van de indicatie/situatie.

Bijzonderheden

1. De huishoudelijke ondersteuning wordt binnen 3 werkdagen (mits gemeld bij ons voor 10.30 uur en wij ook voor dit tijdstip contact hebben gehad met u) na aanmelding bij ons geboden bij u thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is.
2. U heeft geen aanspraak op huishoudelijke ondersteuning als de tijdelijke uitval verband houdt met een chronische aandoening.
3. De zorg wordt vooraf voor de hele periode ingepland.
4. Onder huishoudelijke ondersteuning wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging.
5. De huishoudelijke ondersteuning wordt alleen geboden in Nederland.
6. De hulp wordt geboden in blokken van ten minste 3 uur per dag. Dit betekent maximaal 10 blokken van 3 uur. De hulp dient in een periode van maximaal 10 weken ingepland te worden. De hulp kan op werkdagen van 07.00 uur tot 20.00 uur worden ingezet. Weekenden en feestdagen zijn uitgesloten.

WGP	Maximaal 30 uur per kalenderjaar.
------------	-----------------------------------

56. Taxivervoer

Taxivervoer tussen uw woon- en verblijfplaats en uw werklocatie voor zover vervoer per openbaar vervoer of met eigen auto om medische redenen niet mogelijk is.

Door

Een gecontracteerde vervoerder. Maakt u geen gebruik van een gecontracteerde vervoerder? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aan te vragen door

Uw direct leidinggevende of een personeelsfunctionaris van uw werkgever.

Toestemming

U bent verplicht vooraf schriftelijke toestemming te vragen aan Turien & Co. De aanvraag moet vergezeld gaan van een verklaring van uw leidinggevende of een personeelsfunctionaris waaruit blijkt dat openbaar vervoer of vervoer met eigen auto niet mogelijk is in verband met een ernstige beperking van de mobiliteit. Wij sturen de machtiging naar uw werkgever. U kunt het aanvraagformulier woon-werk vervoer vinden op onze website.

WGP Maximaal € 350 per kalenderjaar.

57. 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.

Door

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

Indicatie:

Burn-out klachten.

Verwijzing

Huisarts, bedrijfsarts.

WGP Maximaal € 350 per kalenderjaar.

BUDGETTEN

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

BUDGET BEWEEGZORG

Een budget voor beweegzorg, bestaande uit:

58. Beweegzorg

Beweegzorg bestaat uit:

1. Fysiotherapie.
2. Oedeemtherapie.
3. Oefentherapie Cesar/Mensendieck.
4. Ergotherapie.

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

5. Chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalingstherapie Van Dixhoorn.

Door

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut en specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut).
2. Oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). 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).
4. Ergotherapie: ergotherapeut.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

5. Alternatieve bewegingstherapieën: Door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Waar mag de zorg worden verleend? De zorg moet verleend worden in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

1. U bent jonger dan 18 jaar

Niet chronische aandoeningen: u heeft recht op (kinder)fysiotherapie en (kinder) oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen worden vergoed uit de basisverzekering.

2. U bent 18 jaar of ouder

Chronische aandoeningen:

u heeft recht op vergoeding van de eerste 20 behandelingen tot uw maximale budget, mits het om behandelingen gaat van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze 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). Vanaf de 21e behandeling heeft u recht op vergoeding uit de basisverzekering. Vooraf zijn onze toestemming en een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist vereist.

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).

4. Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:

vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen.

5. Ergotherapie wordt vergoed vanaf het 11e uur. De eerste 10 uur komen ten laste van de basisverzekering.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op behandelingen die niet als Beweegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve- of re-integratietrajecten;
- 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.

	Het budget beweegzorg bedraagt maximaal € 1.000 per kalenderjaar.
	Voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag.
WGP	Wordt de zorg onder punt 1 tot en met 4 verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde gecontracteerde tarieven die de zorgverzekeraar met de gecontracteerde zorgaanbieders heeft afgesproken.
	Wordt de zorg onder punt 5 verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan vergoeden wij de kosten niet.

BUDGET PREVENTIE

Een budget voor preventie, bestaande uit:

59. Sportmedisch advies

Behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Door

Sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

60. Zorg voor vrouwen in de overgang

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

Door

Verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

61. Cursussen

- Cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie.
- Cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ instelling.
- Cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een vereniging die erkend is door het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.ehbo.nl.
- Reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl.

62. 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.

Door

Gewichtconsulent, aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN). Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

63. Leefstijl Check

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

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

Door

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Uitsluitingen

- U heeft geen recht op vergoeding van de kosten als de Leefstijl Check onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO);
- De kosten van (preventieve) scans worden niet vergoed.

64. Griepvaccinatie

Vaccinatie ter voorkoming van griep, de 'grieprik'. In overleg met de werkgever wordt eenmaal per jaar een datum afgesproken. De werkgever stelt binnen zijn bedrijf een ruimte beschikbaar.

Door

Een door ons in te huren verpleegkundige.

65. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon)meningitis, rabiës of malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.

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 Reizigersadviesing (www.lcr.nl). U ziet op deze website ook of uw arts een gele koorts-registratie heeft.

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.

WGP Het totale budget preventie bedraagt maximaal € 750 per kalenderjaar.

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 u zelf moet betalen;
2. Vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met Turien & Co. 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 voorwendzelen.

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: Eén volwassene, dan wel twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief- pleeg- 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 lastenaf trek 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.

Mantelzorg: Een mantelzorgverlener 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.

Mantelzorgmakelaar: Degene die:

- complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, Wlz 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 mantelzorgverlener kan overnemen. Dit doet de zorgregelaar voor zover deze zorg niet gedekt wordt vanuit de wettelijke zorgaanspraken.

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

Medische indicatie: De indicatie voor verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke 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 studiedoelenden.

Revalidatie: Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische 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 verzekeringsvoorwaarden 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 Wlz. 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 verzekeringsvoorwaarden.

Zorgverzekering: Een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringplichtige 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.

AANVULLENDE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

Medici 2016

Heeft u een vraag?

Wij staan voor u klaar.

U kunt op de volgende manieren contact met ons opnemen.

Internet

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.

Ook is het mogelijk om gemakkelijk en snel uw declaraties in te dienen via onze Declaratie app. De app kunt u onder andere downloaden door een scan te maken van de QR-code onder aan deze pagina.

Telefonisch

U kunt ons bereiken via telefoonnummer dat rechtsboven op uw polisblad staat. Wij zijn bereikbaar van maandag tot en met donderdag van 08.00 tot 17.30 uur en vrijdag van 08.00 tot 17.00 uur.

E-mail

U kunt ons bereiken via het e-mailadres dat rechtsboven op uw polisblad staat.

Schriftelijk

Turien & Co. Assuradeuren
Postbus 216
1800 AE Alkmaar

