

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

aanvullende verzekering Delta Lloyd Start (modelnummer: 6700103) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering Delta Lloyd Start

De percentages (%) in dit overzicht zijn gebaseerd op de vaste wettelijke of marktconforme tarieven. Zie hiervoor:

- artikel 4. van de Toelichting Vergoedingen Overzicht of
- artikel A.21. van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Buitenlandzorg		
D.14.		
Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland, bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering:	maximaal 365 dagen aaneengesloten weg uit Nederland / uw woonland	D.14.1.
- Buiten Nederland / uw woonland	100% van het gedeclareerde tarief	D.14.1.2.a.
- Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar	maximaal € 250,- per jaar	D.14.1.2.b.
- Vervoer van stoffelijk overschot	maximaal € 6.000,-	D.14.1.2.f.
- Toezending van geneesmiddelen	100%	D.14.1.2.g.
- Telecommunicatiekosten	maximaal € 350,- per jaar	D.14.1.2.h.
- Reisarts	100%	D.14.1.2.i.
- Repatriëring van zieke verzekerde	100%	D.14.1.2.c.
Geestelijke gezondheidszorg		
D.6.		
Eerstelijns psychologische zorg:		
- Eigen bijdrage van de hoofdverzekering	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.6.2.2.a.
Traumaverwerking	100%	D.6.5.
Geneesmiddelen		
D.3.		
Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar	maximaal € 200,- per jaar	D.3.5.
Eigen bijdrage anticonceptie geneesmiddelen (GVS) voor verzekerden tot 21 jaar	100% van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.3.2.2.a.
Huidtherapieën		
D.10.		
Acnebehandeling	maximaal € 200,- per jaar	D.10.3.
Hulpmiddelenzorg		
D.4.		
Anticonceptie hulpmiddelen	zie onder "Geneesmiddelen"	
Persoonsalarmering	maximaal € 100,- per jaar voor huur of koop	D.4.16.
Plaswekker:		
- Bij koop	100% voor verzekerden van 7 - 18 jaar	D.4.6.2.a.
- Bij huur	100%, maximaal 90 aaneengesloten dagen voor verzekerden van 7 - 18 jaar	D.4.6.2.b.
Braces en bandages	maximaal € 150,- per jaar	D.4.18.
Thuisbewakingsmonitor	100% maximaal 12 maanden, vergoeding in bruikleen	D.4.10.
Medisch specialistische zorg		
D.1.		
Besnijdenis medisch noodzakelijk	100%	D.1.5.2.a.
Sterilisatie	100%	D.1.1.
Sterilisatie, ongedaan maken	100%	D.1.2.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Mondzorg		D.8.
Bijdragen voor uitneembare, volledige gebitsprothesen	maximaal € 200,- per jaar voor verzekerden vanaf 18 jaar	D.8.3.2.b.
Kronen, bruggen en inlays (codes die beginnen met "R")	maximaal € 500,- per jaar voor verzekerden tot 18 jaar	D.8.2.
Overige therapieën		D.12.
Stottertherapie:		D.12.1.
- Therapiekosten	100%	D.12.1.2.a.
Paramedische zorg		D.5.
Fysiotherapie en oefentherapie	maximaal 6 behandelingen per jaar	D.5.1.
Screening voorafgaand aan behandelingen fysiotherapie of oefentherapie door fysiotherapeut of oefentherapeut	100%	D.5.1.
Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	maximaal 2 uur per jaar bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering	D.5.2.
Instructie en begeleiding voor mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie ondergaan	maximaal 2 uur per jaar	D.5.3.
Preventie		D.2.
Cursus of programma i.v.m. zwangerschap	maximaal € 200,- per jaar	D.2.8.2.b.
Consulten voor vrouwen	maximaal € 200,- per jaar	D.2.5.2.a.
Preventieve onderzoeken:	maximaal € 50,- per jaar voor onderstaande zorg samen	D.2.2.
- Onderzoek hart en bloedvaten	100%, eenmaal per jaar	D.2.2.2.a.1
- Onderzoek naar arbeidsbelemmerende aandoeningen	100%, eenmaal per jaar	D.2.2.2.b.
Preventieve inenting en preventieve geneesmiddelen i.v.m. een vakantiereis	maximaal € 250,- per jaar	D.2.3.2.e.
Sportmedisch advies	maximaal € 100,- per jaar	D.2.6.
Voedingsadvies	maximaal € 200,- per jaar	D.2.7.
Verblijf en vervoer		D.13.
Reiskosten ouders:	maximaal € 200,- per jaar voor onderstaande zorg samen	D.13.11.
- openbaar vervoer 2e klasse	100%	
- eigen vervoer	€ 0,19 per gereden kilometer	
Herstellingsoord	maximaal € 250,- per jaar	D.13.6.
Kinderopvang	maximaal € 200,- per gezin per jaar vanaf de tiende opnamedag	D.13.9.
Logeerkosten:		D.13.2.
- Logeerhuis	maximaal € 200,- per jaar	D.13.2.2.a.
- Mappo Mondo huis	maximaal € 200,- per jaar	D.13.2.2.b.
Therapeutisch kamp	maximaal € 200,- per jaar	D.13.1
Zwangerschap, bevalling en kraamzorg		D.11.
Couveuse nazorg	maximaal 15 uur	D.11.5.
Eigen bijdrage bevalling in ziekenhuis zonder medische noodzaak	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.11.2.2.b.
Eigen bijdrage kraamzorg	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.11.2.2.a.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Extra kraamzorg	maximaal 5 extra dagen met een maximum van 3 uur per dag bovenop de vergoeding van de hoofdverzekering	D.11.4.
Kraamzorg bij adoptie	maximaal 3 uur per dag gedurende maximaal 3 dagen	D.11.8.
Kraamzorg na ziekenhuisopname	maximaal 15 uur	D.11.6.
Lactatiekundige zorg	maximaal € 200,- per jaar	D.11.9.
Prenatale screening, medisch niet noodzakelijk voor vrouwen tot 36 jaar	100%	D.11.11.
TENS bij bevalling	100% gedurende 6 weken, vergoeding in bruikleen	D.11.10.
Afwijkende voorwaarden		C.12.
Meegroeiservice		C.12.2.b. 11.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

aanvullende verzekering Delta Lloyd Extra (modelnummer: 6700104) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering Delta Lloyd Extra

De percentages (%) in dit overzicht zijn gebaseerd op de vaste wettelijke of marktconforme tarieven. Zie hiervoor:

- artikel 4. van de Toelichting Vergoedingen Overzicht of
- artikel A.21. van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Alternatieve zorg		
D.7.		
Alternatieve zorg:	maximaal € 250,- per jaar voor onderstaande zorg samen	
- Alternatieve behandelingen	maximaal € 40,- per behandeldag	D.7.1.
- Alternatieve geneesmiddelen	100%	D.7.2.
Buitenlandzorg		
D.14.		
Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland, bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering:	maximaal 365 dagen aaneengesloten weg uit Nederland / uw woonland	D.14.1.
- Buiten Nederland / uw woonland	100% van het gedeclareerde tarief	D.14.1.2.a.
- Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar	maximaal € 250,- per jaar	D.14.1.2.b.
- Vervoer van stoffelijk overschot	maximaal € 6.000,-	D.14.1.2.f.
- Toezending van geneesmiddelen	100%	D.14.1.2.g.
- Telecommunicatiekosten	maximaal € 350,- per jaar	D.14.1.2.h.
- Reisarts	100%	D.14.1.2.i.
- Repatriëring van zieke verzekerde	100%	D.14.1.2.c.
Geestelijke gezondheidszorg		
D.6.		
Eerstelijns psychologische zorg:		
- Eigen bijdrage van de hoofdverzekering	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.6.2.2.a.
Traumaverwerking	100%	D.6.5.
Geneesmiddelen		
D.3.		
Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar	maximaal € 200,- per jaar	D.3.5.
Eigen bijdrage anticonceptie geneesmiddelen (GVS) voor verzekerden tot 21 jaar	100% van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.3.2.2.a.
Huidtherapieën		
D.10.		
Acnebehandeling	maximaal € 200,- per jaar	D.10.3.
Camouflagetherapie	maximaal € 100,- per jaar	D.10.4.
Ontharing	maximaal € 500,- per jaar	D.10.2.
UV-B lichtapparatuur	maximaal € 500,- per jaar	D.10.1.
Hulpmiddelenzorg		
D.4.		
Aanvullende vergoeding medische hulpmiddelen	maximaal € 500,- per jaar van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.4.1.2.a.
Anticonceptie hulpmiddelen	zie onder "Geneesmiddelen"	
Hoofdbedekking anders dan een pruik	maximaal € 75,- per jaar	D.4.4.2.b.
Persoonsalarmering	maximaal € 150,- per jaar	D.4.16.
Plasweccker:		D.4.6.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
- Bij koop	100% voor verzekerden van 7 - 18 jaar	D.4.6.2.a.
- Bij huur	100%, maximaal 90 aaneengesloten dagen voor verzekerden van 7 - 18 jaar	D.4.6.2.b.
Braces en bandages	maximaal € 150,- per jaar	D.4.18.
Steunzolen of hulpmiddelen voetbehandeling	maximaal € 100,- per jaar	D.4.8. en D.4.9.
Thuisbewakingsmonitor	100% maximaal 12 maanden, vergoeding in bruikleen	D.4.10.
Medisch specialistische zorg		D.1.
Besnijdenis medisch noodzakelijk	100%	D.1.5.2.a.
Besnijdenis op andere gronden	maximaal € 100,-	D.1.5.2.b.
Sterilisatie	100%	D.1.1.
Sterilisatie, ongedaan maken	100%	D.1.2.
Mondzorg		D.8.
Bijdragen voor uitneembare, volledige gebitsprothesen	maximaal € 200,- per jaar voor verzekerden vanaf 18 jaar	D.8.3.2.b.
Kronen, bruggen en inlays (codes die beginnen met "R")	maximaal € 500,- per jaar voor verzekerden tot 18 jaar	D.8.2.
Orthodontie (gebitsregulatie):		D.8.1. en D.8.5.
- Voor verzekerden tot 18 jaar	80% tot maximaal € 1.000,- in de totale looptijd van uw verzekering	
Overige therapieën		D.12.
Stottherapie:		D.12.1.
- Therapiekosten	100%	D.12.1.2.a.
Voetbehandeling in de volgende gevallen:	maximaal € 100,- per jaar	
- bij reumatoïde artritis (door podotherapeut, pedicure "RV" of medisch pedicure)		D.12.4. en D.12.5.
- bij ernstige bloedvatproblemen in de benen (door podotherapeut)		D.12.4.
Voetbehandeling in andere gevallen (door podotherapeut of podoloog)	maximaal € 100,- per jaar	D.12.3.
Paramedische zorg		D.5.
Fysiotherapie en oefentherapie	maximaal 9 behandelingen per jaar	D.5.1.
Screening voorafgaand aan behandelingen fysiotherapie of oefentherapie door fysiotherapeut of oefentherapeut	100%	D.5.1.
Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	maximaal 2 uur per jaar bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering	D.5.2.
Instructie en begeleiding voor mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie ondergaan	maximaal 2 uur per jaar	D.5.3.
Dieetadvisering	maximaal 2 behandeluren per jaar bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering	D.5.4.
Preventie		D.2.
Gezondheids cursussen en beweegprogramma's:		D.2.8.
- Cursus of programma algemeen	maximaal € 100,- per jaar	D.2.8.2.a.
- Cursus of programma i.v.m. zwangerschap	maximaal € 200,- per jaar	D.2.8.2.b.
Consulten voor vrouwen	maximaal € 200,- per jaar	D.2.5.2.a.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Preventieve onderzoeken:	maximaal € 100,- per jaar voor onderstaande zorg samen	D.2.2.
- Onderzoek hart en bloedvaten	100%, eenmaal per jaar	D.2.2.2.a.1
- Onderzoek naar arbeidsbelemmerende aandoeningen	100%, eenmaal per jaar	D.2.2.2.b.
Preventieve inentingen en preventieve geneesmiddelen i.v.m. een vakantiereis	maximaal € 250,- per jaar	D.2.3.2.e.
Sportmedisch advies	maximaal € 100,- per jaar	D.2.6.
Voedingsadvies	maximaal € 200,- per jaar	D.2.7.
Verblijf en vervoer		D.13.
Reiskosten ouders:	maximaal € 200,- per jaar voor onderstaande zorg samen	D.13.11.
- openbaar vervoer 2e klasse	100%	
- eigen vervoer	€ 0,19 per gereden kilometer	
Eigen bijdrage hospice	maximaal € 30,- per dag tot maximaal € 500,- per jaar	D.13.7.
Herstellingsoord	maximaal € 500,- per jaar	D.13.6.
Kinderopvang	maximaal € 200,- per gezin per jaar vanaf de tiende opnamedag	D.13.9.
Logeerkosten:		D.13.2.
- Logeershuis	maximaal € 200,- per jaar	D.13.2.2.a.
- Mappo Mondo huis	maximaal € 200,- per jaar	D.13.2.2.b.
- Verblijf in een oncologisch ziekenhuis	maximaal € 500,- per jaar	D.13.2.2.c.
Therapeutisch kamp	maximaal € 200,- per jaar	D.13.1
Zittend ziekenvervoer:		D.13.5.
- Eigen bijdrage van de hoofdverzekering	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.13.5.2.a.
- Eigen vervoer per huurauto of eigen auto	€ 0,19 per kilometer	D.13.5.2.b. en d.
- Taxivervoer	100% van het afgesproken tarief als de taxivervoerder gecontracteerd is; 100% van het marktconforme tarief als de taxivervoerder niet door ons gecontracteerd is	D.13.5.2.c.
Zwangerschap, bevalling en kraamzorg		D.11.
Couveuse nazorg	maximaal 15 uur	D.11.5.
Eigen bijdrage bevalling in ziekenhuis zonder medische noodzaak	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.11.2.2.b.
Eigen bijdrage kraamzorg	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.11.2.2.a.
Extra kraamzorg	maximaal 5 extra dagen met een maximum van 3 uur per dag bovenop de vergoeding van de hoofdverzekering	D.11.4.
Kraamzorg bij adoptie	maximaal 3 uur per dag gedurende maximaal 3 dagen	D.11.8.
Kraamzorg na ziekenhuisopname	maximaal 15 uur	D.11.6.
Lactatiekundige zorg	maximaal € 200,- per jaar	D.11.9.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Prenatale screening, medisch niet noodzakelijk voor vrouwen tot 36 jaar	100%	D.11.11.
TENS bij bevalling	100% gedurende 6 weken, vergoeding in bruikleen	D.11.10.
Afwijkende voorwaarden		C.12.
Meegroeiservice		C.12.2.b.11.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

aanvullende verzekering Delta Lloyd Compleet (modelnummer: 6700105) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering Delta Lloyd Compleet

De percentages (%) in dit overzicht zijn gebaseerd op de vaste wettelijke of marktconforme tarieven. Zie hiervoor:

- artikel 4. van de Toelichting Vergoedingen Overzicht of
- artikel A.21. van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Alternatieve zorg		
D.7.		
Alternatieve zorg:	maximaal € 500,- per jaar voor onderstaande zorg samen	
- Alternatieve behandelingen	maximaal € 40,- per behandeldag	D.7.1.
- Alternatieve geneesmiddelen	100%	D.7.2.
Buitenlandzorg		
D.14.		
Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland, bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering:	maximaal 365 dagen aaneengesloten weg uit Nederland / uw woonland	D.14.1.
- Buiten Nederland / uw woonland	100% van het gedeclareerde tarief	D.14.1.2.a.
- Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar	maximaal € 250,- per jaar	D.14.1.2.b.
- Vervoer van stoffelijk overschot	maximaal € 6.000,-	D.14.1.2.f.
- Toezending van geneesmiddelen	100%	D.14.1.2.g.
- Telecommunicatiekosten	maximaal € 350,- per jaar	D.14.1.2.h.
- Reisarts	100%	D.14.1.2.i.
- Repatriëring van zieke verzekerde	100%	D.14.1.2.c.
Geestelijke gezondheidszorg		
D.6.		
Eerstelijns psychologische zorg:		
- Eigen bijdrage van de hoofdverzekering	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.6.2.2.a.
Herstel & Balans	maximaal € 500,- per behandelprogramma	D.6.1.
Traumaverwerking	100%	D.6.5.
Geneesmiddelen		
D.3.		
Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar	maximaal € 200,- per jaar	D.3.5.
Eigen bijdrage anticonceptie geneesmiddelen (GVS) voor verzekerden tot 21 jaar	100% van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.3.2.2.a.
Eigen bijdrage geneesmiddelen (GVS)	maximaal € 150,- per jaar van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.3.2.2.b.
Overige geneesmiddelen	maximaal € 150,- per jaar	D.3.4.
Huidtherapieën		
D.10.		
Acnebehandeling	maximaal € 200,- per jaar	D.10.3.
Camouflagetherapie	maximaal € 150,- per jaar	D.10.4.
Ontharing	maximaal € 1.000,- per jaar	D.10.2.
UV-B lichtapparatuur	maximaal € 1.000,- per jaar	D.10.1.
Hulpmiddelenzorg		
D.4.		

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Aanvullende vergoeding medische hulpmiddelen	maximaal € 1.000,- per jaar van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.4.1.2.a.
Anticonceptie hulpmiddelen	zie onder "Geneesmiddelen"	
Gezichtshulpmiddelen en gezichtsscherptebehandelingen samen:	maximaal € 100,- per 2 jaar	
- Gezichtshulpmiddelen (brillenglazen, contactlenzen en/of monturen)		D.4.7.
- Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)		D.1.4.
Hoofdbedekking anders dan een pruik	maximaal € 75,- per jaar	D.4.4.2.b.
Persoonsalarmering	maximaal € 200,- per jaar	D.4.16.
Plaswekker:		D.4.6.
- Bij koop	100% voor verzekerden van 7 - 18 jaar	D.4.6.2.a.
- Bij huur	100%, maximaal 90 aaneengesloten dagen voor verzekerden van 7 - 18 jaar	D.4.6.2.b.
Braces en bandages	maximaal € 150,- per jaar	D.4.18.
Steunzolen of hulpmiddelen voetbehandeling	maximaal € 150,- per jaar	D.4.8. en D.4.9.
Thuisbewakingsmonitor	100% maximaal 12 maanden, vergoeding in bruikleen	D.4.10.
Kuurbehandeling		D.9.
Kuurbehandeling	maximaal € 1.000,- per jaar	D.9.
Medisch specialistische zorg		D.1.
Besnijden medisch noodzakelijk	100%	D.1.5.2.a.
Besnijden op andere gronden	maximaal € 150,-	D.1.5.2.b.
Vervangen van borstprothese	100%	D.1.9.
Correctie van bovenoogleden bij ernstige gezichtsveldbeperking (tenminste 50% van de pupil is bedekt)	100% als u van ons toestemming hebt gekregen	D.1.6.
Correctie van de oorstand (flaporen)	100%	D.1.3.
Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)	zie onder "Hulpmiddelenzorg"	
Behandeling tegen snurken	100%	D.1.8.
Sterilisatie	100%	D.1.1.
Sterilisatie, ongedaan maken	100%	D.1.2.
Mondzorg		D.8.
Bijdragen voor uitneembare, volledige gebitsprothesen	maximaal € 200,- per jaar voor verzekerden vanaf 18 jaar	D.8.3.2.b.
Kronen, bruggen en inlays (codes die beginnen met "R")	maximaal € 500,- per jaar voor verzekerden tot 18 jaar	D.8.2.
Orthodontie (gebitsregulatie):		D.8.1. en D.8.5.
- Voor verzekerden tot 18 jaar	80% tot maximaal € 1.750,- in de totale looptijd van uw verzekering	
Overige therapieën		D.12.
Stottherapie:		D.12.1.
- Therapiekosten	100%	D.12.1.2.a.
Voetbehandeling in de volgende gevallen:	maximaal € 150,- per jaar	
- bij reumatoïde artritis (door podotherapeut, pedicure "RV" of medisch pedicure)		D.12.4. en D.12.5.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
- bij ernstige bloedvatproblemen in de benen (door podotherapeut)		D.12.4.
Voetbehandeling in andere gevallen (door podotherapeut of podoloog)	maximaal € 150,- per jaar	D.12.3.
Paramedische zorg		D.5.
Fysiotherapie en oefentherapie	maximaal 27 behandelingen per jaar	D.5.1.
Screening voorafgaand aan behandelingen fysiotherapie of oefentherapie door fysiotherapeut of oefentherapeut	100%	D.5.1.
Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	maximaal 2 uur per jaar bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering	D.5.2.
Instructie en begeleiding voor mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie ondergaan	maximaal 2 uur per jaar	D.5.3.
Dieetadvisering	maximaal 3 behandeluren per jaar bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering	D.5.4.
Preventie		D.2.
Gezondheids cursussen en beweegprogramma's:		D.2.8.
- Cursus of programma algemeen	maximaal € 150,- per jaar	D.2.8.2.a.
- Cursus of programma i.v.m. zwangerschap	maximaal € 200,- per jaar	D.2.8.2.b.
Consulten voor vrouwen	maximaal € 200,- per jaar	D.2.5.2.a.
Preventieve onderzoeken:	maximaal € 150,- per jaar voor onderstaande zorg samen	D.2.2.
- Onderzoek hart en bloedvaten	100%, eenmaal per jaar	D.2.2.2.a.1
- Onderzoek naar arbeidsbelemmerende aandoeningen	100%, eenmaal per jaar	D.2.2.2.b.
Preventieve inenting en preventieve geneesmiddelen i.v.m. een vakantiereis	maximaal € 250,- per jaar	D.2.3.2.e.
Sportmedisch advies	maximaal € 100,- per jaar	D.2.6.
Voedingsadvies	maximaal € 200,- per jaar	D.2.7.
Verblijf en vervoer		D.13.
Reiskosten ouders:	maximaal € 200,- per jaar voor onderstaande zorg samen	D.13.11.
- openbaar vervoer 2e klasse	100%	
- eigen vervoer	€ 0,19 per gereden kilometer	
Eigen bijdrage hospice	maximaal € 30,- per dag tot maximaal € 1.000,- per jaar	D.13.7.
Herstellingsoord	maximaal € 1.000,- per jaar	D.13.6.
Kinderopvang	maximaal € 200,- per gezin per jaar vanaf de tiende opnamedag	D.13.9.
Logeerkosten:		D.13.2.
- Logeerhuis	maximaal € 200,- per jaar	D.13.2.2.a.
- Mappo Mondo huis	maximaal € 200,- per jaar	D.13.2.2.b.
- Verblijf in een oncologisch ziekenhuis	maximaal € 1.000,- per jaar	D.13.2.2.c.
Therapeutisch kamp	maximaal € 200,- per jaar	D.13.1
Zittend ziekenvervoer:		D.13.5.
- Eigen bijdrage van de hoofdverzekering	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.13.5.2.a.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
- Eigen vervoer per huurauto of eigen auto	€ 0,19 per kilometer	D.13.5.2.b. en d.
- Taxivervoer	100% van het afgesproken tarief als de taxivervoerder gecontracteerd is; 100% van het marktconforme tarief als de taxivervoerder niet door ons gecontracteerd is	D.13.5.2.c.
Zwangerschap, bevalling en kraamzorg		D.11.
Couveuse nazorg	maximaal 15 uur	D.11.5.
Eigen bijdrage bevalling in ziekenhuis zonder medische noodzaak	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.11.2.2.b.
Eigen bijdrage kraamzorg	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.11.2.2.a.
Extra kraamzorg	maximaal 5 extra dagen met een maximum van 3 uur per dag bovenop de vergoeding van de hoofdverzekering	D.11.4.
Kraamzorg bij adoptie	maximaal 3 uur per dag gedurende maximaal 3 dagen	D.11.8.
Kraamzorg na ziekenhuisopname	maximaal 15 uur	D.11.6.
Lactatiekundige zorg	maximaal € 200,- per jaar	D.11.9.
Prenatale screening, medisch niet noodzakelijk voor vrouwen tot 36 jaar	100%	D.11.11.
TENS bij bevalling	100% gedurende 6 weken, vergoeding in bruikleen	D.11.10.
Afwijkende voorwaarden		C.12.
Meegroeiservice		C.12.2.b.11.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

aanvullende verzekering Delta Lloyd Comfort (modelnummer: 6700106) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering Delta Lloyd Comfort

De percentages (%) in dit overzicht zijn gebaseerd op de vaste wettelijke of marktconforme tarieven. Zie hiervoor:

- artikel 4. van de Toelichting Vergoedingen Overzicht of
- artikel A.21. van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Alternatieve zorg		
D.7.		
Alternatieve zorg:	maximaal € 1.000,- per jaar voor onderstaande zorg samen	
- Alternatieve behandelingen	maximaal € 45,- per behandeldag	D.7.1.
- Alternatieve geneesmiddelen	100%	D.7.2.
Buitenlandzorg		
D.14.		
Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland, bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering:	maximaal 365 dagen aaneengesloten weg uit Nederland / uw woonland	D.14.1.
- Buiten Nederland / uw woonland	100% van het gedeclareerde tarief	D.14.1.2.a.
- Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar	maximaal € 250,- per jaar	D.14.1.2.b.
- Vervoer van stoffelijk overschot	maximaal € 6.000,-	D.14.1.2.f.
- Toezending van geneesmiddelen	100%	D.14.1.2.g.
- Telecommunicatiekosten	maximaal € 350,- per jaar	D.14.1.2.h.
- Reisarts	100%	D.14.1.2.i.
- Repatriëring van zieke verzekerde	100%	D.14.1.2.c.
Geestelijke gezondheidszorg		
D.6.		
Eerstelijns psychologische zorg:		
- Eigen bijdrage van de hoofdverzekering	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.6.2.2.a.
Herstel & Balans	maximaal € 1.500,- per behandelprogramma	D.6.1.
Traumaverwerking	100%	D.6.5.
Geneesmiddelen		
D.3.		
Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar	maximaal € 200,- per jaar	D.3.5.
Eigen bijdrage anticonceptie geneesmiddelen (GVS) voor verzekerden tot 21 jaar	100% van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.3.2.2.a.
Eigen bijdrage geneesmiddelen (GVS)	maximaal € 200,- per jaar van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.3.2.2.b.
Overige geneesmiddelen	maximaal € 200,- per jaar	D.3.4.
Huidtherapieën		
D.10.		
Acnebehandeling	maximaal € 400,- per jaar	D.10.3.
Camouflagetherapie	maximaal € 400,- per jaar	D.10.4.
Ontharing	maximaal € 1.500,- per jaar	D.10.2.
UV-B lichtapparatuur	maximaal € 1.500,- per jaar	D.10.1.
Hulpmiddelenzorg		
D.4.		

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Aanvullende vergoeding medische hulpmiddelen	maximaal € 1.500,- per jaar van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.4.1.2.a.
Anticonceptie hulpmiddelen	zie onder "Geneesmiddelen"	
Gezichtshulpmiddelen en gezichtsscherptebehandelingen samen:	maximaal € 150,- per 2 jaar	
- Gezichtshulpmiddelen (brillenglazen, contactlenzen en/of monturen)		D.4.7.
- Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)		D.1.4.
Hoofdbedekking anders dan een pruik	maximaal € 75,- per jaar	D.4.4.2.b.
Persoonsalarmering	100%	D.4.16.
Plaswekker:		D.4.6.
- Bij koop	100% voor verzekerden van 7 - 18 jaar	D.4.6.2.a.
- Bij huur	100%, maximaal 90 aaneengesloten dagen voor verzekerden van 7 - 18 jaar	D.4.6.2.b.
Braces en bandages	maximaal € 150,- per jaar	D.4.18.
Steunzolen of hulpmiddelen voetbehandeling	maximaal € 200,- per jaar	D.4.8. en D.4.9.
Thuisbewakingsmonitor	100% maximaal 12 maanden, vergoeding in bruikleen	D.4.10.
Kuurbehandeling		D.9.
Kuurbehandeling	maximaal € 1.500,- per jaar	D.9.
Medisch specialistische zorg		D.1.
Besnijdenis medisch noodzakelijk	100%	D.1.5.2.a.
Besnijdenis op andere gronden	maximaal € 200,-	D.1.5.2.b.
Vervangen van borstprothese	100%	D.1.9.
Correctie van bovenoogleden bij ernstige gezichtsveldbeperking (tenminste 50% van de pupil is bedekt)	100% als u van ons toestemming hebt gekregen	D.1.6.
Correctie van de oorstand (flaporen)	100%	D.1.3.
Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)	zie onder "Hulpmiddelenzorg"	
Behandeling tegen snurken	100%	D.1.8.
Sterilisatie	100%	D.1.1.
Sterilisatie, ongedaan maken	100%	D.1.2.
Mondzorg		D.8.
Bijdragen voor uitneembare, volledige gebitsprothesen	maximaal € 200,- per jaar voor verzekerden vanaf 18 jaar	D.8.3.2.b.
Kronen, bruggen en inlays (codes die beginnen met "R")	maximaal € 500,- per jaar voor verzekerden tot 18 jaar	D.8.2.
Orthodontie (gebitsregulatie):		D.8.1. en D.8.5.
- Voor verzekerden tot 18 jaar	80% tot maximaal € 2.250,- in de totale looptijd van uw verzekering	
Overige therapieën		D.12.
Obesitas behandeling	maximaal € 500,- gedurende de gehele periode dat u bij ons hiervoor verzekerd bent	D.12.2.
Stottertherapie:		D.12.1.
- Therapiekosten	100%	D.12.1.2.a.
Voetbehandeling in de volgende gevallen:	maximaal € 500,- per jaar	

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
- bij reumatoïde artritis (door podotherapeut, pedicure "RV" of medisch pedicure)		D.12.4. en D.12.5.
- bij ernstige bloedvatproblemen in de benen (door podotherapeut)		D.12.4.
Voetbehandeling in andere gevallen (door podotherapeut of podoloog)	maximaal € 150,- per jaar	D.12.3.
Paramedische zorg		D.5.
Fysiotherapie en oefentherapie	maximaal 36 behandelingen per jaar	D.5.1.
Screening voorafgaand aan behandelingen fysiotherapie of oefentherapie door fysiotherapeut of oefentherapeut	100%	D.5.1.
Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	maximaal 2 uur per jaar bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering	D.5.2.
Instructie en begeleiding voor mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie ondergaan	maximaal 2 uur per jaar	D.5.3.
Dieetadvisering	maximaal 4 behandelingen per jaar bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering	D.5.4.
Preventie		D.2.
Contributie patiëntenvereniging	100%	D.2.9.
Gezondheids cursussen en beweegprogramma's:		D.2.8.
- Cursus of programma algemeen	maximaal € 200,- per jaar	D.2.8.2.a.
- Cursus of programma i.v.m. zwangerschap	maximaal € 200,- per jaar	D.2.8.2.b.
Consulten voor vrouwen	maximaal € 200,- per jaar	D.2.5.2.a.
Preventieve onderzoeken:	maximaal € 200,- per jaar voor onderstaande zorg samen	D.2.2.
- Onderzoek hart en bloedvaten	100%, eenmaal per jaar	D.2.2.2.a.1
- Onderzoek naar arbeidsbelemmerende aandoeningen	100%, eenmaal per jaar	D.2.2.2.b.
Preventieve inentingen en preventieve geneesmiddelen i.v.m. een vakantie reis	100%	D.2.3.2.e.
Sportmedisch advies	maximaal € 150,- per jaar	D.2.6.
Voedingsadvies	maximaal € 200,- per jaar	D.2.7.
Verblijf en vervoer		D.13.
Reiskosten ouders:	maximaal € 200,- per jaar voor onderstaande zorg samen	D.13.11.
- openbaar vervoer 2e klasse	100%	
- eigen vervoer	€ 0,19 per gereden kilometer	
Eigen bijdrage hospice	maximaal € 30,- per dag tot maximaal € 1.500,- per jaar	D.13.7.
Herstellingsoord	maximaal € 1.500,- per jaar	D.13.6.
Kinderopvang	maximaal € 200,- per gezin per jaar vanaf de tiende opnamedag	D.13.9.
Logeerkosten:		D.13.2.
- Logeershuis	maximaal € 200,- per jaar	D.13.2.2.a.
- Mappo Mondo huis	maximaal € 200,- per jaar	D.13.2.2.b.
- Verblijf in een oncologisch ziekenhuis	maximaal € 1.500,- per jaar	D.13.2.2.c.
Therapeutisch kamp	maximaal € 200,- per jaar	D.13.1
Zittend ziekenvervoer:		D.13.5.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
- Eigen bijdrage van de hoofdverzekering	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.13.5.2.a.
- Eigen vervoer per huurauto of eigen auto	€ 0,19 per kilometer	D.13.5.2.b. en d.
- Taxivervoer	100% van het afgesproken tarief als de taxivervoerder gecontracteerd is; 100% van het marktconforme tarief als de taxivervoerder niet door ons gecontracteerd is	D.13.5.2.c.
Zwangerschap, bevalling en kraamzorg		D.11.
Couveuse nazorg	maximaal 15 uur	D.11.5.
Eigen bijdrage bevalling in ziekenhuis zonder medische noodzaak	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.11.2.2.b.
Eigen bijdrage kraamzorg	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.11.2.2.a.
Extra kraamzorg	maximaal 5 extra dagen met een maximum van 3 uur per dag bovenop de vergoeding van de hoofdverzekering	D.11.4.
Kraamzorg bij adoptie	maximaal 3 uur per dag gedurende maximaal 3 dagen	D.11.8.
Kraamzorg na ziekenhuisopname	maximaal 15 uur	D.11.6.
Lactatiekundige zorg	maximaal € 200,- per jaar	D.11.9.
Prenatale screening, medisch niet noodzakelijk voor vrouwen tot 36 jaar	100%	D.11.11.
TENS bij bevalling	100% gedurende 6 weken, vergoeding in bruikleen	D.11.10.
Afwijkende voorwaarden		C.12.
Meegroeiservice		C.12.2.b. 11.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

aanvullende verzekering Delta Lloyd Top (modelnummer: 6700107) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering Delta Lloyd Top

De percentages (%) in dit overzicht zijn gebaseerd op de vaste wettelijke of marktconforme tarieven. Zie hiervoor:

- artikel 4. van de Toelichting Vergoedingen Overzicht of
- artikel A.21. van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Alternatieve zorg		
D.7.		
Alternatieve zorg:	maximaal € 1.500,- per jaar voor onderstaande zorg samen	
- Alternatieve behandelingen	maximaal € 50,- per behandeldag	D.7.1.
- Alternatieve geneesmiddelen	100%	D.7.2.
Buitenlandzorg		
D.14.		
Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland, bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering:	maximaal 365 dagen aaneengesloten weg uit Nederland / uw woonland	D.14.1.
- Buiten Nederland / uw woonland	100% van het gedeclareerde tarief	D.14.1.2.a.
- Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar	maximaal € 250,- per jaar	D.14.1.2.b.
- Vervoer van stoffelijk overschot	maximaal € 6.000,-	D.14.1.2.f.
- Toezending van geneesmiddelen	100%	D.14.1.2.g.
- Telecommunicatiekosten	maximaal € 350,- per jaar	D.14.1.2.h.
- Reisarts	100%	D.14.1.2.i.
- Repatriëring van zieke verzekerde	100%	D.14.1.2.c.
Geestelijke gezondheidszorg		
D.6.		
Eerstelijns psychologische zorg:		
- Extra zittingen bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering	maximaal € 1.000,- per jaar	D.6.2.2.b.
- Eigen bijdrage van de hoofdverzekering	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.6.2.2.a.
Herstel & Balans	100%	D.6.1.
Traumaverwerking	100%	D.6.5.
Geneesmiddelen		
D.3.		
Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar	maximaal € 200,- per jaar	D.3.5.
Eigen bijdrage geneesmiddelen (GVS)	100% van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.3.2.
Overige geneesmiddelen	100%	D.3.4.
Huidtherapieën		
D.10.		
Acnebehandeling	maximaal € 500,- per jaar	D.10.3.
Camouflagetherapie	100%	D.10.4.
Ontharing	100%	D.10.2.
UV-B lichtapparatuur	100%	D.10.1.
Hulpmiddelenzorg		
D.4.		
Aanvullende vergoeding medische hulpmiddelen	100% van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.4.1.2.a.
Anticonceptie hulpmiddelen	zie onder "Geneesmiddelen"	

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Gezichtshulpmiddelen en gezichtsscherptebehandelingen samen: - Gezichtshulpmiddelen (brillenglazen, contactlenzen en/of monturen) - Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)	maximaal € 750,- per 2 jaar	D.4.7. D.1.4.
Hoofdbedekking anders dan een pruik	maximaal € 75,- per jaar	D.4.4.2.b.
Persoonsalarmering	100%	D.4.16.
Plaswekker:		D.4.6.
- Bij koop	100% voor verzekerden van 7 - 18 jaar	D.4.6.2.a.
- Bij huur	100%, maximaal 90 aaneengesloten dagen voor verzekerden van 7 - 18 jaar	D.4.6.2.b.
Braces en bandages	maximaal € 150,- per jaar	D.4.18.
Steunzolen of hulpmiddelen voetbehandeling	100%	D.4.8. en D.4.9.
Thuisbewakingsmonitor	100% maximaal 12 maanden, vergoeding in bruikleen	D.4.10.
Kuurbehandeling		D.9.
Kuurbehandeling	100%	D.9.
Medisch specialistische zorg		D.1.
Besnijdenis (circumcisie)	100%	D.1.5.
Vervangen van borstprothese	100%	D.1.9.
Cosmetische behandelingen	maximaal € 1.500,- gedurende de looptijd van de verzekering	D.1.7.
Correctie van bovenoogleden bij ernstige gezichtsveldbeperking (tenminste 50% van de pupil is bedekt)	100% als u van ons toestemming hebt gekregen	D.1.6.
Correctie van de oorstand (flaporen)	100%	D.1.3.
Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)	zie onder "Hulpmiddelenzorg"	
Behandeling tegen snurken	100%	D.1.8.
Sterilisatie	100%	D.1.1.
Sterilisatie, ongedaan maken	100%	D.1.2.
Mondzorg		D.8.
Bijdragen voor uitneembare, volledige gebitsprothesen	maximaal € 200,- per jaar voor verzekerden vanaf 18 jaar	D.8.3.2.b.
Kronen, bruggen en inlays (codes die beginnen met "R")	maximaal € 500,- per jaar voor verzekerden tot 18 jaar	D.8.2.
Orthodontie (gebitsregulatie):		D.8.1. en D.8.5.
- Voor verzekerden tot 18 jaar	100%	
- Voor verzekerden vanaf 18 jaar	100% tot maximaal € 1.500,- in de totale looptijd van uw verzekering	
Overige therapieën		D.12.
Obesitas behandeling	maximaal € 500,- gedurende de gehele periode dat u bij ons hiervoor verzekerd bent	D.12.2.
Stottertherapie:		D.12.1.
- Therapiekosten	100%	D.12.1.2.a.
Voetbehandeling in de volgende gevallen:	100%	
- bij reumatoïde artritis (door podotherapeut, pedicure "RV" of medisch pedicure)		D.12.4. en D.12.5.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
- bij ernstige bloedvatproblemen in de benen (door podotherapeut)		D.12.4.
Voetbehandeling in andere gevallen (door podotherapeut of podoloog)	maximaal € 150,- per jaar	D.12.3.
Paramedische zorg		D.5.
Fysiotherapie en oefentherapie	100%	D.5.1.
Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	maximaal 2 uur per jaar bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering	D.5.2.
Instructie en begeleiding voor mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie ondergaan	maximaal 2 uur per jaar	D.5.3.
Dieetadvisering	100%	D.5.4.
Preventie		D.2.
Contributie patiëntenvereniging	100%	D.2.9.
Gezondheids cursussen en beweegprogramma's:		D.2.8.
- Cursus of programma algemeen	100%	D.2.8.2.a.
- Cursus of programma i.v.m. zwangerschap	maximaal € 200,- per jaar	D.2.8.2.b.
Consulten voor vrouwen	maximaal € 200,- per jaar	D.2.5.2.a.
Preventieve onderzoeken:	maximaal € 250,- per jaar voor onderstaande zorg samen	D.2.2.
- Onderzoek hart en bloedvaten	100%, eenmaal per jaar	D.2.2.2.a.1
- Onderzoek naar arbeidsbelemmerende aandoeningen	100%, eenmaal per jaar	D.2.2.2.b.
Preventieve inentingen en preventieve geneesmiddelen i.v.m. een vakantiereis	100%	D.2.3.2.e.
Sportmedisch advies	maximaal € 200,- per jaar	D.2.6.
Voedingsadvies	maximaal € 200,- per jaar	D.2.7.
Verblijf en vervoer		D.13.
Reiskosten ouders:	maximaal € 200,- per jaar voor onderstaande zorg samen	D.13.11.
- openbaar vervoer 2e klasse	100%	
- eigen vervoer	€ 0,19 per gereden kilometer	
Herstellingsoord	100%	D.13.6.
Eigen bijdrage hospice	maximaal € 30,- per dag	D.13.7.
Kinderopvang	maximaal € 200,- per gezin per jaar vanaf de tiende opnamedag	D.13.9.
Logeerkosten:		D.13.2.
- Logeerhuis	maximaal € 200,- per jaar	D.13.2.2.a.
- Mappo Mondo huis	maximaal € 200,- per jaar	D.13.2.2.b.
- Verblijf in een oncologisch ziekenhuis	100%	D.13.2.2.c.
Ondersteuning thuissituatie:		
- Bij chronische ziekte	maximaal € 1.000,- per jaar	D.13.8.2.a.
- Na ziekenhuisverblijf	maximaal € 1.000,- per jaar	D.13.8.2.b.
Therapeutisch kamp	maximaal € 200,- per jaar	D.13.1
Zittend ziekenvervoer:		D.13.5.
- Eigen bijdrage van de hoofdverzekering	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.13.5.2.a.
- Eigen vervoer per huurauto of eigen auto	€ 0,24 per kilometer	D.13.5.2.b. en d.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
- Taxivervoer	100% van het afgesproken tarief als de taxivervoerder gecontracteerd is; 100% van het marktconforme tarief als de taxivervoerder niet door ons gecontracteerd is	D.13.5.2.c.
Zwangerschap, bevalling en kraamzorg		D.11.
Couveuse nazorg	maximaal 15 uur	D.11.5.
Eigen bijdrage bevalling in ziekenhuis zonder medische noodzaak	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.11.2.2.b.
Eigen bijdrage kraamzorg zonder medische noodzaak	100% vergoeding van het bedrag dat u volgens de hoofdverzekering zelf moet betalen	D.11.2.2.a.
Extra kraamzorg	maximaal 5 extra dagen met een maximum van 3 uur per dag bovenop de vergoeding van de hoofdverzekering	D.11.4.
Kraamzorg bij adoptie	maximaal 3 uur per dag gedurende maximaal 3 dagen	D.11.8.
Kraamzorg na ziekenhuisopname	maximaal 15 uur	D.11.6.
Lactatiekundige zorg	maximaal € 200,- per jaar	D.11.9.
Prenatale screening, medisch niet noodzakelijk voor vrouwen tot 36 jaar	100%	D.11.11.
TENS bij bevalling	100% gedurende 6 weken, vergoeding in bruikleen	D.11.10.
Afwijkende voorwaarden		C.12.
Meegroeiservice		C.12.2.b. 11.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Toelichting Vergoedingen Overzicht (modelnummer: 004) versie 1

1. Inleiding

In dit overzicht staat welke behandelingen en diensten u vergoed krijgt volgens uw verzekering(en). Op uw polis staat welke verzekering(en) u hebt afgesloten.

Uw rechten en plichten en onze rechten en plichten staan:

- op uw polis én
- in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen én
- op het Vergoedingen Overzicht.

In deze Toelichting Vergoeding Overzicht geven wij in het kort algemene informatie over wat u moet doen om uw behandelingen of andere zorg daadwerkelijk vergoed te krijgen. Hoe zit het met uw vergoeding als u een eigen risico hebt? Hoe staat het met de eigen bijdrage? Hoe en volgens welk tarief vergoeden wij uw rekening? Aan welke voorwaarden moet u verder voldoen om zorg vergoed te krijgen? Hebt u na het lezen van deze algemene informatie nog vragen, dan kunt u contact met ons opnemen. Ook op onze website vindt u informatie over allerlei onderwerpen. Via deze site kunt u ook een e-mail sturen.

Deze Toelichting Vergoedingen Overzicht bevat geen rechten of plichten.

De Toelichting Verzekeringsvoorwaarden geeft uitleg over onderdelen van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen; deze bevat ook geen rechten of plichten.

2. Wat moet u doen om zorg vergoed te krijgen?

Er zijn verschillende manieren waarop u zorg vergoed kunt krijgen.

De zorgverlener (behandelaar of leverancier) stuurt de rekening naar ons

Wij hebben met veel zorgverleners afgesproken dat zij hun nota's niet naar u, maar rechtstreeks naar ons sturen. Wij vergoeden de rekening direct aan hen. Tussenkost van u is niet nodig.

Het kan zijn dat wij de zorgverlener meer betalen dan het bedrag waar u volgens uw verzekering(en) recht op hebt. Bijvoorbeeld als voor een behandeling een eigen bijdrage geldt. Als dat zo is, sturen wij u een bericht dat wij teveel hebben betaald (zie uitleg bij artikel 3.). U ontvangt later een rekening van ons.

De zorgverlener stuurt de rekening naar u

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Bent u behandeld door een zorgverlener met wie wij geen afspraken hebben gemaakt, dan stuurt deze zorgverlener de rekening direct naar u. U betaalt deze rekening eerst helemaal zelf aan de zorgverlener. Daarna stuurt u de originele rekening (geen kopie!) naar ons op. U hebt daarvoor een notabegeleidingsformulier (declaratieformulier) van ons gekregen.

Als wij uw nota hebben ontvangen, kijken wij op welk bedrag u volgens uw verzekering(en) recht hebt. Dit bedrag maken wij dan op uw (bank)rekening over. Het kan zijn dat u niet het volledige bedrag van ons vergoed krijgt. Bijvoorbeeld als voor de behandeling een eigen bijdrage geldt (zie uitleg bij artikel 3.). Als u recht hebt op een volledige vergoeding kunnen wij, als u dat wilt, ook rechtstreeks aan de zorgverlener betalen.

Wij sturen u een bericht waarin staat wat wij betalen en op welke (bank)rekening wij dit overmaken. Ook sturen wij u een nieuw notabegeleidingsformulier toe. Dit kunt u gebruiken als u een volgende rekening opstuurt.

3. Als wij zorg niet helemaal vergoeden

Sommige behandelingen krijgt u niet helemaal vergoed. U moet een gedeelte zelf betalen. Als dat zo is, staat dit op uw Vergoedingen Overzicht.

Als uw zorgverlener ons een rekening stuurt dan betalen wij deze voor 100% aan de zorgverlener. Wij sturen u daarna een rekening van het gedeelte dat u zelf moet betalen.

Als u ons zelf een rekening stuurt dan vergoeden wij daarvan dat deel, waar u volgens uw Vergoedingen Overzicht recht op hebt. Deze gedeeltelijke vergoeding betalen wij altijd aan u en niet aan de zorgverlener. U moet dan zelf het hele bedrag aan de zorgverlener betalen.

Eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor zorg die vergoed wordt uit de hoofdverzekering.

Alle vergoedingen uit de hoofdverzekering kunnen dus verrekend worden als u nog eigen risico hebt openstaan. Het eigen risico wordt alleen verminderd met het bedrag dat u vergoed zou krijgen. Het eigen risico wordt dus niet verminderd met de eigen bijdragen.

Vergoedingen uit uw aanvullende verzekering worden niet verrekend met het eigen risico.

Gedeeltelijke vergoeding

Bij een gedeeltelijke vergoeding staat in uw Vergoedingen Overzicht bijvoorbeeld dat wij een behandeling voor 80% vergoeden tot een maximum van € 500,- per jaar. Dit betekent dat wij uw nota's steeds voor 80% vergoeden, tot het moment dat wij in dat jaar € 500,- hebben betaald. De rest van dat jaar vergoeden wij die behandeling niet meer. Per 1 januari van het volgende jaar krijgt u weer 80% vergoed als u op dezelfde manier verzekerd blijft en als de vergoeding niet is veranderd.

Eénmalige vergoeding

Het kan zijn dat wij in de totale looptijd van de verzekering één maximum bedrag vergoeden. In uw Vergoedingen Overzicht staat dan bijvoorbeeld dat wij maximaal € 1.000,- vergoeden in de totale looptijd van uw verzekering. Deze éénmalige vergoeding geldt voor de hele periode dat u bij ons verzekerd bent. Wij vergoeden uw rekeningen in dit geval tot die € 1.000,-. Hierna vergoeden wij de rekeningen voor deze behandelingen niet meer, ook niet als uw verzekering doorloopt of als u kiest voor een andere (aanvullende) verzekering.

4. Tarieven

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

In uw Vergoedingen Overzicht staat op hoeveel vergoeding u recht hebt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat u uw rekening helemaal vergoed krijgt. Er kan namelijk verschil zijn tussen het bedrag van de rekening en het vergoedingstarief. Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling. Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

a. Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij tarieven hebben afgesproken voor die betreffende behandeling?

Wij vergoeden de behandeling volgens het afgesproken tarief (dit is het gecontracteerde tarief).

b. Zorgverzekering Natura verlaagd tarief (75%)

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten?

Bij de Zorgverzekering Natura verlagen wij de vergoeding met 25%. Wij vergoeden dus 75% van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij 75% van het marktconforme tarief (dit is het gemiddelde gecontracteerde tarief).

c. Volledig tarief (100%)

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? Wij vergoeden dan het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij het volledige marktconforme tarief (dit is het gemiddelde gecontracteerde tarief).

Voor de Zorgverzekering Natura geldt dit alleen als:

- 1) u de zorg die u nodig hebt niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of
- 2) u de zorg die u nodig hebt alleen op grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten; of
- 3) de zorg die u nodig hebt niet in uw nabijheid of woonplaats op een kwalitatief verantwoorde manier kan worden geboden; of
- 4) u acute zorg nodig hebt, die niet kan worden uitgesteld. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze acute zorg. Bij acute zorg is geen verwijzing vereist; of
- 5) u van ons een akkoordverklaring hebt gekregen voor zorg door een zorgverlener, leverancier of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

d. Gedecclareerde tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En hebben wij voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) ook geen afspraken gemaakt met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen? Wij vergoeden dan het gedecclareerde tarief. Dat zijn ten hoogste de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt; meer vergoeden wij nooit.

5. Voorwaarden voor vergoeding

Om recht te hebben op een vergoeding moet aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Uw Vergoedingen Overzicht verwijst naar het artikelnummer van de Verzekeringsvoorwaarden dat voor die betreffende zorg geldt. Twee voorwaarden die vaak voorkomen, zijn:

- a. De zorgverlener die u behandelt, moet door ons erkend zijn;
- b. Voordat de behandeling start, moeten wij u een akkoordverklaring hebben gegeven.

Een erkende zorgverlener

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2011

Het is belangrijk dat een zorgverlener goed is opgeleid en voldoende kennis op zijn vakgebied heeft. Soms herkent u zo'n zorgverlener aan zijn titel (arts of medisch specialist). In andere gevallen is een zorgverlener of zorginstelling erkend door de overheid of door ons. Onze medewerkers kunnen u vertellen of een zorgverlener wel of niet erkend is. U kunt erkende zorgverleners ook opzoeken op onze website.

Akkoordverklaring vooraf

Voor sommige behandelingen is het voor u moeilijk om vast te stellen of u in aanmerking komt voor een vergoeding. Wij geven dan aan dat u vooraf een akkoordverklaring moet aanvragen, om teleurstellingen achteraf te voorkomen. Hiervoor stuurt u ons:

- a. een verwijfsbrief of aanvraag met een motivatie van de huisarts, medisch specialist of tandarts die u behandelt;
- b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Soms vragen wij nog nadere informatie. Pas nadat u van ons de akkoordverklaring hebt gekregen, mag de zorg voor rekening van uw zorgverzekering komen.

6. Hoe gebruikt u dit Vergoedingen Overzicht?

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit drie kolommen:

Wat krijgt u vergoed:

In deze kolom staan de behandelingen en diensten die wij vergoeden.

Hoeveel krijgt u vergoed:

In deze kolom staat hoeveel wij maximaal per verzekerde vergoeden, tenzij anders is vermeld.

Voorwaarden:

In deze kolom staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de zorg vergoed te krijgen.

In het Vergoedingen Overzicht kunnen wij verwijzen naar verschillende reglementen. U kunt deze reglementen bekijken op onze website of bij ons opvragen.