

Expat Pakket Individueel Ziektekosten Verenigde Staten Excellent

Aanvullende Voorwaarden

Informatie voor de klant

Belangrijk

Deze Aanvullende Voorwaarden Ziektekosten Verenigde Staten Excellent vormen één geheel met de Algemene Voorwaarden van het Expat Pakket Individueel. De Algemene Voorwaarden zijn op het hele Expat Pakket Individueel van toepassing. In deze Aanvullende Voorwaarden vindt u de voorwaarden die speciaal voor de verzekering Ziektekosten Verenigde Staten Excellent gelden. U ziet op uw polis welke verzekeringen u heeft afgesloten. Als er Bijzondere Voorwaarden van toepassing zijn, vindt u deze op uw polis.

Deze voorwaarden zijn officieel goedgekeurd door overheidsinstelling Centers for Medicare & Medicaid Services in de Verenigde Staten.

Wij zijn...

Geert Bouwmeester was pas 22 toen hij in 1924 voor zichzelf begon. Een overloop werd ingericht als kantoorruimte en de eerste polissen werden op de fiets rondgebracht. Sindsdien is ons bedrijf enorm gegroeid en is er veel veranderd. Maar ondanks deze groei zijn wij nog steeds een onafhankelijk familiebedrijf en werken we nog steeds vanuit ons ondernemershart.

Verzekeringen voor ondernemers

Wij richten ons vooral op verzekeringen voor ondernemers. Mannen en vrouwen die hard werken aan het succes van hun bedrijf. Die op zoek zijn naar zekerheid en gemak. En naar goede en praktische verzekeringsoplossingen, voor elke fase van hun ondernemerschap.

Onafhankelijke adviseurs

Onze samenleving wordt steeds ingewikkelder. Particulieren en ondernemers hebben behoefte aan iemand die hen kent en een advies geeft dat helemaal is afgestemd op hun persoonlijke situatie, wensen en mogelijkheden. Daarom werken wij nauw samen met onafhankelijke adviseurs, die als geen ander in staat zijn om de juiste oplossing samen te stellen.

Wat vindt u waar?

1.	Wat houdt de verzekering Ziektekosten Verenigde Staten	
	Excellent in?	4
1.1	Wat is verzekerd?	4
1.2	Wat is niet verzekerd?	5
1.3	Wat zijn de algemene afspraken?	5
1.4	Welke premie betaalt u?	5
1.5	Wat zijn de verplichtingen van u en van de verzekerde?	6
2.	Essential Health Benefits	7
2.1	Ziekenhuis	7
2.2	Poliklinische behandelingen (Outpatient)	10
2.3	Revalidatie	12
2.4	Thuiszorg	12
2.5	Geneesmiddelen	14
2.6	Zwangerschap en bevalling	15
2.7	Jeugdzorg (incl. tandheelkunde en oogzorg)	17
2.8	Psychologische zorg of psychiatrische zorg	18
2.9	Preventief	20
2.10	Hulpmiddelen	21
2.11	Paramedische zorg	22
3.	Aanvullende vergoedingen	25
3.1	Kosten van de donor	25
3.2	Paramedische zorg	25
3.3	Second opinion	26
3.4	Ronald McDonaldhuis	26
3.5	Verblijfskosten	26
3.6	Reiskosten bij vrijwillige bevalling in Nederland	26
3.7	Vruchtbaarheidsbehandeling	27
3.8	Sterilisatie	27
3.9	Abortus	27
3.10	Homeopathische geneesmiddelen	28
3.11	Brillenglazen en contactlenzen voor volwassenen	28
3.12	Hoortoestellen voor volwassenen	28
3.13	Kaakorthopedische behandeling	28
3.14	Overvliegen van bloed	29

4.	Hoe werkt het als u ziektekosten heeft gemaakt?	30
4.1	Wat moet een verzekerde doen bij ziektekosten?	30
4.2	Welke informatie hebben wij nodig om een verzekerde te helpen?	31

Begrippenlijst **32**

Ziet u in de voorwaarden een woord onderstreept staan? Dan vindt u een toelichting in de begrippenlijst. De eerste keer dat het woord voorkomt in de tekst, hebben wij dit onderstreept.

1 **Wat houdt de verzekering Ziektekosten Verenigde Staten Excellent in?**

De verzekering Ziektekosten Verenigde Staten Excellent maakt deel uit van het Expat Pakket Individueel. De algemene voorwaarden voor het pakket gelden ook voor deze verzekering. Deze verzekering voldoet aan de Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), ook bekend als "Obamacare".

1.1 **Wat is verzekerd?**

1.1.1 *De verzekerde is verzekerd voor noodzakelijke medisch kosten*

Deze verzekering geeft wereldwijd dekking voor de kosten van noodzakelijke medische zorg. De verzekering biedt dekking conform de in de Verenigde Staten gehanteerde Essential Health Benefits, zie artikel 2. In aanvulling hierop zijn er extra dekkingen die staan in artikel 3. De kosten moeten in overeenstemming zijn met de behandeling die een arts heeft bepaald. Het gaat om kosten die redelijk en gebruikelijk zijn. De verzekerde voldoet hier in elk geval aan als de zorg met tussenkomst van GMMI wordt afgenomen.

Als u voor een (poli)klinische behandeling in een ziekenhuis in de V.S. geen gebruik maakt van het netwerk van GMMI dan vergoeden wij maximaal 80% van de kosten en bij een bevalling 50% van de kosten. Dit geldt alleen als u in staat was om vooraf contact op te nemen met de alarmcentrale en niet bij een spoedgeval. Het telefoonnummer is 001 800 694 9832 .

GMMI kan u ook helpen met het vinden van een geschikte arts of een geschikt ziekenhuis. Op www.gmmi.com staat met welke ziekenhuizen en artsen zij samenwerken.

1.1.2 *Soms is een verzekerde verplicht om een Nederlandse basisverzekering te hebben*

Is een verzekerde verplicht om een Nederlandse basisverzekering te hebben? Dan kunt u voor deze verzekerde bij ons een secundaire dekking afsluiten. De secundaire dekking is een aanvulling op de Nederlandse basisverzekering. Wij vergoeden dan de kosten die de Nederlandse basisverzekering niet vergoedt. Deze kosten moeten natuurlijk wel onder deze verzekering verzekerd zijn.

1.1.3 *De verzekerde is soms nog tijdelijk verzekerd na definitieve terugkeer*

Keert de verzekerde definitief terug naar Nederland dan moet die direct een Nederlandse zorgverzekering aanvragen, dit kan ook met terugwerkende kracht. Als de verzekerde terugkeert met zware blijvende zorgvraag komt hij in aanmerking voor zorg op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz). Maar hij kan te maken krijgen met een wachttijd voor Wlz-zorg in Nederland. Afhankelijk van de verzekering en de duur van het verblijf in het buitenland bedraagt de wachttijd maximaal 12 maanden. De Nederlandse zorgverzekeraar beoordeelt of er een wachttijd van toepassing is en wat de duur daarvan is. Tijdens de wachttijd komen de kosten van zorg met verblijf in een Wlz-instelling voor eigen rekening. Wij vergoeden de kosten die voor eigen rekening komen tijdens die eventuele wachttijd van maximaal 12 maanden voor de Wlz-zorg. Deze kosten moeten wel onder de dekking van deze verzekering verzekerd zijn.

1.2 Wat is niet verzekerd?

Wij bieden een ruime dekking. Toch kunnen wij niet alles dekken. Naast de uitsluitingen in de algemene voorwaarden zijn er voor de verzekering Ziektekosten Verenigde Staten Excellent de volgende uitsluitingen.

1.2.1 De verzekerde is niet verzekerd als hij naar de Verenigde Staten verhuist voor een medische behandeling.

Als de verzekerde naar de V.S. verhuist met als doel een medische behandeling ondergaan in de V.S., dan wordt deze medische zorg niet vergoed tenzij we vooraf toestemming hebben gegeven.

1.2.2 Eigen risico per verzekeringsjaar

U leest op uw polisblad hoe hoog het eigen risico is. De verzekerde kan aanspraak maken op een uitkering wanneer de kosten boven dit bedrag uitkomen. Het bedrag aan eigen risico geldt per verzekering per verzekeringsjaar. Als uw opname in een ziekenhuis doorloopt in een volgend verzekeringsjaar, dan is de datum waarop u bent opgenomen bepalend. Wordt de verzekering binnen het jaar gestopt? Dan blijft het eigen risico voor dat gedeeltelijke jaar net zo hoog als voor een volledig jaar.

Het eigen risico geldt voor alle vergoedingen samen. Als wij een claim ontvangen, bekijken wij hoe hoog de vergoeding zou zijn als er geen eigen risico was. Wij trekken van dit bedrag dan het eigen risico af. Als het eigen risico dan nog niet volledig is 'opgebruikt' wordt het resterende deel afgetrokken van latere claims. Er wordt in totaal nooit meer in mindering gebracht dan het eigen risico.

1.2.3 De verzekerde is niet verzekerd na het beëindigen van de verzekering

Maakt u ziektekosten nadat de verzekering is beëindigd? Dan worden deze niet vergoed, ook niet als de gebeurtenis die tot deze kosten heeft geleid, plaatsvond toen u nog wel verzekerd was.

1.3 Wat zijn de algemene afspraken?

1.3.1 U en de verzekerde houden zich aan de voorwaarden bij een vergoeding

Bij sommige vergoedingen staan voorwaarden waaraan moet zijn voldaan. Daarnaast staat er in artikel 1.5 een aantal verplichtingen. Het is belangrijk dat u en de verzekerde zich hieraan houden. Alleen dan is er recht op vergoeding.

1.3.2 Voortzetting van de verzekering

Een verzekerde heeft het recht om de verzekering voort te zetten als de verzekeringnemer de verzekering beëindigt. De verzekerde die voortzetting van de verzekering wil wordt dan zelf verzekeringnemer en de premiebetaler.

1.4 Welke premie betaalt u?

1.4.1 U betaalt een leeftijdsafhankelijke premie

De leeftijd van de oudste verzekerde bepaalt de hoogte van de premie. Voor verzekerden jonger dan 21 jaar geldt een kindpremie. Wordt een verzekerde 21 jaar? Dan betaalt u vanaf het volgende verzekeringsjaar de premie voor volwassenen.

1.5 Wat zijn de verplichtingen van u en van de verzekerde?

1.5.1 U of een verzekerde geeft een opname zo snel mogelijk door

Wordt een verzekerde opgenomen in het ziekenhuis? Dan is het belangrijk dat er vooraf contact wordt opgenomen met GMMI. Wordt een verzekerde met spoed opgenomen? Dan is het belangrijk dat dit zo snel mogelijk wordt meegedeeld aan GMMI, in ieder geval binnen 48 uur.

1.5.2 De verzekerde zorgt voor gespecificeerde nota's

Uit een gespecificeerde nota moeten wij op kunnen maken welke vergoeding wij moeten geven.

1.5.3 De verzekerde laat een verwijzing aan ons zien als wij daarom vragen

Heeft de verzekerde een verwijzing van een arts nodig om een behandeling vergoed te krijgen? Dan moet hij ons die verwijzing laten zien als wij daarom vragen. Let op: in deze voorwaarden staat bij de behandeling vermeld of een verwijzing nodig is. Een verwijzing is niet nodig voor een bezoek aan een verloskundige of gynaecoloog.

1.5.4 De verzekerde werkt mee aan medisch onderzoek

Soms hebben wij bepaalde informatie nodig. Vragen wij de verzekerde om medewerking? Dan is het belangrijk dat de verzekerde ons verder helpt. De verzekerde geeft alle informatie die nodig is en verleent alle medewerking die nodig is. De verzekerde helpt ook bij vragen van onze geneeskundig adviseur of andere medewerkers die vergoedingen controleren. Soms is er medisch onderzoek nodig bij medische evacuatie, opname of dagverpleging. Soms is er ook een medisch onderzoek of een observatie in het ziekenhuis nodig. Ook dan werkt de verzekerde mee. Wij mogen het ziekenhuis uitkiezen. Wij betalen ook voor het onderzoek of de observatie.

1.5.5 De verzekerde moet soms meewerken met een medische repatriëring naar Nederland

Wij mogen bepalen dat een behandeling in Nederland moet plaats vinden. De verzekerde moet dan volledig meewerken met de medische repatriëring. We helpen de verzekerde bij het afsluiten van een basisverzekering en eventueel aanvullende pakketten.

Wat vergoeden we?

De kosten voor de medische repatriëring. En de kosten voor andere verzekerden als zij meereizen naar Nederland.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er is geen verhoogd medisch risico door de medische repatriëring.
- De behandeling zoals die wordt uitgevoerd in Nederland is vergelijkbaar met de behandeling in de Verenigde Staten.
- De verzekerde moet een behandeltraject ondergaan wat is opgesteld door een medisch specialist en waarvan de verwachte duur meer dan 45 dagen is inclusief verpleging. Hieronder valt altijd het behandelen van kanker.

2 Essential Health Benefits

2.1 Ziekenhuis

2.1.1 Opname en dagbehandeling in een ziekenhuis

Wat vergoeden we?

- Kosten van de specialistische behandeling.
- Verpleegkosten. Wij vergoeden de verpleging volgens opname in een standaard ziekenhuiskamer.
- Bijkomende kosten.

Wat is de voorwaarde?

Er is vooraf toestemming van GMMI nodig. In de toestemming kan GMMI aangeven dat er verplicht gebruik gemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, dan kan dit leiden tot een afwijzing of een beperkte vergoeding.

Bij een spoedgeval

Wordt een verzekerde met spoed opgenomen? Dan is het belangrijk dat dit zo snel mogelijk wordt meegedeeld aan GMMI, in ieder geval binnen 48 uur.

Wat vergoeden we niet?

In het geval van psychologische of psychiatrische zorg in een ziekenhuis geldt de vergoeding volgens artikel 2.8.

2.1.2 Ziekenvervoer

Wat vergoeden we?

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance van en naar een ziekenhuis of naar een gespecialiseerde verpleeginrichting (private and skilled duty nursing services).

Wat zijn de voorwaarden?

- We vergoeden alleen de kosten van het vervoer als er sprake is van een medische behandeling die (geheel of gedeeltelijk) door De Goudse wordt vergoed.
- Heeft een bepaalde verzekerde voor een bepaalde medische aandoening vaker dan één keer per verzekeringsjaar ziekenvervoer nodig? Dan is er voorafgaand toestemming nodig.

2.1.3 Opname in een verpleeginrichting

Wat vergoeden we?

De kosten van een opname in een gespecialiseerde verpleeginrichting (private and skilled duty nursing services).

Wat zijn de voorwaarden?

- De medische toestand van de verzekerde vereist dat de verzekerde is opgenomen op een intensive care of coronary care (hartbewaking) afdeling, maar het ziekenhuis heeft deze faciliteiten niet; of

- De intensive care of coronary care afdeling van ziekenhuis kan niet het niveau van de zorg bieden die nodig is voor de medische toestand van de verzekerde;
- De privéverpleegkundige is niet in dienst van het ziekenhuis of de zorgverlener en geen familielid of inwonende van de verzekerde.
 - De kliniek die de medische specialistische verpleging en aanverwante diensten verzorgt staat onder de directe supervisie van een professionele zorgverlener.

Wat vergoeden we niet?

- Vergoeding wordt niet verstrekt voor diensten die door of voor het gemak van de verzekerde of de familie van de verzekerde zijn en waarvoor niet de opleiding, het oordeel, of de technische vaardigheden van een verpleegkundige nodig zijn, hierbij is het niet relevant of er een andere persoon beschikbaar is om dergelijke diensten uit te voeren. (Voorbeelden: baden, voeden, oefeningen doen met en het verplaatsen van de verzekerde, huishoudelijke taken, het geven van medicijnen of dienen als gezelschap of oppas).
- Ambulante privéverpleging.
- Medisch specialistische verplegende diensten gegeven voor minimale zorg, bewarende zorg, ambulante zorg, parttime zorg of zorg of behandeling van psychische ziekte, alcoholisme, drugsgebruik of longtuberculose.

2.1.4 Kaakchirurgische behandeling

Wat vergoeden we?

- Bij opname in het ziekenhuis: verpleegkosten en kosten van de kaakchirurgische behandeling.
- Bij poliklinische behandeling: arbeidsloon van de kaakchirurg voor de behandeling die hij de verzekerde heeft gegeven.
- Bijkomende kosten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als er geen sprake is van opname in het ziekenhuis heeft de verzekerde een verwijzing nodig naar de kaakchirurg. Deze verwijzing komt van een tandarts. De verzekerde moet deze verwijzing laten zien als wij daarom vragen.
- Orthognathic chirurgie is alleen gedekt als de verzekerde een aangeboren afwijking heeft of een afwijking heeft als gevolg van een ongeval tijdens de verzekerde periode.

Wat vergoeden we niet?

Orthognathic chirurgie indien de afwijking niet aangeboren is en ook niet veroorzaakt is door een ongeval.

2.1.5 Nierdialyse in een ziekenhuis

Wat vergoeden we?

De kosten van nierdialyse in een ziekenhuis of polikliniek.

Wat zijn de voorwaarden?

Er is vooraf toestemming van GMMI nodig. In de toestemming kan GMMI aangeven dat er verplicht gebruik gemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, dan kan dit leiden tot een afwijzing of een beperkte vergoeding.

2.1.6 Borstcorrectie

Wat vergoeden we?

- Verpleegkosten. Wij vergoeden de verpleging volgens opname in een standaard ziekenhuiskamer.
- Kosten van de specialistische behandeling.
- Bijkomende kosten.

Wat zijn de voorwaarden?

- De borstcorrectie vindt plaats na een borstamputatie om medische redenen.
- Er is vooraf toestemming van GMMI nodig. In de toestemming kan GMMI aangeven dat er verplicht gebruik gemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, dan kan dit leiden tot een afwijzing of een beperkte vergoeding.

2.1.7 Borstamputatie (preventief)

Wat vergoeden we?

- Verpleegkosten. Wij vergoeden de verpleging volgens opname in een standaard ziekenhuiskamer.
- Kosten van de specialistische behandeling.
- Bijkomende kosten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er is een erfelijk risico op borstkanker.
- Wij hebben vooraf toestemming gegeven.

2.1.8 Maagoperatie met een bypass (Gastric bypass)

Wat vergoeden we?

- Verpleegkosten. Wij vergoeden de verpleging volgens opname in een standaard ziekenhuiskamer.
- Kosten van de specialistische behandeling.
- Bijkomende kosten.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde heeft obesitas. We spreken hiervan bij een BMI van 40 of hoger.
- De verzekerde heeft minimaal 365 dagen onder behandeling gestaan bij een diëtist
- GMMI heeft vooraf toestemming gegeven.

2.2 Poliklinische behandelingen (Outpatient)

2.2.1 Huisarts (of kinderarts)

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden het arbeidsloon van de huisarts voor consulten en visites voor geneeskundige behandeling. Als de onderstaande kosten niet binnen het consulttarief vallen, vergoeden we die ook.

- Kosten van laboratorium- en röntgenonderzoeken.
- Elektrocardiogram.
- Kleine chirurgische ingrepen.

2.2.2 Gynaecoloog

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden het arbeidsloon van de gynaecoloog voor consulten. Als de kosten van laboratorium- en röntgenonderzoeken niet binnen het consulttarief vallen, vergoeden we die ook.

2.2.3 Tandheeskundige hulp na een ongeval

Wat vergoeden we?

We vergoeden 80% van de kosten voor de tandheeskundige hulp.

Wat zijn de voorwaarden?

De tandheeskundige hulp moet verband houden met het ongeval.

Wat vergoeden we niet?

Overige tandheeskundige behandelingen vergoeden wij niet. Hiervoor kunt u de verzekering Tandheeskundige Kosten afsluiten.

2.2.4 Dieetadvisering

Wat vergoeden we?

100% van de kosten van dieetadvisering door een diëtist. Dieetadvisering is de voorlichting en het advies over voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

Wat zijn de voorwaarden?

- De autoriteiten hebben de diëtist erkend.
- Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

2.2.5 Diabetes behandeling en diensten

Wat vergoeden we?

80% van de kosten voor:

- Apparatuur, middelen en voorraden om diabetes te behandelen.
- Eenmalig een medische noodzakelijke zelfmanagement training, opleiding en voedingstherapie bij insulineafhankelijke diabetes, insuline-gebruikende diabetes, zwangerschapsdiabetes, en niet-insuline gebruikende diabetes.

Wat zijn de voorwaarden?

- Voorgeschreven door een erkende zorgverlener gespecialiseerd in diabetes.
- Zelfmanagement training en opleiding moet plaats vinden binnen één jaar na de diagnose. Eventuele extra medisch noodzakelijke zelfmanagement training kan worden verstrekt bij een significante verandering van de symptomen, aandoening of behandeling. Deze aanvullende training is beperkt tot drie uur per jaar.

2.2.6 Ergotherapie

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten voor behandelingen door een ergotherapeut. Maximaal 20 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.
- En de kosten voor advies, training en instructie, zodat men zichzelf de behandeling kan geven.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een ergotherapeut geeft het advies, de instructie, de training of de behandeling.
- De autoriteiten hebben de ergotherapeut erkend.
- Het doel van de ergotherapie is de zelfredzaamheid te verbeteren of te herstellen.
- Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

2.2.7 Camouflagetherapie

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten voor camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.
- 100% van de kosten van de middelen die bij de therapie gebruikt zijn.
- Maximaal 20 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

2.2.8 Podotherapie

Wat vergoeden we?

- Behandeling door een podotherapeut.
- Aanmeten, maken en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen.
- Maximaal 20 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

De autoriteiten hebben de podotherapeut erkend.

Wat vergoeden we niet?

- Kosten van schoenen.
- Kosten van schoenaanpassingen.

2.3 Revalidatie

Wat vergoeden we?

100% van de kosten voor:

- Klinische revalidatie, gemaximeerd op 45 dagen per verzekerde per verzekeringsjaar.
- Poliklinische revalidatie, gemaximeerd op 20 bezoeken per verzekerde per verzekeringsjaar. Tenzij elders in deze voorwaarden voor een specifieke revalidatie behandeling een hoger aantal bezoeken is opgenomen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Kosten voor revalidatie worden alleen vergoed bij: cerebrale vasculaire ongevallen (ook wel een beroerte genoemd), hoofdletsel, ruggenmergletsel, wanneer nodig na een operatie.
- Behandeling wordt gegeven op basis van het behandelplan opgesteld door de medisch specialist.
- De revalidatie vindt plaats in een geaccrediteerde instelling.
- Bij aangeboren afwijkingen moet de revalidatie:
 - functionele verbetering en meetbare progressie tonen onderweg naar het bereiken van bepaalde functionele doelen;
 - een reële kans geven op het bereiken van het maximaal haalbare potentieel voor de verzekerde.
 - de functionele doelen moeten binnen een overzichtelijke periode haalbaar zijn.
- Er is vooraf toestemming van GMMI nodig. In de toestemming kan GMMI aangeven dat er verplicht gebruik gemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, dan kan dit leiden tot een afwijzing of een beperkte vergoeding.

2.4 Thuiszorg

2.4.1 Thuisverpleging

Wat vergoeden we?

100% van de kosten van:

- Aanvullende zorg thuis bij de verzekerde.
- Verpleegkundige zorg, part-time of periodieke thuisverpleging.
- Fysiotherapie, ergotherapie of spraaktherapie verzorgt door een thuishulporganisatie.
- Medische middelen waarvan een zorgverlener zegt dat deze noodzakelijk zijn en die door thuiszorgorganisatie worden verstrekt.

Wat zijn de voorwaarden?

- GMMI heeft vooraf toestemming gegeven. Er kunnen aanvullende voorwaarden gevraagd worden voor het verkrijgen van de toestemming.
- De behoefte aan thuiszorg moet rechtstreeks verband houden met de aandoening waarvoor de verzekerde was opgenomen in het ziekenhuis. Thuisverpleging vervangt of verkort een medisch noodzakelijk verblijf in het ziekenhuis of in een verpleeghuis.
- Thuisverpleging wordt geleverd door een geregistreerde verpleegkundige (dit zijn: registered nurse, licensed public nurse en de licensed vocational nurse onder toezicht van een geregistreerd nurse).
- De thuisverpleging moet beginnen binnen veertien dagen na ontslag uit een ziekenhuis of uit het verpleeghuis.

Wat vergoeden we niet?

- Klinische thuisverpleging.
- Hulp bijvoorbeeld voor bereiden van maaltijden, huishouden en andere niet-medische hulp (custodial care).
- Hulp verzorgt door een gezinslid of huisgenoot.

2.4.2 Nierdialyse thuis

Wat vergoeden we?

100% van de kosten van:

- De huur van dialyseapparatuur met toebehoren.
- Kosten van regelmatige controle, onderhoud en vervanging van dialyseapparatuur.
- Chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse.
- Kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.
- Overige kosten voor thuisdialyse.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde legt vooraf een begroting van de kosten aan ons voor. Er is alleen recht op vergoeding als wij die begroting goedkeuren.
- We vergoeden overige kosten alleen als de kosten redelijk zijn. En als er geen wettelijke regelingen zijn om de kosten vergoed te krijgen.
- GMMI heeft vooraf toestemming gegeven.

2.4.3 Hospice

Wat vergoeden we?

100% van de kosten van poliklinische hospice:

- Verpleging door geregistreerde verpleegkundige.
- Hulpmiddelen.
- Hulp bij dagelijkse activiteiten, zoals bereiden van maaltijden en huishouden.
- Fysio-, ergo- en ademhalingstherapie.
- Diensten van een medisch sociaal werker.

Zorg voor verzekerde gezinsleden na het overlijden

We vergoeden 50% van de kosten van maximaal 12 rouwverwerking sessies. De sessies moeten in de eerste 12 maanden na het overlijden plaats vinden.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er is vooraf toestemming van GMMI nodig. In de toestemming kan GMMI aangeven dat er verplicht gebruik gemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, dan kan dit leiden tot een afwijzing of een beperkte vergoeding.
- De verzekerde is terminaal ziek, de levensverwachting volgens de behandelend arts is minder dan 6 maanden.
- De voornaamste zorg die de verzekerde nodig heeft is palliatieve zorg (pijnbestrijding en symptoombestrijding) en niet meer zo zeer zorg gericht op genezing.
- De behandelend arts moet instemmen met het behandelplan.

Wat vergoeden we niet?

Klinische hospice wordt niet vergoed.

2.5 Geneesmiddelen**2.5.1 Voorgeschreven geneesmiddelen****Wat vergoeden we?**

- Geneesmiddelen die in het land waar ze verkocht worden als geneesmiddel verhandeld mogen worden.
- Geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn als er wel een recept voor is uitgeschreven. Hiervoor geldt een maximum voorraad voor 30 dagen.

Wat zijn de voorwaarden?

- De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts, tandarts of verloskundige.
- De geneesmiddelen worden geleverd door een apotheek of een hiervoor bevoegde arts.
- Er is vooraf toestemming van GMMI nodig. In de toestemming kan GMMI aangeven dat er verplicht gebruik gemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, dan kan dit leiden tot een afwijzing of een beperkte vergoeding.

Wat vergoeden we niet?

- Versterkende middelen en voedingsmiddelen (wij vergoeden wel dieetpreparaten, zoals verderop in dit artikel bedoeld).
- Pijnstillers, tenzij voorgeschreven door een arts.
- Afslanken producten.
- Niet-geregistreerde of alternatieve artikelen, medicinale wijnen en levertraan producten;
- Vitamine supplementen, foliumzuur en ijzer, tenzij voorgeschreven door een arts.
- Laxeermiddelen.
- Cosmetica.
- Middelen om tropische ziekten te voorkomen.
- Geneesmiddelen op recept gebruikt voor cosmetische doeleinden.

2.5.2 Dieetpreparaten**Wat vergoeden we?**

100% van de kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Een dieetpreparaat is dieetvoeding die anders is gemaakt en een andere vorm heeft dan gewone voeding.

Wat zijn de voorwaarden?

De verzekerde heeft één van deze stoornissen of allergieën in ernstige mate:

- Resorptiestoornis.
- Voedselallergie.
- Passagestoornis.
- Stofwisselingsstoornis.
- Slikstoornis.

2.5.3 *Stoppen-met-roken programma*

Wat vergoeden we?

100% van de kosten van hulpmiddelen die worden gebruikt om te stoppen met roken.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het programma is opgesteld door een huisarts.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.

2.5.4 *Goedgekeurde experimentele behandeling (clinical trials)*

Wat vergoeden we?

- De kosten van de experimentele medicatie.
- Kosten voor specialistische behandeling.
- Verpleging. Wij vergoeden de kosten van opname in een standaard ziekenhuiskamer.
- Bijkomende kosten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Goedgekeurde clinical trials worden gedefinieerd als Fase I, II, III of IV clinical trials voor het voorkomen, opsporen, of de behandeling van kanker en andere levensbedreigende ziekten. Een levensbedreigende aandoening is elke ziekte waarvan de kans op overlijden waarschijnlijk is, als het verloop van de ziekte niet wordt onderbroken.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.

2.6 *Zwangerschap en bevalling*

2.6.1 *Bevalling*

Wat vergoeden we?

100% van de kosten van de bevalling. De kosten die vergoed worden zijn bijvoorbeeld:

- Kosten voor het gebruik van een polikliniek;
- Bevalling in het ziekenhuis (zie 2.6.3 voor voorwaarden van verblijf in het ziekenhuis na de bevalling);
- Keizersnede indien dit medisch noodzakelijk is;
- Arbeidsloon van de verloskundige of arts;
- Verpleegkosten en bijkomende kosten.
- Krijgt een kind borstvoeding? En moet de verzekerde moeder in het ziekenhuis blijven? Dan vergoeden we ook de kosten voor het kind. Net zolang als we de verpleegkosten van de moeder vergoeden.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde neemt voordat de eerste echo plaatsvindt contact op met de alarmcentrale. Heeft de verzekerde de eerste echo al gehad voor de ingangsdatum die op uw polis is vermeld? Neem dan contact op met de alarmcentrale voor u vertrekt naar de Verenigde Staten.
- U heeft uiterlijk tien weken voor de uiterekende bevallingsdatum aan GMMI toestemming gevraagd om te bevallen in het ziekenhuis van uw keuze. Zit u korter voor de bevalling op de

ingangsdatum die op uw polis is vermeld? Neem dan contact op met de alarmcentrale voor u vertrekt naar de Verenigde Staten.

- U heeft daarna van GMMI toestemming gekregen om te bevallen in het ziekenhuis van uw keuze. Krijgt u geen toestemming dan biedt GMMI u een alternatief.

Heeft u niet volledig aan de voorwaarden voldaan? Of heeft GMMI u een alternatief geboden maar kiest u er toch voor om in een ander ziekenhuis te bevallen? Dan vergoeden wij de kosten van uw bevalling voor 50%.

Als de verzekerde bevalt in een ander ziekenhuis dan afgestemd met GMMI doordat het op moment dat de weeën begonnen niet haalbaar was om veilig naar dat ziekenhuis te gaan? Dan vergoeden we 100%.

2.6.2 Verloskundige (tijdens zwangerschap)

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden kosten voor hulp van de verloskundige.

2.6.3 Zwangerschap

Wat vergoeden we?

- Het verblijf in het ziekenhuis in verband met de bevalling voor de moeder en het kind tot achtenveertig (48) uur na een normale vaginale bevalling en zesennegentig (96) uur na een keizersnede. Voor een langer verblijf moeten wij eerst toestemming geven.
- Alle diensten die nodig zijn voor de diagnose en zorg voor de zwangerschap en voor de bevalling. Hieronder vallen oa:
 - Complicaties bij de zwangerschap.
 - Spontane zwangerschapsafbreking voor de volledige zwangerschapstermijn.
 - Buitenbaarmoederlijke zwangerschappen.
 - Abortus provocatus.
 - Medisch noodzakelijke keizersnede.
- Kraamdiensten. Dit omvat het volgende:
 - Verplegingskosten in het ziekenhuis voor het kind.
 - Kosten van routine zorg uitgevoerd door de verloskundige of arts.
 - Kosten voor de kraamzorg thuis de eerste tien dagen na de geboorte. Moet de verzekerde na de geboorte nog in het ziekenhuis blijven? Dan trekken we een dag voor kraamzorg thuis af voor elke dag doorgebracht in het ziekenhuis. U houdt wel altijd recht op minimaal 2 dagen kraamzorg thuis te beginnen bij aankomst thuis. Na een keizersnede is er altijd recht op minimaal vijf dagen kraamzorg na thuiskomst.

2.6.4 Keizersnede (vrijwillig)

Wat vergoeden we?

50% van de extra kosten die het gevolg zijn van een vrijwillige keizersnede.

Wat zijn de voorwaarden?

GMMI heeft vooraf toestemming gegeven.

2.7 Jeugdzorg (incl. tandheelkunde en oogzorg)

2.7.1 Vaccinaties

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden vaccinaties en de kosten voor algemene controles.

Wat zijn de voorwaarden?

- Alleen dekking voor kinderen tot het einde van het kalenderjaar waarin zij negentien jaar worden.
- De vaccinaties zijn in lijn met het Nederlandse vaccinatieschema. En/of volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering zoals dat geldt voor het land van tijdelijk verblijf.
- Een apotheek levert de vaccinaties.
- Een huisarts of kinderarts geeft de vaccinaties.
- De controles worden altijd uitgevoerd door een consultatiebureau of huisarts.

2.7.2 Tandheelkunde

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten van routine tandheelkundige controles, hieronder valt:
 - De controle (maar niet meer dan twee keer per verzekeringsjaar).
 - Tandreiniging en tandsteen verwijderen (maar niet meer dan twee keer per verzekeringsjaar).
 - Het maken van Bite-wing foto's (maar niet meer dan twee sets per verzekeringsjaar).
 - Spoedeisende pijnbestrijding.
 - Fluoride behandeling.
 - Plaatshouders.
 - Sealant - Eén (1) per niet-gerestaureerde blijvende kies elke zesendertig (36) maanden.
- 75% van de kosten voor alle andere tandheelkundige diensten waaronder:
 - Röntgenfoto's, maar niet meer dan éénmaal (1) in zesendertig (36) maanden.
 - Röntgenfoto's voor het stellen van een diagnose van een specifieke aandoening waarvoor behandeling nodig is.
 - Trekken.
 - Kaakchirurgie (met uitzondering van procedures die gedekt zijn onder artikel 2.1.4.).
 - Vullingen, met inbegrip van zilver amalgaam, silicaat, acryl, plastic, composiet en goud.
 - Algemene anesthetica.
 - Parodontale behandeling, (ziekten van het tandvlees).
 - Endodontische behandeling (zenuwbehandelingen of wortelkanaalbehandelingen).
 - Injectie van antibiotica.
 - Eerste maal plaatsen van een vaste brug.
 - Eerste maal plaatsen van gedeeltelijke of volledige uitneembare tandprothesen.
 - Inlays, onlays, kronen.
 - Reparatie of vervanging of aanvulling op bruggen, kunstgebitten, kronen, inlays inclusief cementeren waar nodig als gevolg van:
 - (A) één (1) of meer tanden getrokken nadat de bestaande prothese of brug is geïnstalleerd.
 - (B) Het bestaande kunstgebit (of bruggen) is vijf (5) jaar voor de vervanging geplaatst en kan niet bruikbaar gemaakt worden.

- Implant (een inzetstuk stevig of diep geplaatst in of op het deel van het bot dat de tanden omgeeft en ondersteunt) indien bepaald is dat het tandheelkundig noodzakelijk is en er vooraf toestemming is gegeven door GMMI.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een verzekerde is gedekt tot de leeftijd van 21 jaar (na leeftijd 21 kan er een aanvullende tandheelkundige verzekering genomen.)
- De behandeling wordt verzorgd door een tandarts, orthodontist of een jeugd tandheelkundige zorg instelling.
- De kosten worden vergoed op basis van de honoraria van de medisch specialist en in het land van verblijf goedgekeurde tarieven.

2.7.3 Oogzorg

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten voor een oogmeting eenmaal per verzekeringsjaar;
- 100% voor brillen en frames of contactlenzen eenmaal per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- Alleen dekking voor kinderen tot het einde van het kalenderjaar waarin zij negentien jaar worden.
- De oogmeting wordt uitgevoerd door een opticien.
- Frames uit de basiscollectie worden vergoed. Luxe merken zijn gedekt tot de kosten van een frame uit de basiscollectie.

2.7.4 Gehoorapparaat

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten voor een gehoortest eenmaal per verzekeringsjaar;
- 100% voor een gehoorapparaat als dit nodig blijkt na de gehoortest.
- Een maximale vergoeding per verzekerde volgens het dekkingsoverzicht per vijf verzekeringsjaren.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde doet eerst een gehoortest.
- Het audiologisch centrum levert bij ons de uitslag van een gehoortest aan.
- Wij moeten toestemming hebben gegeven nadat wij de uitslag van de gehoortest hebben beoordeeld.

2.8 Psychologische zorg of psychiatrische zorg

2.8.1 Psychiatrische zorg in een psychiatrische inrichting

Wat vergoeden we?

100% van de kosten voor psychologische of psychiatrische zorg.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een erkend en geregistreerd psycholoog of psychiater geeft de psychologische zorg of de psychiatrische zorg.
- Er is vooraf toestemming van GMMI nodig. In de toestemming kan GMMI aangeven dat er verplicht gebruik gemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, dan kan dit leiden tot een afwijzing of een beperkte vergoeding.

2.8.2 *Psychiatrische zorg niet in een inrichting*

Wat vergoeden we?

100% van de kosten voor psychologische of psychiatrische zorg.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een erkend en geregistreerd psycholoog of psychiater geeft de psychologische zorg of de psychiatrische zorg.
- Er is vooraf toestemming van GMMI nodig. In de toestemming kan GMMI aangeven dat er verplicht gebruik gemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, dan kan dit leiden tot een afwijzing of een beperkte vergoeding.

Wat vergoeden we niet?

Relatietherapie of vergelijkbare diensten.

2.8.3 *Verslavingszorg in een afkickkliniek*

Wat vergoeden we?

100% van de kosten.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg wordt verleend in een erkende en geregistreerde afkickkliniek.
- Er is vooraf toestemming van GMMI nodig. In de toestemming kan GMMI aangeven dat er verplicht gebruik gemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, dan kan dit leiden tot een afwijzing of een beperkte vergoeding.

2.8.4 *Verslavingszorg niet in een afkickkliniek*

Wat vergoeden we?

100% van de kosten

Wat zijn de voorwaarden?

Er is vooraf toestemming van GMMI nodig. In de toestemming kan GMMI aangeven dat er verplicht gebruik gemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, dan kan dit leiden tot een afwijzing of een beperkte vergoeding.

2.9 Preventief

2.9.1 Preventieve geneeskunde

Wat vergoeden we?

100% van de kosten van preventieve zorg. Deze preventieve zorg omvat preventieve gezondheidszorg aanbevolen door:

- United States Preventive Services Task Force (USPSTF) alleen voor de aanbevelingen Grade A en B.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC) en Prevention's Advisory Committee on Immunization Practices' (ACIP) voor de aanbevelingen voor inenting.
- Health Resources and Services Administrations (HRSA) voor de aanbevelingen preventieve zorg en onderzoeken voor kinderen en vrouwen.

De volgende onderzoeken vallen hier bijvoorbeeld onder:

1. Cardiovasculair onderzoek.
2. Borst- en baarmoederhalskanker onderzoek.
3. Prostaat onderzoek.

En in geval van een aantoonbaar verhoogd risico ook:

4. Onderzoeken naar andere vormen van kanker dan de onder 2 en 3 genoemd.
5. Testen op diabetes.
6. Obesitas.
7. Depressie.
8. Seksueel overdraagbare ziektes.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een specialist of huisarts voert het onderzoek of de behandeling uit.
- Er is vooraf toestemming van GMMI nodig. In de toestemming kan GMMI aangeven dat er verplicht gebruik gemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, dan kan dit leiden tot een afwijzing of een beperkte vergoeding.

Wat vergoeden we niet?

- Andere preventieve testen
- Kosten voor celtherapie
- Medische attesten

2.9.2 Erfelijkheidsonderzoek

Wat vergoeden we?

Kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De hulp kan bestaan uit:

- onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door stamboomonderzoek;
- chromosomenonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadvisering;
- psychosociale begeleiding bij deze hulp.

Wat is de voorwaarde?

Het onderzoek is noodzakelijk volgens een huisarts of specialist.

2.9.3 Vaccinaties en reisvaccinaties

Wat vergoeden we?

- 100% van de vaccinaties en reisvaccinaties wanneer dat nodig is volgens het advies van Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).
- 75% van de kosten voor vaccinaties die nodig zijn voor een reis naar het buitenland uit het land van tijdelijk verblijf. Dit geldt voor de volgende vaccinaties:
 - Difterie
 - Tetanus
 - Gele koorts
 - Tyfus
 - Cholera
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Malaria (bedoeld worden malariapillen ter voorkoming van malaria).

Wat zijn de voorwaarden?

- En verklaring van ACIP is nodig voor een 100% vergoeding.
- De verzekerde krijgt de vaccinaties tijdens de looptijd van de verzekering.
- Een vaccinatie wordt maximaal één keer per verzekeringsjaar gegeven.

2.9.4 Voorbehoedsmiddelen

Wat vergoeden we?

100% van de kosten voor voorbehoedsmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- De voorbehoedsmiddelen zijn voorgeschreven door een arts of een verloskundige.
- De voorbehoedsmiddelen worden geleverd door een apotheek.

Wat vergoeden we niet?

Condoms (uitgezonderd het vrouwen condoom)

2.10 Hulpmiddelen

2.10.1 Medische hulpmiddelen

Wat vergoeden we?

100% van de kosten van aanschaf, vervanging, wijziging of herstel van een hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde vraagt ons vooraf om een machtiging.
- De verzekerde is verplicht om het hulpmiddel goed te verzorgen.
- De verzekerde is verplicht om de aanwijzingen van deskundigen op te volgen. Het gaat om aanwijzingen over het gebruik en het onderhoud van het hulpmiddel.
- Bij vervanging: de verzekerde beschikt niet meer over een geschikt hulpmiddel.
- Bij vervanging: elk hulpmiddel heeft een gebruikstermijn. Wij vergoeden vervanging alleen als deze gebruikstermijn is verstreken. We gaan uit van de gebruikstermijn die Nederlandse zorgverzekeraars aanhouden.

Wat vergoeden we niet?

Reparatie of vervanging van een hulpmiddel dat is beschadigd door onjuist gebruik.

2.10.2 Hoe vraagt de verzekerde een hulpmiddel aan?

De verzekerde vraagt van tevoren schriftelijk bij ons toestemming om een hulpmiddel te huren of aan te schaffen. Hij motiveert dan waarom het hulpmiddel nodig is. Hij stuurt ook medische informatie van de specialist mee. Is het huidige hulpmiddel beschadigd? Dan geeft de verzekerde ook aan wat de reden van de beschadiging is.

2.10.3 Hoe bepalen wij of de verzekerde een hulpmiddel krijgt?

Wij beoordelen de schriftelijke aanvraag op vijf punten.

1. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel echt nodig? Kan de verzekerde zonder niet functioneren?
2. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel doelmatig? Helpt het de verzekerde om beter te functioneren?
3. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel niet onnodig kostbaar?
4. Is de aanschaf, vervanging, wijziging of het herstel niet onnodig gecompliceerd?
5. Voldoet het hulpmiddel aan onze kwaliteitseisen?

2.10.4 Steunzolen**Wat vergoeden we?**

- Kosten van steunzolen.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een arts schrijft de steunzolen voor.
- Een door de autoriteiten erkende orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.

2.11 Paramedische zorg**2.11.1 Fysiotherapie in het ziekenhuis****Wat vergoeden we?**

100% van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut.

Wat zijn de voorwaarden?

- De behandeling wordt uitgevoerd in een ziekenhuis.
- De therapie is noodzakelijk vanwege andere voorwaarden dan genoemd in artikel 2.3 “Revalidatie”
- De fysiotherapeut staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.
- De behandeling wordt voorgeschreven door de huisarts of de medisch specialist.

Wat vergoeden we niet

- Zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek
- Sportmassage
- Arbeids- en bezigheidstherapie
- Manuele therapie

Let op: is de manueel therapeut ook fysiotherapeut? Dan vergoeden we de behandeling wel. We vergoeden dan alsof de manuele therapie fysiotherapie is.

2.11.2 Fysiotherapeut (poliklinisch)

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut.
- Maximaal 40 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De therapie is noodzakelijk vanwege andere voorwaarden dan genoemd in artikel 2.3 “Revalidatie”
- De fysiotherapeut staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie.
- De behandeling wordt voorgeschreven door de huisarts of de medisch specialist.

Wat vergoeden we niet?

- Zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek
- Sportmassage
- Arbeids- en bezigheidstherapie
- Manuele therapie

Let op: is de manueel therapeut ook fysiotherapeut? Dan vergoeden we de behandeling wel. We vergoeden dan alsof de manuele therapie fysiotherapie is.

2.11.3 Behandeling door een alternatief genezer of therapeut

Wat vergoeden we?

- 80% van de kosten van behandeling of consult door een alternatief genezer of therapeut.
- Maximaal 15 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De alternatief genezer is lid van een landelijk erkende beroepsvereniging. De beroepsvereniging is opgericht voor de discipline van de alternatief genezer.
- De verzekerde geeft een schriftelijk bewijs van dit lidmaatschap als we daarom vragen.
- De behandeling of het consult vindt plaats in het kader van een medische behandeling.
- De alternatief genezer geeft een individuele behandeling of consult.

Wat vergoeden we niet?

- Behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.
- Behandelingen, onderzoeken en cursussen die gericht zijn op het welbevinden.
- Behandelingen, onderzoeken en cursussen als preventie.
- Alternatieve psychotherapie.
- Kuren en reizen.
- Behandeling of consult waarbij de alternatief genezer ook de eigen huisarts is.

3 Aanvullende vergoedingen

3.1 Kosten van de donor

Wat vergoeden we?

- Kosten van verpleging en behandeling van de donor bij opname in het ziekenhuis.
- Kosten van maximaal drie maanden nazorg.
- Kosten van weefseltyperingen die nodig zijn voor de transplantatie.
- Wij vergoeden maximaal de kosten volgens Nederlandse tarieven.

Wat zijn de voorwaarden?

- Wij vergoeden de kosten van verpleging en behandeling alleen als de donor van zijn verzekeraar geen vergoeding krijgt.
- De nazorg is nodig omdat de donor in het ziekenhuis werd opgenomen voor de selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal.

3.2 Paramedische zorg

3.2.1 Cosmetische behandelingen

Wat vergoeden we?

- Behandeling na verminking door een ongeval.
- Behandeling na verminking door ziekte.
- Behandeling van een ernstige afwijking die vanaf de geboorte aanwezig is. Deze dekking geldt alleen voor kinderen die geboren zijn nadat de verzekering is ingegaan.

Wat zijn de voorwaarden?

- Wij hebben toestemming gegeven voor de kosten nadat de verzekerde een begroting aan ons heeft voorgelegd.
- De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis.

Wat vergoeden we niet?

Wij vergoeden geen behandelingen voor vormverbeterende operaties van het uiterlijk voor persoonlijke behoefte of omstandigheden.

3.2.2 Psoriasis dagbehandeling

Wat vergoeden we?

- De behandeling van psoriasis in een psoriasis dagcentrum. Psoriasis is een chronische huidaandoening.
- Maximaal 30 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

Een arts heeft de verzekerde doorverwezen.

3.2.3 *Behandeling van spataderen*

Wat vergoeden we?

- 100% van de kosten voor de behandeling van spataderen door een arts-fleboloog.
- Alle materialen die de arts-fleboloog bij de behandeling gebruikt.
- Maximaal 20 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar.

Wat zijn de voorwaarden?

De autoriteiten hebben de arts-fleboloog erkend.

3.3 *Second opinion*

Wat vergoeden we?

We vergoeden de kosten van een second opinion door een tweede specialist.

Wat zijn de voorwaarden?

- De voorgestelde behandeling valt onder de dekking van deze voorwaarden.
- De verzekerde of de behandelend arts vraagt de second opinion aan.

3.4 *Ronald McDonaldhuis*

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor uitsluitend het verblijf in het Ronald McDonaldhuis.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een kind van de verzekerde verblijft in een ziekenhuis.
- Het verblijf in het ziekenhuis is medisch noodzakelijk

3.5 *Verblijfskosten*

Wat vergoeden we?

We vergoeden de noodzakelijke verblijfskosten op basis van logies voor u en eventueel uw partner. De maximale vergoeding staat op het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- U moet buiten uw woonplaats een medisch behandeling ondergaan.
- We vergoeden verblijfskosten tot de eerste gelegenheid die u heeft om te vertrekken.

3.6 *Reiskosten bij vrijwillige bevalling in Nederland*

De verzekerde vrouw kan ervoor kiezen om in Nederland te bevallen.

Wat vergoeden we?

- 50% van de reiskosten (heen en terug) van de verzekerde vrouw.
- 50% van de reiskosten van meeverzekerde kinderen tot 4 jaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde reist met openbaar vervoer.
- We vergoeden de kosten op basis van de laagste klasse van het vervoersmiddel.
- De verzekerde maakt de reis naar Nederland vóór de zevende maand van de zwangerschap.
- We hebben vooraf toestemming gegeven.

3.7 Vruchtbaarheidsbehandeling

Wat vergoeden we?

- Kosten van de vruchtbaarheidsbehandeling.
- Een maximale vergoeding inclusief de kosten voor onderzoeken en de bijbehorende medicatie volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het is een primaire zwangerschap. Dat betekent dat verzekerde nog geen kinderen heeft gekregen.
- Een gynaecoloog of uroloog heeft de verzekerde doorgestuurd.
- Een bevoegd arts voert de behandeling uit.
- De arts voert de behandeling uit in een instelling die een vergunning heeft.
- De verzekerde vrouw is 40 jaar of jonger.
- Er geldt een wachtperiode van 18 maanden voor vruchtbaarheidsbehandelingen.

Wat vergoeden we niet?

Kosten van eiceldonatie en zaaddonatie.

3.8 Sterilisatie

Wat vergoeden we?

Kosten voor medische zorg en diensten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een specialist voert de sterilisatie uit.
- De sterilisatie vindt plaats in een ziekenhuis.
- Bij een verzekerde man vergoeden we maximaal de kosten die gelijk zijn aan een poliklinische behandeling. Hij heeft voorafgaand toestemming van ons nodig.

Wat vergoeden we niet?

Het ongedaan maken van een vrijwillige sterilisatie.

3.9 Abortus

Wat vergoeden we?

Kosten voor medische zorg en diensten.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een specialist voert de abortus uit.
- De abortus vindt plaats in een ziekenhuis.

3.10 Homeopathische geneesmiddelen

Wat vergoeden we?

- Kosten van homeopathische geneesmiddelen.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per verzekeringsjaar volgens het dekkingsoverzicht.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een alternatief genezer of therapeut schrijft het homeopathisch geneesmiddel voor.
- Een apotheek arts levert de geneesmiddelen.

3.11 Brillenglazen en contactlenzen voor volwassenen

Wat vergoeden we?

- Brillenglazen of contactlenzen.
- Een maximale vergoeding per verzekerde per paar volgens het dekkingsoverzicht per drie verzekeringsjaren.

Wat zijn de voorwaarden?

- De brillenglazen of contactlenzen hebben de minimale sterkte van plus of min 1.5.
- Een opticien of optometrist levert de brillenglazen of contactlenzen.
- De brillenglazen of contactlenzen zijn bedoeld voor dagelijks gebruik.
- De maximale vergoeding geldt voor brillen en contactlenzen samen.

Wat vergoeden we niet?

- Zonnebrillen.
- Sportbrillen.
- Andere brillen die niet bedoeld zijn voor dagelijks gebruik.

3.12 Hoortoestellen voor volwassenen

Wat vergoeden we?

- Hoortoestellen na gehoortest.
- Een maximale vergoeding per verzekerde volgens het dekkingsoverzicht per vijf verzekeringsjaren.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verzekerde doet eerst een gehoortest.
- Het audiologisch centrum levert bij ons de uitslag van een gehoortest aan.
- Wij moeten toestemming hebben gegeven nadat wij de uitslag van de gehoortest hebben beoordeeld.

Wat vergoeden we niet?

Audiologische hulp

3.13 Kaakorthopedische behandeling

Wat vergoeden we?

100% van de kosten voor een kaakorthopedische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden?

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist.
- De huisarts of tandarts schrijft de behandeling voor.
- De kaakorthopedische afwijking is het gevolg van een:
 - lipspleet; en/of
 - kaakspleet; en/of
 - verhemeltespleet.

3.14 *Overvliegen van bloed*

Wat vergoeden we?

Kosten voor het overvliegen van bloed.

Wat zijn de voorwaarden?

Het overvliegen van bloed is noodzakelijk voor een noodzakelijke bloedtransfusie.

4 **Hoe werkt het als u ziektekosten heeft gemaakt?**

Als de verzekerde kosten heeft, wil hij natuurlijk dat die zo snel mogelijk worden vergoed.

4.1 **Wat moet een verzekerde doen bij ziektekosten?**

Het is belangrijk dat de verzekerde zich aan de volgende voorwaarden houdt.

- Meld de ziekte of het ongeval zo snel mogelijk aan ons.
- Geef ons alle informatie die belangrijk is voor de behandeling. U of een verzekerde hoort van ons welke informatie wij willen ontvangen.
- Geef volledige medewerking. U of een verzekerde hoort van ons welke medewerking wij nodig hebben.

Het hangt af van de situatie hoe u of een verzekerde contact met ons opneemt. In sommige gevallen is het verplicht om onmiddellijk De Goudse Alarmcentrale te bellen (zie hieronder). In andere gevallen is het voldoende om een schadeaanvraagformulier op te sturen.

Alarmcentrale inschakelen

Bij een (poli)klinische behandeling in een ziekenhuis bent u of een verzekerde verplicht om vooraf contact op te nemen met onze alarmcentrale.

Alarmcentrale inschakelen

GMMI (Alarmcentrale in de Verenigde Staten)

Mocht u onverhoopt wat overkomen tijdens uw verblijf in de Verenigde Staten, bel dan met GMMI. In een aantal gevallen bent u dat zelfs verplicht. De alarmcentrale kan u zorgen uit handen nemen en staat u bij met raad én daad.

U kunt bellen met onze alarmcentrale GMMI in de Verenigde Staten. Het telefoonnummer is 001 800 694 9832.

GMMI kan u ook helpen om een geschikte medisch specialist of een ziekenhuis te vinden. www.gmmi.com geeft een overzicht van de ziekenhuizen en medisch specialisten die GMMI samenwerkt met.

Als een verzekerde (poli)klinische behandeling in een ziekenhuis ondergaat in de Verenigde Staten zonder het GMMI netwerk te hebben gebruikt, dan vergoeden wij 80% van de kosten en in het geval van de bevalling 50% van de kosten. Dit geldt alleen als u in staat bent om vooraf contact op met de alarmcentrale op te nemen..

De Goudse Alarmcentrale buiten de Verenigde Staten

Gebeurt er iets als u buiten de V.S. bent? Neem dan contact op met De Goudse Alarmcentrale. Het telefoonnummer van De Goudse Alarmcentrale is +31 71 56 81 892.

4.2 Welke informatie hebben wij nodig om een verzekerde te helpen?

Heeft de verzekerde medische kosten gemaakt? De verzekerde stuurt ons dan:

- een volledig ingevuld schadeaangifteformulier;
- kopie nota's en bewaard de originele;
- een verklaring van een plaatselijke arts waaruit de ziekte of het ongeval blijkt;
- een verklaring van de zorgverzekeraar waaruit blijkt welke kosten niet of slechts voor een deel worden vergoed door de zorgverzekeraar.

Begrippenlijst

Alternatief genezer of therapeut

Eén van deze alternatief genezers of therapeuten:

- arts-acupuncturist, acupuncturist of fysiotherapeut-acupuncturist;
- homeopathisch arts of klassiek homeopaat;
- arts voor natuurgeneeswijzen of natuurgeneeskundig therapeut;
- antroposofisch arts;
- arts-enzymtherapeut;
- manueel arts of manueel therapeut;
- Moerman-arts;
- osteopaat;
- chiropractor.

Bijkomende kosten

Bijkomende kosten die zijn gemaakt voor medische zorg en/of diensten tijdens en in rechtstreeks verband met specialistische behandelingen. Voorbeelden zijn kosten voor:

- röntgenfoto's;
- laboratoriumonderzoek;
- bloedtransfusies;
- geneesmiddelen;
- bestralingen;
- narcose;
- verbandmiddelen;
- gebruik van operatiekamer;
- gebruik van polikliniek.

Dagverpleging

Bij dagverpleging krijgt een verzekerde minder dan 24 uur bedverpleging in een ziekenhuis. Dit is nodig omdat er op dezelfde dag een onderzoek of behandeling plaatsvindt. Een specialist voert het onderzoek of de behandeling uit.

Essential health benefits

Dit zijn dekkingen waaraan een ziektekostenverzekering in de Verenigde Staten moet voldoen. De Amerikaanse wet, Affordable Care Act (ACA), schrijft voor dat iemand die permanent in de Verenigde Staten verblijft een ziektekostenverzekering heeft die voldoet aan de Essential health benefits.

Huisarts

Een arts die de algemene praktijk uitoefent. Dit betekent dat de arts huisartsenhulp verleent thuis bij de verzekerde en/of op het spreekuur van de arts. De praktijk van de huisarts staat in de buitenlandse woonplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan.

Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek door een kaakchirurg. De kaakchirurg is een tandarts die als specialist voor mondziekten en kaakchirurgie is erkend door een bevoegde instantie. De behandeling of het onderzoek gebeurt binnen de normen die gelden binnen het medische en tandheelkundige vakgebied. De behandeling of het onderzoek past bij het specialisme van de kaakchirurg.

Medisch noodzakelijk

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch wetenschappelijke normen.

Opname

Opname in een ziekenhuis houdt in dat de verzekerde langer dan 24 uur in een ziekenhuis verblijft. Dit verblijf is nodig zolang de verzekerde verpleging, onderzoek en behandeling op medische gronden alleen in een ziekenhuis kan krijgen. Daarbij is regelmatige behandeling door een medisch specialist noodzakelijk.

Orthese

Een uitwendig gedragen hulpmiddel ter correctie van standsafwijkingen of abnormale beweeglijkheid van gewrichten of van de wervelkolom. Ook een 'beugel' ter correctie van het gebit is een orthese.

Poliklinische behandeling

Specialistische behandeling waarbij de verzekerde niet wordt opgenomen in een ziekenhuis. De verzekerde heeft een verwijzing nodig naar de specialist. Laboratoriumonderzoek valt hier ook onder. Het laboratoriumonderzoek vindt plaats op advies van de huisarts. Het ziekenhuis of laboratorium brengt de kosten van het laboratoriumonderzoek in rekening.

Reiskosten

Kosten van vervoer volgens de laagste klasse (bijvoorbeeld tweede klasse bij treinvervoer in Nederland). De Goudse Alarmcentrale wijst het vervoermiddel aan.

Specialist

Een praktiserend arts die op de plaats van de behandeling bevoegd is als specialist werkzaam te zijn, volgens de daar geldende normen.

Specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek door een specialist die:

- volgens medische normen algemeen aanvaard is; en
- behoort tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

Spoedgeval

Directe medische behandeling is noodzakelijk.

Standaard ziekenhuiskamer

Een kamer die is ingericht voor de verpleging van twee of meer personen.

U/uw

Degene die de verzekeringsovereenkomst is aangegaan. U staat op het polisblad als verzekeringnemer. U heeft de verzekering voor andere personen afgesloten. Dit zijn de verzekerden.

Verblijfskosten

Kosten voor verblijf in een hotel of pension.

Verloskundige

Een verloskundige die op de plaats van de behandeling bevoegd is als verloskundige werkzaam te zijn, volgens de daar geldende normen.

Verpleegkosten

Kosten voor verpleging. De kosten voldoen aan deze voorwaarden.

- Het gaat om redelijke en gebruikelijke kosten die in rekening worden gebracht voor verpleging die verband houdt met het verblijf in het ziekenhuis.
- De verpleegkosten komen overeen met de tarieven die een bevoegde overheidsinstantie heeft goedgekeurd.

Verzekerde(n)

Iedere persoon die als verzekerde op het verzekerdenoverzicht vermeld staat. Dit zijn uw werknemers en eventueel hun gezinsleden.

Wij/ons/onze

Goudse Schadeverzekeringen N.V., ook afgekort als De Goudse.

Ziekenhuis

Een inrichting die de bevoegde overheidsinstantie heeft erkend als ziekenhuis of sanatorium. De instelling is bedoeld voor verpleging, onderzoek of behandeling van zieken.