

Expat Pakket Individueel Ziektekosten

Addendum Essential Health Benefits voor de Verenigde Staten 1.0

Informatie voor de klant

Belangrijk

Dit Addendum Essential Health Benefits voor de Verenigde Staten vormt één geheel met de Aanvullende Voorwaarden Ziektekosten Excellent van het Expat Pakket Individueel. In dit addendum vindt u de voorwaarden die speciaal voor de verzekering Ziektekosten Excellent Verenigde Staten gelden. U ziet op uw polis welke verzekeringen u heeft afgesloten. Als er Bijzondere Voorwaarden van toepassing zijn, vindt u deze op uw polis.

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?

Artikel 1	Wat houdt het Addendum Essential Health Benefits voor de Verenigde Staten in?	3
Artikel 2	Aanvullend recht	4
	2.1 Voortzetting van de verzekering	4
Artikel 3	Aanvullende dekkingen (onderdeel van de Essential Health Benefits)	5
	3.1 Geen beperkte vergoeding bij bevalling in het eerste jaar	5
	3.2 Opname in een verpleeginrichting	5
	3.3 Maagoperatie met een bypass (Gastric bypass)	6
	3.4 Diabetesbehandeling en -diensten	6
	3.5 Thuiszorg	6
	3.6 Extra dekking voor geneesmiddelen	7
	3.7 Tandheelkunde tot 21 jaar	8
	3.8 Oogzorg tot 19 jaar	9
	3.9 Extra dekking Psychologische zorg of psychiatrische zorg	10
	3.10 Extra dekking preventieve geneeskunde	10
	3.11 Extra dekking reïsvaccinaties	11
	3.12 Behandeling door een alternatief genezer of therapeut	11

Begrippenlijst **12**

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.

Artikel 1

Wat houdt het Addendum Essential Health Benefits voor de Verenigde Staten in?

Om in de Verenigde Staten te voldoen aan de Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), ook bekend als Obamacare, heeft u in de Verenigde Staten aanvullend recht op de dekkingen in dit addendum. Deze aanvullingen zorgen ervoor dat uw dekking in lijn is met de Essential Health Benefits.

Dit addendum geldt alleen:

- als u de Excellent-variant van onze ziektekostenverzekering heeft; en
- als u de Verenigde Staten als verzekerde regio heeft (dit is altijd inclusief de rest van de wereld).

Het gaat om kosten die redelijk en gebruikelijk zijn. De verzekerde voldoet hier in elk geval aan als de zorg wordt afgenomen nadat er toestemming is van GMMI.

Vooraf toestemming nodig

Staat er in deze voorwaarden bij een specifieke behandeling dat er vooraf toestemming nodig is? Dan moet de verzekerde voordat hij zich laat behandelen eerst toestemming hebben gekregen van GMMI. In de toestemming kan worden aangegeven dat er verplicht gebruikgemaakt moet worden van bepaalde zorginstellingen die aangetoond hebben kwalitatief hoge en kostenefficiënte zorg te bieden. Als er geen toestemming is gegeven, 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.

Artikel 2

Aanvullend recht

2.1 Voortzetting van de verzekering

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

Artikel 3

Aanvullende dekkingen onderdeel van de Essential Health Benefits

3.1 Geen beperkte vergoeding bij bevalling in het eerste jaar

Wat vergoeden we?

Wij vergoeden vanaf de ingangsdatum alle kosten van de bevalling. Bijvoorbeeld voor het gebruik van een polikliniek of ziekenhuis, het arbeidsloon van de verloskundige of arts en de bijkomende kosten voor moeder en kind. Het verblijf in het ziekenhuis na de bevalling vergoeden wij voor de moeder en het kind tot 48 uur. Een langer verblijf vergoeden we alleen als dit medisch noodzakelijk is, bijvoorbeeld bij een keizersnede.

Voor het volledig vergoeden van al deze kosten stellen wij twee voorwaarden. Deze voorwaarden gelden zowel voor een reguliere bevalling als een bevalling met complicaties.

1. U heeft uiterlijk tien weken voor de uitgerekende bevallingsdatum aan GMMI toestemming gevraagd om te bevallen in het ziekenhuis van uw keuze.
2. 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.

Als er geen toestemming is gegeven, dan vergoeden wij maximaal 50% van de kosten.

3.2 Opname in een verpleeginrichting

Wat vergoeden we?

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.
- GMMI heeft vooraf toestemming gegeven.

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.

3.3 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.

3.4 Diabetesbehandeling 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?

- Voorgescreven 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.

3.5 Thuiszorg

3.5.1 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?

- 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 geregistered nurse).
- De thuisverpleging moet beginnen binnen veertien dagen na ontslag uit een ziekenhuis of uit het verpleeghuis.
- GMMI heeft vooraf toestemming gegeven.

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.

3.5.2 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?

- 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.
- GMMI heeft vooraf toestemming gegeven.

Wat vergoeden we niet?

Klinische hospice wordt niet vergoed.

3.6 Extra dekking voor geneesmiddelen

3.6.1 Voorgeschreven geneesmiddelen

Wat vergoeden we?

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.
- GMMI heeft vooraf toestemming gegeven.

Wat vergoeden we niet?

- Versterkende middelen en voedingsmiddelen
- Pijnstillers, tenzij voorgeschreven door een arts.
- Afslankproducten.
- 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.

3.6.2 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.
- GMMI heeft vooraf toestemming gegeven.

3.7 Tandheelkunde tot 21 jaar

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 heeft dekking tot de leeftijd van 21 jaar (vanaf leeftijd 21 kan er een aanvullende tandheelkundige verzekering worden gesloten).
- De behandeling wordt verzorgd door een tandarts, orthodontist of een jeugdtandheelkundige zorginstelling.
- De kosten worden vergoed op basis van de honoraria van de medisch specialist en in de Verenigde Staten goedgekeurde tarieven.

3.8 Oogzorg tot 19 jaar

Wat vergoeden we?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Alleen dekking voor verzekerden 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.

3.9 Extra dekking Psychologische zorg of psychiatrische zorg

3.9.1 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.

Wat vergoeden we niet?

Relatietherapie of vergelijkbare diensten.

3.9.2 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.
- GMMI heeft vooraf toestemming gegeven.

3.9.3 Verslavingszorg niet in een afkickkliniek

Wat vergoeden we?

100% van de kosten

Wat zijn de voorwaarden?

GMMI heeft vooraf toestemming gegeven.

3.10 Extra dekking 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:

- Cardiovasculair onderzoek.
- Borst- en baarmoederhalskanker onderzoek.
- Prostaat onderzoek.

En in geval van een aantoonbaar verhoogd risico ook:

- Onderzoeken naar andere vormen van kanker dan onder 2 en 3 genoemd.
- Testen op diabetes.
- Obesitas.
- Depressie.
- Seksueel overdraagbare ziektes.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een specialist of huisarts voert het onderzoek of de behandeling uit.
- GMMI heeft vooraf toestemming gegeven.

Wat vergoeden we niet?

- Andere preventieve testen
- Kosten voor celtherapie
- Medische attesten

3.11 Extra dekking reisvaccinaties

Wat vergoeden we?

- 100% van de vaccinaties en reisvaccinaties wanneer dat nodig is volgens het advies van Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Zonder dit advies is het 75% en geldt de dekking zoals deze staat in de voorwaarden waar dit document een addendum op is.

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.

3.12 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 individueel 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.

Begrippenlijst

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.