



Sundhedsforsikring Erhverv

1. Indledning	s. 3
2. Mølholm Sundhed - fællesbetingelser	s. 4
3. Hvem, hvad, hvor & hvordan dækkes	s. 6
4. Sundhedsforsikring Arbejdstid	s. 7
5. Bedre Helbred Eksklusiv	s. 9
6. Alkohol- og misbrugsafvænning	s. 11
7. Behandlingsforsikring Fritid	s. 12

FORSIKRINGSBETINGELSERNES OPBYGNING

Forsikringsbetingelserne har følgende opbygning:

- **Fællesbetingelserne** der gælder for aftalen. Her kan fx findes oplysninger om præmiebetaling, opsigelse og varslingsregler.
- **Hvem, hvad, hvor & hvordan dækkes** fortæller fx om, hvem der er dækket af forsikringen, hvor den dækker og hvordan man anmelder en skade.
- **Dækninger** der kan være omfattet af forsikringen. Her fremgår det også hvad der er dækket af forsikringen og hvad forsikringen ikke dækker.

FORKLARING AF ENKELTE BEGREBER

Herunder forklares enkelte begreber, der bruges i disse betingelser

Forsikringsgiver

Herved forstås Mølholm Forsikring, dansk filial af Gjensidige Forsikring ASA, Norge

Forsikringstager

Herved forstås den person eller virksomhed, som har indgået forsikringsaftalen med forsikringsgiver.

Forsikrede

Herved forstås den person, som har ret til behandling, herefter kaldet du/dig/din.

Forsikringsbetingelserne er gældende fra den 1. januar 2020 og erstatter tidligere betingelser.

Hvis du får brug for din forsikring

Lægehenviisning

Du skal have en henvisning fra din egen læge, før du anmelder skaden til os. De nærmere regler og undtagelser er beskrevet i betingelserne i **Hvem, hvad, hvor & hvordan dækkes** under punkt 5 "Hvordan bruger du din forsikring".

Akut behandling

Har du brug for akut hjælp, skal du altid kontakte egen læge, skadestuen, lægevagten eller ringe 112.

Igangsættelse af behandling

Det er vigtigt at du ikke igangsætter undersøgelse eller be-

handling før du har kontaktet forsikringsgiver og fået en skriftlig godkendelse, da du ellers ikke vil have ret til dækning. De nærmere regler og undtagelser er beskrevet i betingelserne i **Hvem, hvad, hvor & hvordan dækkes** under punkt 5 "Hvordan bruger du din forsikring".

Akut psykologisk krisehjælp

Har du brug for akut psykologisk krisehjælp uden for vores normale åbningstid, ringer du på tlf. 6520 2120. Indledningsvist får du fat i vores telefonsvarer. Her skal du blot trykke 1 for at komme videre til personlig betjening og kompetent hjælp.

Kontakt Mølholm Forsikring

Tlf.: (+45) 65 20 21 20

Du kan også få svar på mange spørgsmål på molholmforsikring.dk, hvor du let anmelder din skade online.

1. HVORNÅR GÆLDER AFTALEN FRA

Med mindre andet er aftalt, træder aftalen i kraft, når den er underskrevet og modtaget af forsikringsgiver.

Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden mellem aftalens begyndelses- og udløbsdato.

2. BETALING/TILBAGEBETALING

Første præmie forfalder til betaling ved ikrafttræden og gælder for 1 år, med mindre anden betalingsperiode er aftalt.

Opkrævning sendes til den betalingsadresse som forsikringstageren har opgivet eller ved elektronisk betalingsopkrævning.

Der foretages forholdsmæssig præmierefusion ved fratræden og denne modregnes i fremtidig præmie.

Refusion af regninger for behandling/transport

Regninger vedr. behandling/transport skal være indsendt senest 3 måneder efter, at sidste behandling/transport er foretaget for at være berettiget til refusion.

3. MANGLENDE BETALING

Rykker 1: Betalingsdato + 14 dage.

Der vil af påmindelsen fremgå, at dækningen ophører såfremt præmien ikke bliver betalt efter, at påmindelsen er modtaget.

Såfremt dækningen ophører, vil anmeldte og godkendte skader blive færdigbehandlet efter gældende regler jf. punkt 7. "Ophør af forsikringen" i fællesbetingelserne.

4. GEBYRER, AFGIFTER OG RENTER

Forsikringsgiver er berettiget til at tillægge præmien et gebyr for opkrævning samt rykkergebyr og morarenter ved for sen betaling.

Eventuelle afgifter til staten vil blive opkrævet samtidig med præmien.

5. ÆNDRING I PRÆMIE OG FORSIKRINGSBETINGELSER

Præmien er fx beregnet ud fra alder på de forsikrede, virksomhedens geografiske beliggenhed, antallet af forsikrede og skadeudgiften (nuværende eller forventet).

Med mindre andet fremgår af aftalen, fastsættes præmien for 1 år af gangen.

Forsikringsgiveren kan uden varsel foretage mindre væsentlige ændringer af præmien med virkning fra aftalens førstkommande forfaldsdato. Ændringen kan ske ud over indeksering og lovmæs-

sige ændringer. Sker dette, kan forsikringstager vælge, at opsiges aftalen skriftligt senest 14 dage efter meddelelse om fornyelsespræmien er modtaget. Opsiges aftalen ikke, fortsætter denne med den ændrede præmie.

Forsikringsgiveren skal varsle væsentlige ændringer i præmie eller betingelser med mindst 3 måneder. Dette gælder ikke for indeksering, lovmæssige ændringer eller betingelsesændringer af præciserende karakter, som ikke er til ugunst for forsikringstager.

Hvis forsikringstager ikke ønsker at acceptere ændringerne, kan aftalen opsiges skriftligt senest 14 dage efter meddelelse om ændringen er modtaget. Opsiges aftalen ikke, fortsætter denne på de ændrede vilkår og/eller den ændrede præmie.

6. INDEKSREGULERING

Med mindre andet fremgår af aftalen, indekseres præmien en gang om året til hovedforfald.

Ved indekseringen forhøjes præmien med den procent løntallet afviger fra forrige års offentliggjorte indeks. Er afvigelsen negativ reguleres beløbene ikke, men forbliver uændret frem til næste indeksering.

Indekseringen sker på grundlag af det af Danmarks Statistik offentliggjorte lønindeks for den private sektor.

Ophører udgivelsen af dette indeks eller ændres grundlaget for beregningen, har forsikringsgiveren ret til at benytte et lignende indeks fra Danmarks Statistik.

7. OPHØR AF AFTALEN

Aftalen kan af såvel forsikringstager som forsikringsgiver opsiges med 3 måneders varsel til hovedforfald.

Aftalen bortfalder med udgangen af den måned hvori:

- din ansættelse ophører.
- du ikke længere bor eller arbejder i Danmark, på Færøerne eller Grønland. (Udstationerede medarbejdere er undtaget denne regel).
- aftalen ophører på grund af forsikringstagers opsigelse.

Fratræder du din stilling i virksomheden (enkelstående udmeldelse af aftalen), eller opsiges aftalen, dækkes godkendt undersøgelse og behandling i op til 3 måneder fra fratrædelsestidspunktet eller ophør af aftalen.

Er du opsagt (her menes afskediget, tilkendt invalidepension eller pension) dækkes godkendt behandling i op til 6 måneder efter ophør af aftalen.

8. OPLYSNINGSPLIGT

Du har pligt til, at afgive de oplysninger, som forsikringsgiveren fin-

der nødvendige for at afgøre, om og i hvilket omfang undersøgelse og/eller behandling er dækket.

Du har pligt til, at afgive navn, adresse og telefonnummer på hospital, læger og andre behandlere der har eller vil få kendskab til dit helbred. Forsikringsgiveren har ret til at søge om oplysninger hos disse læger og behandlere, og forelægge dem de oplysninger, som du har givet forsikringsgiveren.

Hvis du flytter skal forsikringsgiveren have meddelelse om dette. Medlemskab af Sygeforsikringen "Danmark" skal oplyses i forbindelse med anmeldelse af sygdom/skade, da forsikringsgiveren er berettiget til dette tilskud.

Forsikring i andet selskab

Har du anmeldt din sygdom/skade/lidelse til en anden forsikring, skal dette oplyses i forbindelse med anmeldelsen til os.

Vi betaler ikke behandling for skader, som der modtages fuld dækning for hos et andet selskab.

9. OVERFØRSEL AF ANCIENNITET FRA ANDEN FORSIKRINGS-GIVER

Har du haft en sundhedsforsikring i et andet selskab uden afbrudt forsikringsforhold, overføres din anciennitet til forsikringsgiveren, hvis der gives oplysninger herom.

10. FORÆLDELSE

Aftalen følger de normale regler omkring forældelse efter den gældende forældelseslov.

11. LOVVALG

Dansk rets almindelige bestemmelser om forsikringsaftaler, samt dansk lovgivning i øvrigt, finder anvendelse i det omfang denne lovgivning ikke er fraveget.

12. OPSTÅR DER UENIGHED

Er du feks. ikke enig i vores afgørelse, måden sagen er behandlet på, skal du kontakte den afdeling, der har behandlet din sag.

Klageansvarlig enhed

Er du herefter fortsat utilfreds kan vores klageansvarlige enhed kontaktes skriftligt via Mit Møhlholm.

Er der her ikke opnået et tilfredsstillende resultat, kan der indgives en skriftlig klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V
Tlf: 33 15 89 00 mellem 10.00-13.00
www.ankeforsikring.dk

Klagen skal sendes til Ankenævnet på et særligt klageskema, og der skal betales et gebyr til Ankenævnet for dets behandling af sagen.

Klageskemaet kan hentes på nævnets hjemmeside eller kan sendes fra Ankenævnet eller selskabet.

Hvis uenigheder om forsikringsaftalen bringes for retten, afgøres uenighederne efter dansk ret ved danske domstole og efter retsplejelovens regler om værneting.

1. HVEM ER DÆKKET AF AFTALEN

Forsikringstager er den virksomhed, som har indgået aftale med forsikringsgiver eller via en foreningsaftale. Virksomheden skal være registreret med CVR.nr. i Danmark, registreret på Færøerne eller Grønland med mindre andet er aftalt.

Aftalen dækker virksomheder beliggende i Danmark, på Færøerne eller Grønland, og omfatter de personer, der er nævnt i aftalen og som bor eller arbejder i Danmark, på Færøerne eller Grønland. Udstationerede er undtaget denne regel.

Den, på hvis helbred der tegnes forsikring for, er at betragte som forsikrede.

Med mindre andet fremgår af aftalen, skal du være omfattet af den offentlige sygesikring.

Hvis din ægtefælle/samlever også er omfattet af en behandlingsforsikring hos forsikringsgiveren, er "dine/mine/vores herunder plejebørn", indtil de fylder 21 år, dækket uden tillægspræmie under Behandlingsforsikring Privat, uanset bopæl.

Kollektiv børnedækning

Har din virksomhed mulighed for/tilkøbt kollektiv børnedækning, er "dine/mine/vores herunder plejebørn", indtil de fylder 24 år, dækket under Behandlingsforsikring Privat, uanset bopæl.

2. HVOR DÆKKES DER

Forsikringen dækker på de af forsikringsgiverens udvalgte kvalitetssikrede behandlingssteder.

Er du udstationeret skal undersøgelse og/eller behandling foretages i Danmark.

3. HVAD ER DÆKKET

Aftalen dækker, udgifter til undersøgelse og/eller behandling af den anmeldte sygdom/skade/lidelse, såfremt der vurderes at være tale om en svækket helbredstilstand, som kan bedres væsentligt eller kureres. Der dækkes én behandlingsform ad gangen. Forsikringsgiveren kan vælge at dække flere samtidig.

4. HVAD DÆKKES IKKE

Udover de undtagelser, der fremgår under de enkelte dækninger, omfatter aftalen, uanset sindstilstanden på skadetidspunktet ikke:

- akut behandling (fx skadestue eller lægevagt)
- praktiserende læge/speciallæge i almen medicin
- skader der er fremkaldt ved fortsæt eller ved grov uagtsomhed
- eksperimentel behandling
- skader opstået under udøvelse af professionel sport (når sporten drives, som hovederhverv)
- attester og rapporter
- refusion af moms
- rejseomkostninger i udlandet
- gebyr ved manglende rettidigt afbud

- private udgifter – herunder udgifter til hotelophold og til ledsager.
- udgifter til undersøgelse/behandling af sygdom/skade/lidelse under rejser/ophold i udlandet.
- Transport se dog punkt 1 under Sundhedsforsikring Fritid.

5. HVORDAN BRUGER DU DIN FORSIKRING?

Henvising

Er du af din praktiserende læge eller speciallæge henvist til undersøgelse og/eller behandling, og du ønsker at bruge din forsikring, skal du anmelde det til forsikringsgiveren. (Henvising er ikke et krav, hvis du skal til kiropraktor, akupunktør, massør, zoneterapeut, fodterapeut, ergoterapeut, øjenlæge, akut til psykolog, til psykolog grundet arbejdsrelateret stress, skilsmisse eller utroskab). Der dækkes med maksimalt 650 kr. plus moms pr. henvising.

Igangsættelse af behandling

Det er vigtigt, at du ikke igangsætter undersøgelse og eller behandling uden forudgående skriftlig godkendelse fra forsikringsgiveren, da du ellers ikke vil have ret til dækning. (Akut behandling af sygdom/skade/lidelse hos psykolog, fysioterapeut eller kiropraktor må påbegyndes inden godkendelse fra forsikringsgiveren. Skadeanmeldelse skal dog indsendes senest 14 dage efter 1. behandling).

Ved behov for akut psykologisk krisehjælp uden for vores åbningstid, ringer du som altid på tlf. 6520 2120. Indledningsvist får du fat i vores telefonsvarer. Her skal du blot trykke 1 for at komme videre til personlig betjening og kompetent hjælp.

Anmeldelse i forsikringstiden

Anmeldelse skal ske i forsikringstiden.

Akut behandling

Har du brug for akut hjælp skal du altid kontakte egen læge, skadestuen, lægevagten eller ringe 112.

6. MAKSIMAL ERSTATNING

I forsikringsaftalen/velkomstbrevet er anført den maksimale sum, som denne forsikring dækker pr. forsikrede pr. år.

7. IGANGVÆRENDE BEHANDLING I ANDET SELSKAB

Har du anmeldt en sygdom/Skade/lidelse i dit tidligere selskab, er der først dækning for denne hos os efter 3 måneder regnet fra indtrædelsen.

8. KARENS

Der er ingen karens på forudbestående lidelser, dog dækkes igangværende og planlagt behandling ikke.

For ordninger, hvor der er tilmeldt mindre end 5 medarbejdere eller frivillige ordninger, er der 6 måneders karens på forudbestående lidelser.

Skaden/lidelsen skal være relateret til arbejdstiden

Forsikringsgiveren dækker undersøgelse og behandling af sygdom/skade/lidelse, der er direkte relateret til arbejdslivet.

1. UNDERSØGELSE OG BEHANDLING PÅ PRIVATHOSPITAL OG PRIVATKLINIK

Udgifter på privathospital/privatlinik i forbindelse med undersøgelse og behandling af sygdom/skade/lidelse er dækket. Din bevilgning er gyldig i 4 måneder regnet fra anmeldelsesdagen.

Undersøgelse, behandling og operation må kun foretages af speciallæger.

I forsikringsgiverens behandlernetværk

Du henvises til undersøgelser og behandling i forsikringsgiverens landsdækkende behandlernetværk, som består af kvalitetssikrede privathospitaler og privatklinikker. Du garanteres første undersøgelse 10 hverdage efter, at din anmeldelse er godkendt.

Uden for forsikringsgiverens behandlernetværk

Undersøgelse og behandling på behandlingssteder i Danmark udenfor forsikringsgiverens netværk, dækkes hvis behandlingsstedet er akkrediteret og lever op til danske offentlige hospitalers standard. Forsikringsgiveren dækker maksimalt beløb svarende til udgiften ved behandling indenfor netværket. Forsikringsgiveren kan undlade at dække en re-operation.

Undersøgelse og behandling på behandlingssteder i Norge, England eller EU, udenfor forsikringsgiverens netværk, kan forsikringsgiveren afvise at dække eller vælge at dække med maksimalt det beløb (tillagt 25 %), som behandlingen ville have kostet i behandlernetværk. Forsikringsgiveren kan undlade, at dække en re-operation.

Overvægt af betydning for resultatet

Vurderes det, at overvægt har betydning for resultatet af din operation, kræves det fra forsikringsgiveren, at du taber dig til tæt på normalvægt (BMI på 36 og derunder).

Øvrigt

Nyopståede vorter (opstået indenfor 3 måneder) dækkes, hvis de vurderes, at svække din helbredstilstand. Du er dækket i maksimalt 4 måneder gældende fra anmeldelsesdagen.

Åreknuder dækkes, hvis følgende tre symptomer er til stede:

- daglige og natlige smerter
- megen hævelse
- påvirkning af den natlige søvn

Ligeledes dækkes åreknuder ved sår på ben.

2. OPINION

Vurderes det sundhedsfagligt, at du står overfor en vanskelig stil-

lingtagen, eller er der usikkerhed vedrørende din diagnose eller fremtidige behandling, kan vi vælge, at dække en 2. opinion.

3. OPINION

Er to speciallæger uenige vedrørende din diagnose, eller hvilken behandling du skal tilbydes, kan forsikringsgiveren vælge, at dække en 3. opinion.

Hjælpemidler

I tilslutning til kirurgisk behandling på privathospital dækker forsikringsgiveren dine udgifter til hjælpemidler, som er et nødvendigt led i behandlingen.

Kontroller

Nødvendige kontroller efter din operation dækkes i op til 24 måneder.

Medicin

Dine udgifter til medicin er dækket i op til 2 år. Medicinen skal være receptpligtig og ordineret af den behandlende speciallæge på privathospital, hvor forsikringsgiveren har dækket forløbet. Håndkøbsmedicin og medicin, som både fås på recept og i håndkøb, dækkes ikke.

Genoptræning efter operation

Speciallægeordineret genoptræning hos fysioterapeut og kiropraktor (normalbehandlinger) efter en operation i bevægeapparatet, dækkes i op til 24 måneder. Genoptræningen skal være led i behandlingen af en dækningsberettiget lidelse. Tillægsydelse som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage o.l. dækkes ikke. For at opnå fuld refusion, skal du have en gyldig henvisning til fysioterapisamt benytte en fysioterapeut med ydernummer.

Vælger du en fysioterapeut uden ydernummer dækker forsikringsgiveren med beløbet svarende til patientandelen for almindelige fysioterapi (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

Holdtræning hos fysioterapeut dækkes og skal være et led i genoptræningen. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning ved almindelig fysioterapi (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

I forbindelse med genoptræning efter operation kan du, efter minimum tre måneders fysioterapeutisk genoptræning, vælge at konvertere op til 9 måneders behandling til et medlemskab i Fitness World (oprettes af forsikringsgiveren). Det kræves, at konverteringen er et led i behandlingen. Genoptræningen kan samlet ikke overstige de ovennævnte 24 måneder.

Benytter du et andet fitnesscenter, dækkes der med 155 kr. pr. måned. (Forsikringsgiveren kan kræve dokumentation for fremmøde-

frekvens).

Ergoterapi efter operation

Der dækkes med op til 10 ergoterapibehandlinger efter operation i bevægeapparatet, hvis forsikringsgiveren har dækket din operation. Behandlingerne tildeles i portioner og dækkes med maksimalt 395 kr.

Hjemmesygeplejerske og hjemmehjælp

Hjemmesygeplejerske og eller hjemmehjælp efter operation er dækket, hvis det ordineres af den opererende speciallæge og er et led i behandlingen af en dækningsberettiget lidelse.

Rekreation

Rekreation (genoptræning og fysioterapi) efter en operation dækkes i op til 3 måneder. Rekreationen skal være speciallægeordineret, føre til varig bedring samt være et led i behandlingen af en dækningsberettiget lidelse. Der dækkes med op til 60.000 kr., og der ydes tilskud til husleje og behandling. Der ydes ikke tilskud til afstresning, massage og ferielignende ophold.

Kræft

Udredning og behandling af kræft er dækket.

Undtaget er dog kræftformer, som kræver udredning og behandling af høj kompleksitet (herunder kemo- og strålebehandling) eller hvor der bliver henvist til pakkeforløb i det offentlige.

Pakkeforløb

Er du af egen læge eller en speciallæge henvist til pakkeforløb i det offentlige, skal dette benyttes.

Basalcellekarcinom (hudkræft)

Basalcellekarcinom (hudkræft) dækkes op til 3 gange i forsikringstiden og 1. kontrol efter udført behandling er dækket.

Brystkræft

Har forsikringsgiveren dækket en brystkræftoperation, dækkes også rekonstruktionen af dit bryst. Rekonstruktionen skal foretages inden for 14 måneder regnet fra operationen.

Årskontrol efter kræftbehandling

Har forsikringsgiveren dækket din behandling for kræft, dækkes første årskontrol. Undtaget er basalcellekarcinom (hudkræft).

2. HOSPICE OG TERMINAL PLEJE

Ophold på dansk hospice dækkes i op til 3 måneder med op til 30.000 kr. Opholdet skal være speciallægeordineret.

Alternativt kan du godkendes til terminal pleje i hjemmet. Plejen skal varetages af en hjemmesygeplejerske, og der dækkes med op til 30.000 kr.

3. ALLERGIVACCINATION

Allergivaccination dækkes med op til 1.000 kr. pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Der kan dækkes i 3 år.

4. TANDBEHANDLING

Forsikringsgiveren dækker tandskader opstået, som følge af en ulykke (ved en ulykke forstås legemebeskadigelse, der rammer den forsikrede ufrivilligt gennem en pludselig udefrakommende hændelse). Skader opstået grundet besvimelse, ildebefindende eller anden tilstand, som kan sidestilles hermed, dækkes ikke.

Dækningsberettigede tænder: 1+, 2+, 3+, 4+, +1, +2, +3, +4 1-, 2-, 3-, 4- 1-, 2-, 3-, 4-.

Det er kun de direkte påvirkede tænder, som dækkes.

Tandbehandling kan dækkes i maksimalt 6 måneder fra ulykkestidspunktet.

Har du en generel dårlig tandstatus vil det medføre en nedsat dækning. (Eksempelvis ved paradentose, karies, mange tidligere behandlinger, tidligere rodbehandlinger, tidligere skader). Dækningen er her på 40%.

5. FORSIKRINGSGIVEREN DÆKKER IKKE

- Udredning- og eller behandlingsforløb som af forsikringsgiveren betragtes at være af høj kompleksitet. Disse skal varetages af speciallæger tilknyttet specialenheder i det offentlige sundhedsvæsen.
- Offentlige ydelser/ydelser som ikke foretages på privathospital (eksempelvis knoglescintigrafi).
- Behandling af en kronisk lidelse. Dog dækkes operation, som kan kurere eller bedre tilstanden væsentligt.
- Behandling af aktinisk keratose.
- Botox.
- Vækstfaktor og orthokine behandling.
- Radiofrekvensablation (RFA), DC-konvertering, KAG og hjerteoperationer.
- Shockwave o.l.
- CPM-maskine og hjælpemidler i hjemmet.
- Almindelig synsundersøgelse
- Tyggeskader samt tandbehandling af kunstige tænder, stifttænder eller tænder, der er blevet behandlet ved tidligere ulykkestilfælde.
- Tandproteser, broer og knogleopbygning.
- Undersøgelse og behandling ved tandlæge/kæbekirurg. Se dog punkt 4.
- Tilskud til høreapparat eller anden høreforbedrende behandling.
- Indlæg og såler.

Sygdom/skade/lidelse skal være relateret til arbejdstiden

Forsikringsgiveren dækker undersøgelse og behandling af sygdom/skade/lidelse, der er direkte relateret til arbejdslivet.

1. FYSIOTERAPI OG KIROPRAKTIK - GENERELT

Forsikringsgiveren dækker fysioterapi og kiropraktik (normalbehandling) til sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet. Tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage o.l. dækkes ikke. Behandling kan finde sted i eller uden for forsikringsgiverens netværk.

Ved manglende bedring eller behandlingsantal over 10, kan forsikringsgiveren bede om en lægefaglig vurdering.

Der tildeles behandlinger pr. region (ryggen opdeles i to: nakke og resten), knæ, hofte, skulder osv.

Henvi sning til fysioterapi, refusion og tilskud

For at sikre fuld refusion skal der foreligge en gyldig henvisning fra egen læge eller en speciallæge og du skal benytte en fysioterapeut med ydernummer. Vælger du en fysioterapeut uden ydernummer dækkes der med beløbet svarende til patientandelen for almindelig fysioterapi (indeksreguleres hvert år pr. 1.januar).

Er du bosat i Sverige og Norge, dækkes det fulde beløb.

Holdtræning hos fysioterapeut dækkes og skal være et led i behandlingen. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning ved almindelig fysioterapi (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

Fysioterapi og kiropraktik ved skade/lidelse i bevægeapparatet (ikke opereret)

Forsikringsgiveren dækker med det nødvendige antal behandlinger til skader/lidelser i bevægeapparatet (ikke opereret). Behandlingerne tildeles i portioner.

I forbindelse med din fysioterapeutiske behandling kan du efter minimum én måneds behandling vælge, at konvertere op til 5 måneders behandling til et abonnement hos Fitness World (oprettes af forsikringsgiveren). Det kræves, at konverteringen er et led i behandlingen.

Benytter du et andet fitnesscenter, dækkes der med 155 kr. pr. måned. (Forsikringsgiveren kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

Fysioterapi for graviditetsgener

Hvis der konstateres rygsmert er eller andre gener/symptomer i forbindelse med graviditet i uge 13 eller senere, kan der maksimalt bevilliges 6 fysioterapi behandlinger.

Genoptræning efter operation i det offentlige

Har du fået foretaget en operation i bevægeapparatet på et offentligt sygehus eller på et privathospital betalt af det offentlige, dækkes genoptræning hos en fysioterapeut i op til 12 måneder. (Der regnes fra operationsdagen).

Fysioterapi og kiropraktik til kronisk bevægeapparatslidelse

Har du fået konstateret slidgigt af en speciallæge, dækkes der med op til 12 fysioterapi- eller kiropraktikbehandlinger pr. løbende 12 måneder. Behandlingerne tildeles i portioner.

Har du fået konstateret en anden kronisk bevægeapparatslidelse (ikke slidgigt) af en speciallæge, dækkes der med op til 12 fysioterapi- eller kiropraktikbehandlinger pr. løbende 12 måneder, hvis disse skønnes at føre til betydelig bedring. Hver lidelse dækkes i maksimalt 3 år. Behandlingerne tildeles i portioner.

Der kan i alt kun bevilliges én kronisk bevilling pr. 12 løbende måneder. Benyttes der akupunktur eller zoneterapi modregnes disse i antallet af behandlinger.

Du har, som led i behandlingen af en kronisk lidelse i bevægeapparatet, mulighed for at få dækket et abonnement hos Fitness World (oprettes af forsikringsgiveren). Der dækkes i 3 måneder, hvorefter der kun kan dækkes yderligere, såfremt frekvensen af træningspas (i første måned og herefter) har været minimum 8.

Benytter du et andet fitnesscenter, dækkes der med 155 kr. pr. måned. (Forsikringsgiveren kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

2. AKUPUNKTUR, ZONETERAPI, MASSAGE OG ERGOTERAPI

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet (ikke opereret), dækkes med akupunktur, zoneterapi, massage og ergoterapi.

Akupunktur

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 10 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne tildeles i portioner.

Behandlingen skal foretages af en behandler, som er medlem af Danske Akupunktører(DA), Praktiserende Akupunktører(PA), DA-KOBE eller Boel Akupunktur. Der dækkes med op til 395 kr. pr. behandling.

Zoneterapi

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 10 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne tildeles i portioner.

Behandlingen skal foretages af en behandler, som er medlem af Zoneconnection (ZCT) eller Forenede Danske Zoneterapeuter (FDZ).

Der dækkes med op til 395 kr. pr. behandling.

Akupunktur og zoneterapi til kronisk bevægeapparatslidelse

En kronisk lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 10 akupunktur- eller zoneterapibehandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen, såfremt disse fører til en væsentlig bedring. Behandlinger tildeles i portioner.

For valg af behandler og refusion se ovenfor.

Der kan i alt kun bevilliges én kronisk bevilling pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Benyttes der kiropraktik eller fysioterapi, modregnes disse i antallet af behandlinger.

Massage

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 4 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne tildeles i portioner.

Behandlingerne skal foretages af en RAB-registreret massør og dækkes med op til 395 kr.

Ergoterapi

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 10 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlinger tildeles i portioner, og der dækkes med op til 395 kr. pr. behandling.

3. FODTERAPI

Der dækkes med op til 6 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne skal varetages af en statsautoriseret fodterapeut med overenskomst med den offentlige sygesikring.

4. PSYKOLOG OG PSYKIATER

Forsikringsgiveren dækker psykologbehandling hos en cand. psyk. samt udredning hos en psykiater.

Psykolog

Behandlinger kan foretages via såvel forsikringsgiverens behandlernetværk som hos psykologer uden for netværket (selvvalgt). Behandlingerne tildeles i portioner og skal varetages af en cand. psyk.

Bliver du behandlet for arbejdsrelateret stress, kan du kombinere forløbet med et medlemskab i Fitness World (oprettes af forsikringsgiveren). Benytter du et andet fitnesscenter, dækker forsikringsgiveren med 155 kr. pr. måned. (Forsikringsgiveren kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

I forsikringsgiverens behandlernetværk

Ved psykologbehandling i forsikringsgiverens behandlernetværk er du dækket med det nødvendige antal behandlinger. Din bevilling er

gyldig i 6 måneder regnet fra anmeldelsesdagen og kan herefter forlænges.

Uden for forsikringsgiverens behandlernetværk - selvvalgt psykolog

Du er dækket med det nødvendige antal behandlinger hos en selvvalgt psykolog, i op til op til 6 måneder regnet fra lidelsens første anmeldelsesdag.

Behandlinger dækkes med beløb svarende til praksishonoraret for en psykologydelse i henhold til sygesikringsoverenskomsten. (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

Der kan efter 6 måneders behandling først godkendes til behandling for samme sygdom/lidelse efter 12 måneder regnet fra lidelsens første anmeldelsesdag.

Akut psykologisk krisehjælp

Akut psykologisk krisehjælp er omfattet ved alvorlige ulykker, dødsfald, vold, trusler, overfald ved røveri, livstruende sygdom.

Psykiater

Udredning og medicinsk opstart/justering hos psykiater dækkes i maksimalt 6 måneder regnet fra første anmeldelsesdag af den psykiske lidelse. Konsultationerne tildeles i portioner. Der dækkes med maksimalt 2.000 kr. pr. konsultation.

Er du blevet udredt hos en psykiater, kan forsikringsgiveren efter de 6 måneder regnet fra lidelsens første anmeldelsesdag, udelukkende dække psykologbehandling hos en psykolog i behandlernetværket.

Psykiater til samtaleterapi

Anvendes en psykiater til samtaleterapi, sidestilles dette med behandling hos en selvvalgt psykolog og afregnes tilsvarende.

5. FORSIKRINGSGIVEREN DÆKKER IKKE

- Udredning- og/eller behandlingsforløb, som af forsikringsgiveren betragtes, at være af høj kompleksitet. Disse skal varetages af det offentlige sundhedsvæsen.
- Behandling med fysioterapi og/eller kiropraktik i vores behandlernetværk, såfremt behandling er startet hos en behandler uden for vores behandlernetværk.
- Behandling med fysioterapi og/eller kiropraktik uden for vores behandlernetværk, såfremt behandling er påbegyndt i vores behandlernetværk.
- Indlæg og såler.
- CPM-maskine og hjælpemidler i hjemmet
- Behandling af en alvorlig psykisk sygdom (eksempelvis PTSD).
- Psykologbehandling varetaget af cand. pæd. psyk.
- Adfærdsregulerende behandling.
- Psykiske lidelser med mere end 7 års varighed. Der regnes fra første behandling hos psykolog/ psykiater og frem til sidste gang.

Forsikringsgiveren dækker udgifter til alkohol- og misbrugsafvænning.

1. ALKOHOL- OG MISBRUGSAFVÆNNING

Forsikringsgiveren dækker ambulans- eller døgnbehandling i forbindelse med misbrug af:

- alkohol
- rusmiddel
- medicin

Der dækkes med maksimalt 85.000 kr. pr. 12 løbende måneder på dansk misbrugscenter, hvor relevant sundhedsfagligt personale er tilknyttet (heriblandt læge og psykiater).

Der er ikke begrænsning på antal forløb.

Antabusbehandling

Ambulant speciallægeordineret antabusbehandling dækkes i op til 1 år.

Sygdom/skade/lidelse skal være relateret til fritiden

Forsikringsgiveren dækker undersøgelse og behandling af sygdom/skade/lidelse, der er direkte relateret til fritiden.

1. UNDERSØGELSE OG BEHANDLING PÅ PRIVATHOSPITAL OG PRIVATKLINIK

Udgifter til privathospital/privatlinik i forbindelse med undersøgelse og behandling af sygdom/skade/lidelse, er dækket. Din bevilgning er gyldig i 4 måneder regnet fra anmeldelsesdagen.

Undersøgelse, behandling og operation må kun foretages af speciallæger.

I forsikringsgiverens behandlernetværk

Du henvises til undersøgelser og behandling i forsikringsgiverens landsdækkende behandlernetværk, som består af kvalitetssikrede privathospitaler og privatklinikker. Du garanteres første undersøgelse 10 hverdage efter, at din anmeldelse er godkendt.

Uden for forsikringsgiverens behandlernetværk

Undersøgelse og behandling på behandlingssteder i Danmark uden for forsikringsgiverens netværk, dækkes hvis behandlingsstedet er akkrediteret og lever op til danske offentlige hospitalers standard. Forsikringsgiveren dækker maksimalt beløb svarende til udgiften ved behandling inden for netværket. Forsikringsgiveren kan undlade at dække en re-operation.

Undersøgelse og behandling på behandlingssteder i Norge, England eller EU, uden for forsikringsgiverens netværk, kan forsikringsgiveren afvise at dække eller vælge at dække med maksimalt det beløb (tillagt 25 %), som behandlingen ville have kostet i behandlernetværk. Forsikringsgiveren kan undlade, at dække en re-operation.

Overvægt af betydning for resultatet

Vurderes det, at overvægt har betydning for resultatet af din operation, kræves det fra forsikringsgiveren, at du taber dig til tæt på normalvægt (BMI på 36 og derunder).

Øvrigt

Kønsvorter dækkes op til 3 gange i forsikringstiden.

Nyopståede vorter og vandvorter (opstået inden for 3 måneder) dækkes, hvis de vurderes at svække din helbredstilstand. Du er dækket i maksimalt 4 måneder gældende fra anmeldelsesdagen.

Åreknuder dækkes, hvis følgende tre symptomer er til stede:

- daglige og natlige smerter
- megen hævelse
- påvirkning af den natlige søvn

Ligeledes dækkes åreknuder ved sår på ben.

Hængende øjenlåg opereres, hvis du er sygemeldt pga. lidelsen,

eller har mistet din køretilladelse.

2. opinion

Vurderes det sundhedsfagligt, at du står overfor en vanskelig stillingtagen, eller er der usikkerhed vedrørende din diagnose eller fremtidig behandling, kan vi vælge, at dække en 2. opinion.

3. opinion

Er to speciallæger uenige vedrørende din diagnose, eller hvilken behandling du skal tilbydes, kan forsikringsgiveren vælge at dække en 3. opinion.

Hjælpemidler

I tilslutning til kirurgisk behandling på privathospital dækker forsikringsgiveren dine udgifter til hjælpemidler, som er et nødvendigt led i behandlingen.

Kontroller

Nødvendige kontroller efter din operation dækkes i op til 24 måneder.

Medicin

Dine udgifter til medicin er dækket i op til 2 år. Medicinen skal være receptpligtig og ordineret af den behandlende speciallæge på privathospital, hvor forsikringsgiveren har dækket forløbet. Håndkøbsmedicin og medicin, som både fås på recept og i håndkøb, dækkes ikke.

Transport

Vurderer speciallægen på privathospitalet, at din helbredstilstand kræver en ambulancetransport, dækker forsikringsgiveren udgifterne til denne.

Transportudgifter i Danmark til og fra privathospital/privatlinik dækkes efter statens laveste takst (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar). Dette gælder udelukkende for transport i bopælsregionen. De første 25 km hver vej er altid for egen regning.

Genoptræning efter operation

Speciallægeordineret genoptræning hos fysioterapeut og kiropraktor (normalbehandlinger) efter en operation i bevægeapparatet, dækkes i op til 24 måneder. Genoptræningen skal være led i behandlingen af en dækningsberettiget lidelse. Tillægsydelse som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage o.l. dækkes ikke. For at opnå fuld refusion, skal du have en gyldig henvisning til fysioterapi samt benytte en fysioterapeut med ydernummer.

Vælger du en fysioterapeut uden ydernummer, dækker forsikringsgiveren med beløbet svarende til patientandelen for almindelige fysioterapi (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

Holdtræning hos fysioterapeut dækkes og skal være et led i genoptræningen. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen

for holdtræning ved almindelig fysioterapi (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

I forbindelse med genoptræning efter operation kan du, efter minimum tre måneders fysioterapeutisk genoptræning, vælge at konvertere op til 9 måneders behandling til et medlemskab i Fitness World (oprettes af forretningsgiveren). Det kræves, at konverteringen er et led i behandlingen. Genoptræningen kan samlet ikke overstige de ovennævnte 24 måneder.

Benytter du et andet fitnesscenter, dækkes der med 155 kr. pr. måned. (Forsikringsgiveren kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

Ergoterapi efter operation

Der dækkes med op til 10 ergoterapibehandlinger efter operation i bevægeapparatet, hvis forretningsgiveren har dækket din operation. Behandlingerne tildeles i portioner og dækkes med op til 395 kr.

Hjemmesygeplejerske og hjemmehjælp efter operation er dækket, hvis det ordineres af den opererende speciallæge og er et led i behandlingen af en dækningsberettiget lidelse.

Rekreation

Rekreation (genoptræning og fysioterapi) efter en operation dækkes i op til 3 måneder. Rekreationen skal være speciallægeordineret, føre til varig bedring samt være et led i behandlingen af en dækningsberettiget lidelse. Der dækkes med op til 60.000 kr., og der ydes tilskud til husleje og behandling. Der ydes ikke tilskud til afstresning, massage og ferielignende ophold.

Kræft

Udredning og behandling af kræft er dækket.

Undtaget er dog kræftformer, som kræver udredning og behandling af høj kompleksitet (herunder kemo- og strålebehandling), eller hvor der bliver henvist til pakkeforløb i det offentlige.

Pakkeforløb

Er du af egen læge eller en speciallæge henvist til pakkeforløb i det offentlige, skal dette benyttes.

Basalcellekarcinom (hudkræft)

Basalcellekarcinom (hudkræft) dækkes maksimalt 3 gange i forsikringstiden og 1. kontrol efter udført behandling er dækket.

Brystkræft

Har forsikringsgiveren dækket en brystkræftoperation, dækkes også rekonstruktionen af dit bryst. Rekonstruktionen skal foretages inden for 14 måneder regnet fra operationen.

Årskontrol efter kræftbehandling

Har forsikringsgiveren dækket din behandling for kræft, dækkes første årskontrol. Undtaget er basalcellekarcinom (hudkræft).

2. HOSPICE OG TERMINAL PLEJE

Ophold på dansk hospice dækkes i op til 3 måneder med op til 30.000 kr. Opholdet skal være speciallægeordineret.

Alternativt kan du godkendes til terminal pleje i hjemmet. Plejen skal varetages af en hjemmesygeplejerske, og der dækkes med op til 30.000 kr.

3. ALLERGIVACCINATION

Allergivaccination dækkes med op til 1.000 kr. pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Der kan dækkes i 3 år.

4. DIÆTIST

Vejledning hos en diætist dækkes ved BMI under 18 og over 30, eller hvis der er diagnosticeret en alvorlig sygdom (hjertesygdom, som kræver medicinsk behandling, cøliaki, diabetes mellitus, behandlingskrævende stofskiftesygdomme eller stofskiftesygdom stammende fra skjoldbruskkirtlen).

Diætistvejledning dækkes i 4 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Der kan søges om et nyt forløb for samme problemstilling efter 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen.

Forløbet kan kombineres med et medlemskab i Fitness World (oprettes af forsikringsgiveren). Benytter du et andet fitnesscenter, dækkes der med 155 kr. pr. måned (forsikringsgiveren kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

Forløbet kan samlet ikke overstige 4 måneder.

5. FODTERAPI

Der dækkes med op til 6 behandlinger pr. 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne skal varetages af en statsautoriseret fodterapeut med overenskomst med den offentlige sygesikring.

6. TANDBEHANDLING

Forsikringsgiveren dækker tandskader opstået som følge af en ulykke (ved en ulykke forstås legemsbeskadigelse, der rammer den forsikrede ufrivilligt gennem en pludselig udefrakommende hændelse).

Skader opstået grundet besvimelse, ildebefindende eller anden tilstand, som kan sidestilles hermed, dækkes ikke.

Dækningsberettigede tænder: 1+, 2+, 3+, +1, +2, +3, 1-, 2-, 3-, -1, -2, -3.

Det er kun de direkte påvirkede tænder, som dækkes.

Tandbehandling dækkes i maksimalt 6 måneder fra ulykkestidspunktet.

Har du en generel dårlig tandstatus, vil det medføre en nedsat dækning. (Eksempelvis ved parodontose, karies, mange tidligere behandlinger, tidligere rodbehandlinger, tidligere skader). Dækningen er her på 40%.

7. FYSIOTERAPI OG KIROPRAKTIK – GENERELT

Forsikringsgiveren dækker fysioterapi og kiropraktik (normalbehandlinger) til sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet. Tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage o.l. dækkes ikke. Behandling kan finde sted i eller uden for forsikringsgiverens netværk.

Ved manglende bedring eller behandlingsantal over 10, kan forsikringsgiveren bede om en lægefaglig vurdering.

Der tildeles behandlinger pr. region (ryggen opdeles i to: nakke og resten), knæ, hofte, skulder osv.

Henvi sning til fysioterapi, refusion og tilskud

For at sikre fuld refusion skal der foreligge en gyldig henvisning fra egen læge eller en speciallæge, og du skal benytte en fysioterapeut med ydernummer. Vælger du en fysioterapeut uden ydernummer, dækkes der med beløbet svarende til patientandelen for almindelig fysioterapi (indeksreguleres hvert år pr. 1.januar).

Er du bosat i Sverige eller Norge, dækkes det fulde beløb.

Holdtræning hos fysioterapeut dækkes og skal være et led i behandlingen. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning ved almindelig fysioterapi (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

Fysioterapi og kiropraktik ved skade/lidelse i bevægeapparatet (ikke opereret)

Forsikringsgiveren dækker med det nødvendige antal behandlinger til sygdom/skade/lidelse, i bevægeapparatet (ikke opereret). Behandlingerne tildeles i portioner.

I forbindelse med fysioterapeutisk behandling kan du efter minimum én måneds behandling vælge at konvertere op til 5 måneders behandling til et abonnement hos Fitness World (oprettes af forsikringsgiveren). Det kræves, at konverteringen er et led i behandlingen.

Benytter du et andet fitnesscenter, dækkes med 155 kr. pr. måned. (Forsikringsgiveren kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

Fysioterapi for graviditetsgener

Hvis der konstateres rygsmerter eller andre gener/symptomer i forbindelse med graviditet i uge 13 eller senere, kan der maksimalt bevilliges 6 fysioterapibehandlinger.

Genoptræning efter operation i det offentlige

Har du fået foretaget en operation i bevægeapparatet på et offentligt sygehus eller på et privathospital betalt af det offentlige, dækkes genoptræning hos en fysioterapeut i op til 12 måneder. (Der regnes fra operationsdagen).

Fysioterapi og kiropraktik til kronisk bevægeapparatslidelse

Har du fået konstateret slidgigt af en speciallæge, dækkes der med op til 12 fysioterapi- eller kiropraktikbehandlinger pr. løbende 12 måneder. Behandlingerne tildeles i portioner.

Har du fået konstateret en anden kronisk bevægeapparatslidelse (ikke slidgigt) af en speciallæge, dækkes der med op til 12 fysioterapi- eller kiropraktikbehandlinger pr. løbende 12 måneder, hvis disse skønnes at føre til betydelig bedring. Hver lidelse dækkes i maksimalt 3 år. Behandlingerne tildeles i portioner.

Der kan i alt kun bevilliges én kronisk bevilling pr. 12 løbende måneder. Benyttes der akupunktur eller zoneterapi modregnes disse i antallet af behandlinger.

Du har, som led i behandlingen af en kronisk lidelse i bevægeapparatet, mulighed for at få dækket et abonnement hos Fitness World (oprettes af forsikringsgiveren). Der dækkes i 3 måneder, hvorefter der kun kan dækkes yderligere, såfremt frekvensen af træningspas (i første måned og herefter) har været minimum 8.

Benytter du et andet fitnesscenter, dækkes der med 155 kr. pr. måned. (Forsikringsgiveren kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

8. AKUPUNKTUR, ZONETERAPI, MASSAGE OG ERGOTERAPI

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet (ikke opereret), dækkes med akupunktur, zoneterapi, massage og ergoterapi.

Akupunktur

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 10 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne tildeles i portioner.

Behandlingen skal foretages af en behandler, som er medlem af Danske Akupunktører(DA), Praktiserende Akupunktører(PA), DAKOBE eller Boel Akupunktur. Der dækkes med op til 395 kr. pr. behandling.

Zoneterapi

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 10 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne tildeles i portioner.

Behandlingen skal foretages af en behandler, som er medlem af Zoneconnection (ZCT) eller Forenede Danske Zoneterapeuter (FDZ). Der dækkes med op til 395 kr. pr. behandling.

Akupunktur og zoneterapi til kronisk bevægeapparatslidelse

En kronisk lidelse i bevægeapparatet dækkes med i alt op til 10 akupunktur- eller zoneterapibehandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlinger tildeles i portioner.

For valg af behandler og refusion se ovenfor.

Der kan i alt kun bevilliges én kronisk bevilling pr. løbende 12 måneder. Benyttes der kiropraktik eller fysioterapi modregnes disse i antallet af behandlinger.

Behandlingerne skal føre til en væsentlig bedring.

Massage

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 4 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne tildeles i portioner.

Behandlingerne skal foretages af en RAB-registreret massør og dækkes med op til 395 kr.

Ergoterapi

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 10 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlinger tildeles i portioner og der dækkes med op til 395 kr. pr. behandling.

9. PSYKOLOG OG PSYKIATER

Forsikringsgiveren dækker psykologbehandling hos en cand. psyk. samt udredning hos en psykiater.

Psykolog

Behandlinger kan foretages via såvel forsikringsgiverens behandlernetværk som hos psykologer uden for netværket (selvvalgt). Behandlingerne tildeles i portioner og skal varetages af en cand. psyk.

I forsikringsgiverens behandlernetværk

Ved psykologbehandling i forsikringsgiverens behandlernetværk, er du dækket med det nødvendige antal behandlinger. Din bevilling er gyldig i 6 måneder regnet fra anmeldelsesdagen og kan herefter forlænges.

Uden for forsikringsgiverens behandlernetværk - selvvalgt psykolog

Du er dækket med det nødvendige antal behandlinger hos en selvvalgt psykolog i op til maksimalt 6 måneder regnet fra lidelsens første anmeldelsesdag.

Behandlinger dækkes med beløb svarende til praksishonoraret for en psykologydelse i henhold til sygesikringsoverenskomsten. (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

Der kan efter 6 måneders behandling først godkendes til behandling for samme sygdom/lidelse efter 12 måneder regnet fra lidelsens første anmeldelsesdag.

Akut psykologisk krisehjælp

Akut psykologisk krisehjælp er dækket ved alvorlige ulykker, dødsfald, vold, trusler, overfald ved røveri, livstruende sygdom.

Psykiater

Udredning og medicinsk opstart/justering hos psykiater dækkes i 6 måneder regnet fra første anmeldelsesdag af den psykiske sygdom/lidelse. Konsultationerne tildeles i portioner.

Der dækkes med op til 2.000 kr. pr. konsultation.

Er du blevet udredt hos en psykiater, kan forsikringsgiveren efter de 6 måneder regnet fra lidelsens første anmeldelsesdag, udelukkende dække psykologbehandling hos en psykolog i forsikringsgiverens behandlernetværk.

Psykiater til samtaleterapi

Anvendes en psykiater til samtaleterapi sidestilles dette med behandling hos en selvvalgt psykolog og afregnes tilsvarende.

10. LUDOMANI

Ludomani med økonomisk islæt dækkes med op til 60.000 kr. i op til 3 måneder regnet fra anmeldelsesdagen.

11. FORSIKRINGSGIVEREN DÆKKER IKKE

- Udredning- og eller behandlingsforløb som af forsikringsgiveren betragtes at være af høj kompleksitet. Disse skal varetages af speciallæger tilknyttet specialenheder i det offentlige sundhedsvæsen.
- Pilonidalcyste.
- Offentlige ydelser/ydelser som ikke foretages på privathospital (eksempelvis knoglescintigrafi).
- Behandling af HIV eller enhver tilstand, som skyldes eller kan tilskrives HIV.
- Dialysebehandling og organtransplantation.
- Behandling for barnløshed samt provokeret abort
- Sygdomme hos det ufødte og graviditetsproblemer.
- Impotens
- Behandling af en kronisk lidelse. Dog dækkes operation, som kan

kurere eller bedre tilstanden væsentligt.

- Behandling af søvnapnø med C-PAP og operation.
- Operation for korrektion af nær- og langsynethed samt bygningsfejl.
- Synskorrigerende linser i forbindelse med operation for grå stær.
- Almindelig synsundersøgelse
- Undersøgelse og behandling af samsynsproblemer og skelen.
- Vitrektomi.
- Acne, psoriasis, vitiligo, rosacea og hudlidelser, som kan sidestilles med disse.
- Kosmetiske behandlinger og operationer, herunder tilpasning af det raske bryst.
- Operation for overvægt samt fjernelse af overskydende hud efter vægttab.
- Behandling af aktinisk og seborroisk keratose.
- Botox.
- Vækstfaktor og orthokine behandling.
- Radiofrekvensablation (RFA), DC-konvertering, KAG og hjerteoperationer.
- Shockwave o.l.
- Benlængdeforskel (anisomeli).
- Undersøgelse og behandling ved tandlæge/kæbekirurg. Se dog punkt 6
- Tyggeskader samt tandbehandling af kunstige tænder, stifttænder eller tænder, der er blevet behandlet ved tidligere ulykkestilfælde.
- Tandproteser, broer og knogleopbygning.
- Tilskud til høreapparat eller anden høreforbedrende behandling.
- Indlæg og såler.
- CPM-maskine og hjælpemidler i hjemmet.
- Behandling med fysioterapi og/eller kiropraktik i vores behandlernetværk, såfremt behandling er startet hos en behandler uden for vores behandlernetværk.
- Behandling med fysioterapi og/eller kiropraktik uden for vores behandlernetværk, såfremt behandling er påbegyndt i vores behandlernetværk.
- Behandling af en alvorlig psykisk sygdom (herunder eksempelvis bipolar lidelse, psykose, skizofreni, demens).
- Psykologbehandling varetaget af cand. pæd. psyk.
- Adfærdsregulerende behandling.
- Parterapi og forældresamtaler.
- Psykologbehandling i forbindelse med overvægt eller spiseforstyrrelse.
- Behandling af OCD samt følgetilstande til OCD, herunder angst grundet tvangsmæssige handlinger.
- Udredning og behandling af ADHD/ADD samt lidelser inden for autismspektret.
- Psykiske lidelser med mere end 7 års varighed. Der regnes fra første behandling hos psykolog/ psykiater og frem til sidste gang. Perioder, som ikke er betalt af forsikringsgiveren, medregnes.