Betingelser – erhverv – arbejde

Sundhedsforsikring

Arbejdsrelateret dækning

Version 10.1 | Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S | Q1 | 2025

Indholdsfortegnelse

1.	**Aftalegrundlag**	**5**
1.1	Hvornår gælder forsikringen?	6
1.2	Hvad dækker forsikringen?	6
1.2.1	Sygdommen/skaden skal være arbejdsrelateret	7
2.	**Hvem er dækket af forsikringen?**	**7**
2.1	Til- og afmelding af medarbejdere	7
2.2	Medforsikrede	7
2.3	Kollektiv børnedækning	8
2.4	Karensbestemmelser	8
3.	**Hvor dækker forsikringen?**	**9**
4.	**Brug af forsikringen**	**10**
4.1	Lægehenvisning og dokumentation	10
4.2	Undersøgelse og behandling skal godkendes	10
4.3	Akut behandling er ikke dækket	10
4.4	Rejser og udlandsophold	11
4.5	Udeblivelse fra behandling	11
4.6	Igangværende og planlagt undersøgelse og behandling	11
4.7	Udgifter til behandling	11
4.8	Valg af behandler og behandlingsmetode	12
4.9	Vurdering af behandlingsbehov	13
4.10	Anmeldelse af skade	14
5.	**Hvad dækker forsikringen?**	**14**
5.1	SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning	14
5.2	Graviditetsrådgivning	15

5.3	Rådgivning og tidlig indsats ved risiko for længerevarende sygdom	16
5.4	Kroniske sygdomme	16
5.5	Følgesygdomme til kroniske sygdomme	16
5.6	Undersøgelse og behandling hos speciallæge	16
5.6.1	Efterkontrol	19
5.6.2	Reoperation	19
5.6.3	Second opinion	20
5.6.4	Medicinudgifter	20
5.6.5	Midlertidige hjælpemidler	20
5.6.6	Genoptræning	20
5.6.7	Rekreation	21
5.6.8	Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske	22
5.6.9	Transportudgifter	22
5.7	Fysisk sundhed	22
5.8	Mental sundhed	25
5.8.1	Akut krisehjælp	30
5.9	Hospice og terminal pleje	31
5.10	Tandbehandling	31
5.11	Personlige sundhedsprogrammer	31
5.12	Undersøgelse og behandling i udlandet – Cancer Care (tillægsdækning)	33

6. Tilvalgsdækninger 34

6.1	Tilvalg A: akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist	34
6.2	Tilvalg B: fysioterapi uden krav om lægehenvisning	35
6.3	Tilvalg C: misbrugsbehandling	37
6.4	Tilvalg E: privathospitalsdækning	38
6.5	Tilvalg F: behandling af kroniske lidelser	39
6.6	Tilvalg G: online lægevagt	42
6.7	Tilvalg H: udvidet psykiatrisk udredning	43
6.8	Tilvalg K: operation af kroniske bevægeapparatslidelser	43

7. Hvad forsikringen ikke dækker 45

8. Generelle bestemmelser 49

8.1 Forsikringens varighed 49
8.2 Forsikringssum 49
8.3 Betaling af forsikringen 50
8.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser 50
8.5 Opsigelse og ophør af forsikringen 51
8.6 Oplysningspligt 52
8.7 Behandling af personoplysninger 53
8.8 Behandling af helbredsoplysninger 53
8.9 Urigtige oplysninger 54
8.10 Forældelse 54
8.11 Klagemuligheder 54
8.12 Hvis du vil vide mere 55

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2025.

Forsikringen er oprettet i Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, CVR-nr. 34739307 – i det følgende benævnt "Dansk Sundhedssikring".

Den samlede aftale om forsikring hos Dansk Sundhedssikring A/S omfatter forsikringsaftalen (policen), eventuelle tillæg til forsikringsaftalen og forsikringsbetingelserne knyttet til forsikringsaftalen. For forsikringen gælder i øvrigt dansk lovgivning, herunder lov om forsikringsaftaler, lov om forsikringsvirksomhed og lov om finansiel virksomhed.

Forsikringsaftalen gælder mellem Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S og den virksomhed, forening eller organisation, der står som forsikringstager i policen.

Forsikringsbetingelserne supplerer aftalen. Særlige bestemmelser og eventuelle afvigelser fra disse forsikringsbetingelser skal fremgå af forsikringsaftalen.

Forsikringstager har pligt til at informere sine medarbejdere om, hvad forsikringen omfatter, hvilket fremgår af forsikringsaftalen med eventuelle tillæg.

Definition og ordforklaring af begreber anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet
Herved forstås Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, i betingelserne benævnt "Dansk Sundhedssikring", "vi" eller "os".

Forsikringstiden
Forsikringstiden er perioden, fra forsikringen træder i kraft, og frem til den ophører, uanset årsagen til dette.

Forsikringstager
Den person eller den virksomhed, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

Forsikrede
Den person, som er omfattet af forsikringen, i det følgende ofte refereret til med "du", "dig" eller "din".

Bevægeapparatet
Ved bevægeapparatet menes i disse forsikringsbetingelser de store muskelgrupper og sener i ryg, nakke, skuldre, albuer, håndled, hofter, knæ og fodled.

Kroniske sygdomme/lidelser/tilstande
Ved kroniske sygdomme/lidelser/tilstande forstår vi sygdomme, lidelser og tilstande, som vores læger vurderer som vedvarende, og som ikke kan kureres og ikke går væk med behandling, eller hvor der ikke findes en helbredende behandling, og/eller hvor der er et vedvarende eller et tilbagevendende behandlingsbehov.

Almen fysioterapi
Almindelig fysioterapi (speciale 51), jf. praksisoverenskomsten for fysioterapi.

Almen kiropraktik
Almindelig kiropraktik (speciale 53), jf. praksisoverenskomsten for kiropraktik.

Netværk
Vores behandlernetværk i form af et netværk af leverandører og behandlere, som vi har indgået en aftale med.

Rusmidler
Hermed menes rusmidler, der er omfattet af lov om euforiserende stoffer, såsom cannabis, heroin og kokain. Lightergas, lattergas og lignende gasarter er ikke omfattet.

Vederlagsfri fysioterapi
Ordning, som er vedtaget på finansloven, og som giver adgang til vederlagsfri (gratis) lægehenvist fysioterapi for personer med svært fysisk handicap samt fysioterapi for personer uden svært fysisk handicap, men med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi.

Sundhedsstyrelsen
Den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark.

Specialeplanen
Specialeplan, som er udfærdiget af Sundhedsstyrelsen i henhold til sundhedsloven, med en oversigt over, hvilke sygehuse og private hospitaler der må varetage de såkaldte specialefunktioner, f.eks. udføre visse operationer og undersøgelser.

1.1 Hvornår gælder forsikringen?

Forsikringen gælder i forsikringstiden. Forsikringen træder i kraft på det tidspunkt, der er aftalt mellem forsikringstager og Dansk Sundhedssikring.

1.2 Hvad dækker forsikringen?

Vi tilbyder sundhedsforsikring og sundhedsrådgivning med en bred vifte af inhouse sundhedsfaglige kompetencer og sundhedsydelser hos ét samlet sundhedshus.

Sundhedsfagligt personale guider til den rette hjælp, rådgivning eller behandling og er klar til at hjælpe med alle typer af sundheds- og helbredsproblemer – også dem, som forsikringen ikke dækker.

Sundhedsteamet hjælper med rådgivning og behandling ud fra den nyeste sundhedsfaglige og evidensbaserede viden og erfaring, f.eks. ved vurdering af behandlingsbehov, behandlingsmetode, forebyggelse og nedbringelse af overbehandling.

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af sygdomme, skader og lidelser, der med overvejende sandsynlighed kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres ved at behandle. Vi definerer sygdom som helbredsmæssige tilstande, lidelser eller skader, der er symptomgivende, og som efter vores vurdering medfører et lægeligt begrundet behov for undersøgelse eller behandling. Vi vurderer, hvilken undersøgelse eller behandling der er behov for.

1.2.1 Sygdommen/skaden skal være arbejdsrelateret

Det er en forudsætning for dækning, at sygdommen, skaden eller lidelsen er direkte relateret til arbejdslivet. Det betyder, at der skal være en direkte årsagssammenhæng mellem arbejdets udførelse/belastning og den anmeldte skade. Forsikringen dækker ikke afklaring af, om skaden er arbejdsrelateret. Hvis der er tvivl om, hvorvidt skaden er arbejdsrelateret, dækker forsikringen ikke. Vi kan kræve, at det fremgår af din lægehenvisning, journal eller lignende, at den anmeldte skade skyldes dit arbejde.

Hvis årsagen til skaden er fritidsrelateret, dækker forsikringen ikke.

2. Hvem er dækket af forsikringen?

Forsikringen kan tegnes af virksomheder, der er registreret med CVR-nr. i Danmark, og som er beliggende i Danmark, medmindre andet fremgår af aftalen.

Forsikringen omfatter de medarbejdere, der er tilmeldt og nævnt i forsikringsaftalen. Forsikringen kan tegnes for medarbejdere eller en gruppe af medarbejdere som en obligatorisk eller frivillig ordning. Der er ingen øvre aldersgrænse for medarbejderne.

Forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelser og have et dansk sundhedskort eller have fast bopæl i Norden eller Tyskland og have ret til at modtage ydelser svarende til de offentlige sygesikringsydelser i bopælslandet, medmindre forsikrede er udstationeret.

2.1 Til- og afmelding af medarbejdere

Virksomheden skal løbende give os besked om, hvilke medarbejdere der ønskes til- eller afmeldt forsikringen. Der kan kun til- og afmeldes i den igangværende årsperiode og maksimalt 3 måneder tilbage i tiden. Regulering i forbindelse med årsfornyelsen, som udløser en ny faktura, kan blive pålagt et administrationsgebyr.

Virksomheden betaler for skadesudbetalinger, som Dansk Sundhedssikring har afholdt for medarbejdere, som er afmeldt tilbage i tid.

2.2 Medforsikrede

Det er muligt at medforsikre ægtefælle/samlever/børn til en særskilt pris. Børn, der kan indtegnes, er dine biologiske børn og/eller adoptivbørn og din ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, der har folkeregisteradresse hos dig. Din ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, der ikke har folkeregisteradresse hos dig, kan medforsikres, hvis din ægtefælle/samlever har tegnet en frivillig forsikring. Børn kan medforsikres til det fyldte 24. år. Det er muligt at fortsætte dækningen ved en tilsvarende ordning, til børnene fylder 27 år.

Forsikrede skal altid give os besked, hvis der sker ændringer i samlivsforhold, som har betydning for, hvem der skal være omfattet af forsikringsaftalen.

2.3 Kollektiv børnedækning

Har virksomheden tilkøbt kollektiv børnedækning, er dine børn automatisk og kollektivt medforsikret under samme betingelser som dig, indtil de fylder 24 år, medmindre andet fremgår af dækningen. Hvis der er indgået aftale om en anden alder for børnene, vil det fremgå af aftalen. De omfattede børn er dine biologiske børn og/eller adoptivbørn og din ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, uanset bopæl.

Plejebørn kan omfattes, hvis de har samme folkeregisteradresse som hovedforsikrede. Den kollektive børnedækning ophører, hvis din dækning ophører.

2.4 Karensbestemmelser

For obligatoriske virksomhedsordninger er der ingen karens for eksisterende lidelser med undtagelse af de særlige bestemmelser for tilvalgsdækningen "misbrugsbehandling".

For medforsikrede, for private kunder og for frivillige ordninger er der 6 måneders karens for eksisterende sygdomme og skader. Det betyder, at man skal have været omfattet af forsikringen i 6 måneder, før der dækkes udgifter til undersøgelse og behandling af lidelser, der er opstået og/eller diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft. Sygdomme og skader, der opstår efter forsikringens ikrafttrædelse, dækkes ud fra de gældende forsikringsbetingelser.

Anciennitet fra anden sundhedsforsikring kan overføres ved direkte overgang uden ophold fra anden sundhedsforsikring.

Forsikringen tilbyder sundhedsrådgivning og hjælp til alle typer af sundheds- og helbredsproblemer – også i karensperioden.

3. Hvor dækker forsikringen?

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling i Danmark, og vi henviser til et behandlingssted i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning eller det enkelte tilvalg/tillæg. Valg af behandlingssted skal altid være efter aftale med os, og vi kan beslutte, at det skal være hos en bestemt behandler eller på et bestemt behandlingssted. Ved nogle behandlingsformer kan du dog selv vælge behandler. Dette vil fremgå af den enkelte dækning eller det enkelte tilvalg/tillæg.

Ud fra en sundhedsfaglig vurdering og efter samråd med vores læger kan vi i visse tilfælde vælge at dække rimelig og relevant undersøgelse og/eller behandling på et privathospital eller hos en privat speciallægeklinik i Norden eller Tyskland, hvis der ikke er et rimeligt behandlingssted i Danmark. Behandlingsformen skal være godkendt af Sundhedsstyrelsen i Danmark eller leve op til samme kvalitetsstandard som på akkrediterede danske privathospitaler og privatklinikker.

Undersøgelse og/eller behandling skal være i overensstemmelse med lignende undersøgelse og/eller behandling, som anvendes, og som vi godkender, i Danmark.

Udgifterne må efter vores vurdering ikke overstige den samlede udgift til tilsvarende undersøgelse og/eller behandling foretaget i vores behandlernetværk i Danmark, og dækningen er begrænset til udgifter, som er rimelige og almindelige i det land, hvor behandlingen finder sted.

Valg af behandlingssted sker efter aftale med os, jf. bestemmelserne i afsnit 5.6 "Undersøgelse og behandling hos speciallæge".

Er du bosat i Norden eller Tyskland, dækker vi godkendt behandling hos en fysioterapeut, kiropraktor eller psykolog i bopælslandet, medmindre der gælder særlige bestemmelser for den enkelte dækning eller det enkelte tilvalg. Vi dækker tilskud til behandlingen svarende til de danske beløb/takster. Forløbstypen vil være afhængig af den enkelte sag og sundhedsteamets faglige vurdering. Vi kan f.eks. i en række tilfælde henvise til telefonisk, online eller fysisk behandling.

Udstationerede medarbejdere og eventuelle medforsikrede, der udstationeres sammen med medarbejderne, er kun dækket med undersøgelse og behandling i Danmark, medmindre andet gælder for aftalen. Der dækkes ikke transportudgifter til og fra Danmark.

4. Brug af forsikringen

Forsikringen består af en basisdækning samt en række tilvalg. De nævnte tilvalgsdækninger er kun omfattet, hvis det fremgår af forsikringsaftalen/policen.

De samlede betingelser gælder for alle dækninger og tilvalg, men de nærmere regler og undtagelser er beskrevet under de enkelte dækninger. Vi anbefaler derfor, at du læser de samlede betingelser inden brug af forsikringen.

4.1 Lægehenvisning og dokumentation

Medmindre andet fremgår af den enkelte dækning, kan vi stille krav om, at du har en lægelig henvisning eller anbefaling, der beskriver sygdommen/skaden, før du bruger forsikringen. Lægehenvisningen skal foreligge, inden undersøgelse eller behandling kan påbegyndes. Du skal derfor starte med at konsultere din egen læge, som bedst kan vurdere dit behandlingsbehov. Hvis din læge vurderer, at du har behov for undersøgelse eller behandling, skal du, hvis det er muligt, henvises til behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henvisning kan du anvende, når du anmelder skaden til os.

Vi kan til hver en tid bede om, at du sender os journaloplysninger, henvisninger eller attester, som vi finder nødvendige for vores sundhedsfaglige vurdering, herunder om den anmeldte lidelse er dækket af forsikringen.

For børn under 2 år samt gravide kan vi ud fra en sundhedsfaglig vurdering og i relevante tilfælde stille krav om, at en læge har vurderet behandlingsbehovet.

4.2 Undersøgelse og behandling skal godkendes

Forsikringen dækker udelukkende udgifter til undersøgelse og/eller behandling, som vi på forhånd har godkendt. Det er derfor vigtigt, at du ikke igangsætter behandling uden forudgående skriftlig godkendelse. Det gælder også, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os.

Behandlingsstedet skal altid være godkendt af os. Hvis vi ikke har godkendt behandlingsstedet, kan vi afvise dækning.

4.3 Akut behandling er ikke dækket

Akut behandling af somatiske og psykiske tilstande og akutte situationer er ikke dækket af forsikringen, herunder skader/lidelser, som kræver assistance/undersøgelse/diagnostik og/eller behandling tidligere end garantien på 10 hverdage og/eller ikke kan vente på planlagt behandling. Det gælder f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, hjernerystelse, faldtraumer, knoglebrud, blodpropper/mistanke om blodpropper, hjerneblødning, hjertesygdom, lammelser, akutte føleforstyrrelser og øvrige diagnoseområder, som vi og/eller det offentlige definerer som akutte, herunder kræftpakker, livstruende kræft og iskæmisk hjertesygdom.

Har du brug for akut hjælp, herunder skadestue eller ambulance, skal du altid kontakte din egen læge, lægevagten, akuttelefonen, skadestuen eller 112.

Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.8.1 "Akut krisehjælp".

4.4 Rejser og udlandsophold

Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse og behandling af sygdom/skade opstået på rejser eller under ophold i udlandet. Behandlingen vil først være dækket efter hjemkomst til din faste bopæl og ud fra de generelle betingelser. Det gælder også, hvis du opholder dig i Grønland eller på Færøerne.

Der dækkes ikke rejseudgifter i udlandet, herunder private udgifter såsom udgifter til hotelophold og til ledsager samt ledsagerophold, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

Der dækkes kun transportudgifter i Danmark, jf. bestemmelserne i afsnit 5.6.9 "Transportudgifter".

4.5 Udeblivelse fra behandling

Forsikringen betaler ikke for undersøgelse/behandling, som du udebliver fra, eller gebyrer ved manglende rettidigt afbud.

4.6 Igangværende og planlagt undersøgelse og behandling

Undersøgelser og behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke. Har du anmeldt en skade hos dit tidligere forsikringsselskab, dækker vi først skaden efter 3 måneder regnet fra datoen, hvor du indtræder i ordningen hos os, medmindre andet fremgår af aftalen. Når vi overtager en skade fra dit tidligere forsikringsselskab, vil den være dækket ud fra vores gældende forsikringsbetingelser.

4.7 Udgifter til behandling

Alle udgifter skal efter vores vurdering være rimelige og nødvendige i forhold til det forventede resultat.

Behandlingerne skal efter vores vurdering være rimelige og nødvendige og forventeligt kunne kurere lidelserne eller væsentligt og varigt forbedre helbredstilstanden.

Behandlinger af forebyggende, støttende, vedligeholdende og lindrende karakter er ikke dækket, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

Forsikringen dækker dine faktiske udgifter til undersøgelse og behandling, efter at tilskud fra den offentlige sygesikring er fratrukket. Det betyder, at i det tilfælde, hvor den offentlige sygesikring dækker en del af ydelsen, modregner vi den del og betaler din andel (egenbetalingen). Hvis du er medlem af Sygeforsikringen "danmark", modtager og modregner vi dit eventuelle tilskud til behandlingen.

I de tilfælde, hvor vi henviser til undersøgelse eller behandling på privatklinik eller privathospital, vil betalingen normalt ske direkte mellem behandlingsstedet og os.

Vi dækker ikke udgifter, som det offentlige allerede fuldt eller delvist har dækket, eller som det offentlige har tilbudt at dække, men hvor datoen for undersøgelse eller behandling ikke passede dig, uanset årsagen.

Fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling
Du skal have en gyldig henvisning fra din læge til fysioterapi og anvende en behandler, som har overenskomst med sygesikringen (ydernummer), medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, og som indeksreguleres to gange årligt.

Holdtræning dækkes, hvis vi vurderer, at det er relevant som en del af behandlingen. I de tilfælde, hvor vi dækker holdtræning hos fysioterapeut som led i behandlingen, dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning ved almindelig fysioterapi, som indeksreguleres årligt.

Hvis behandleren arbejder inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved genoptræning og behandling i vores netværk, og hvis du er omfattet af tilvalg B: fysioterapi uden krav om lægehenvisning og/eller tilvalg F: behandling af kroniske lidelser.

For kiropraktik dækkes beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen kiropraktik, som indeksreguleres årligt.

Ved lægehenvist psykologbehandling dækker vi patientandelen af behandlingen efter tilskud fra sygesikringen. Ved behandling hos psykolog uden overenskomst med sygesikringen (ydernummer) dækkes behandlerens takst, dog maksimalt 1.000 kr. pr. behandling.

Har du en henvisning fra din læge, og arbejder behandleren inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

Ovenstående bestemmelser gælder for de samlede forsikringsbetingelser, herunder forsikringens tilvalgsdækninger, men de nærmere regler og undtagelser fremgår af de enkelte dækninger.

Øvrige behandlingstakster fremgår af de enkelte dækninger.

4.8 Valg af behandler og behandlingsmetode
Alle behandlinger skal være udført af sundhedsfaglige behandlere autoriseret efter dansk ret, medmindre andet følger af den enkelte dækning.

Forsikringen dækker kun de behandlingsformer, som er nævnt i forsikringsbetingelserne under de forskellige dækninger og eventuelle tilvalgsdækninger.

Vi kan tilbyde forskellige behandlingsformer og rådgivningsmuligheder, herunder også digitale tilbud. Aldersgrænsen for telefonisk og online behandling er 15 år.

Ved fysioterapi, kiropraktik og psykolog- og psykoterapeutbehandling kan vi tilbyde behandling i vores kvalitetssikrede landsdækkende netværk. For børn gælder, at der kun kan tilbydes behandling i netværket hos de behandlere, der tilbyder behandling til børn. Du har dog mulighed for selv at vælge behandler.

Ved behandling i vores netværk bestræber vi os på, at din behandling påbegyndes inden for 4-5 hverdage og maksimalt inden for 10 hverdage.

Ved undersøgelse og behandling hos speciallæge vil første undersøgelse og/eller behandling igangsættes inden for 10 hverdage i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen. Vi anviser behandler/behandlingssted. Garantien på 10 hverdage gælder ikke for speciallæge i psykiatri (psykiater).

Der dækkes kun behandling, som den offentlige sygesikring har godkendt i relation til det offentlige sundhedsvæsen, og som er godkendt af de offentlige sundhedsmyndigheder i Danmark. Behandlingerne skal altid foregå efter metoder med dokumenteret effekt og indgå i aftalen med den offentlige sygesikring.

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os og være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan og de nationale kliniske retningslinjer.

Der dækkes ikke alternative og/eller eksperimentelle behandlinger, der ikke er anerkendt til behandling af den pågældende sygdom/lidelse i henhold til en generel medicinsk vurdering, eller som ikke er beskrevet i de nationale kliniske retningslinjer og/eller er hyppigt anvendt og/eller rutinemæssigt udføres i det offentlige sundhedsvæsen.

Forsikringen dækker ikke udgifter til konsultation og/eller behandling hos praktiserende læger, speciallæger i almen medicin eller udenlandske læger, der kan sidestilles hermed, eller eksperimentelle og alternative behandlinger/behandlere, f.eks. naturlæger, hypnotisører og kropsterapeuter eller andre alternative behandlere.

Der dækkes ikke udgifter til undersøgelse eller behandling udført af dig, dine familiemedlemmer eller en virksomhed tilhørende en af disse.

4.9 Vurdering af behandlingsbehov

Undersøgelse og behandling skal altid være sundhedsfagligt/lægeligt begrundet, og vi kan bede om en skriftlig henvisning eller en lægelig anbefaling, medmindre andet fremgår af dækningen.

Vores sundhedsteam bestående af erfarne sygeplejersker, læger, fysioterapeuter og andet sundhedsfagligt personale behandler og vurderer alle skader og anmeldelser. Det er sundhedsteamet, der afgør, om den anmeldte sygdom/skade er omfattet af dækningen, og som vurderer, hvilken undersøgelse eller behandling der er behov for.

Der dækkes kun én behandlingsform ad gangen. Hvis det er nødvendigt, kan vi ud fra en sundhedsfaglig vurdering vælge at dække flere behandlingsformer samtidig.

Du er forpligtet til at give os de oplysninger, som vi vurderer, er nødvendige for at træffe vores afgørelse, f.eks. lægehenvisning eller kopi af journal. Som led i vores vurdering af, om en skade er dækket, eller om udgifterne er rimelige, kan vi kræve, at der foretages en ny vurdering hos en læge anvist af os.

Vi kan ud fra en faglig vurdering enten afvise at dække behandling, hvis problemet ikke kan afhjælpes, eller stoppe et behandlingsforløb, hvis vi vurderer, at behandlingen ikke har en væsentlig virkning.

4.10 Anmeldelse af skade

Anmeldelse skal altid ske i forsikringstiden. Den hurtigste måde at anmelde en skade på er at anmelde den online via vores hjemmeside: ds-sundhed.dk. Anmeldelse kan også ske telefonisk.

Anmeldte skader behandles hurtigt og i de fleste tilfælde fra dag til dag.

Hvis du har spørgsmål om din forsikring, eller hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte sundhedsteamet via Mit DSS på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

Akut krisehjælp

Hvis din anmeldelse vedrører akut krisehjælp, kan du kontakte os hele døgnet på telefon 70206111. Ringer du uden for vores åbningstid, vil du via hovednummeret blive omstillet til vores akutte vagttelefon. Du skal altid informere vagthavende om, at du er forsikret hos Dansk Sundhedssikring.

5. Hvad dækker forsikringen?

Afsnittet indeholder de forskellige dækninger.

De samlede forsikringsbetingelser gælder for alle dækninger, men der er særlige regler og undtagelser, som gælder for de enkelte dækninger.

Dækningerne er beskrevet i de følgende afsnit:

5.1 SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning

Vores sundhedsteam bestående af erfarne læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og andet sundhedsfagligt personale har mange års erfaring fra forskellige specialer og tilbyder professionel rådgivning om sundhed og sygdom.

Du tilbydes adgang til telefonisk sygeplejerske-, fysioterapeut- og lægekonsultation vedrørende alle sundheds- og helbredsproblemer – også dem, der ikke kræver egentlig behandling, eller som ikke er omfattet af forsikringsdækningen.

Sundhedsteamet kan bl.a. hjælpe med rådgivning om sundhed og helbred, trivselsproblemer, stress og stressforebyggelse, misbrugsproblemer, smerter, graviditet, hjernerystelse, overgangsaldergener, kost, livsstilsændringer, behandlingsforløb og ledelsesudfordringer samt rådgive om relevante tilbud til kræftramte, samtalegrupper, inspiration til mentale øvelser, kostvejledning og træning.

Vores erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter kan også rådgive om fysisk aktivitet og stillesiddende tid til unge, voksne, ældre og gravide, og hvordan fysisk aktivitet kan lindre mange symptomer, og give adgang til materialer, træningsvejledning, træningsvideoer og en evidensbaseret træningsapp.

Vi tilbyder også forskellige målrettede rådgivningslinjer, som du finder mere information om under de forskellige dækninger:

- Graviditetsrådgivning
- Forebyggende stress- og trivselslinje
- Ungerådgivning
- Misbrugsrådgivning
- Lederlinjen
- Rådgivning og tidlig indsats ved risiko for længerevarende sygdom
- Online lægehjælp (forudsætter tilvalg G: online lægevagt)
- Adgang til personlig rådgivning fra faguddannede farmaceuter og farmakonomer via chat, e-mail eller telefon – f.eks. om overgangsalder, medicin og kosttilskud, generel sundhed, rygestop, rabat på apotekervarer og levering til døren fra et onlineapotek, vi samarbejder med.

Sundhedsfaglig tovholder
Vores sundhedsteam har indgående kendskab til såvel det offentlige som det private sundhedsvæsen.

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi hjælp til at tilrettelægge og gennemføre forløbet af undersøgelser og behandlinger samt vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud – f.eks. patientrettigheder, klageprocedurer, erstatning, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg samt udrednings- og behandlingsgarantier.

Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, vejlede om transport eller anden assistance, hvis du har brug for det.

I de tilfælde, hvor skaden kun kan løses i det offentlige eller ikke er dækket af forsikringen, tilbyder vi dig rådgivning i forbindelse med dit behandlingsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.

5.2 Graviditetsrådgivning

Sundhedsforsikringen tilbyder telefoniske rådgivningsforløb til gravide og nybagte forældre ved en personlig graviditetsrådgiver. Vores graviditetsrådgivere har alle en relevant sundhedsfaglig baggrund og tilbyder telefoniske rådgivningssamtaler om emner som graviditetsgener, gravid på arbejde, den første tid efter fødslen, forældrerollen, abort, kost, livsstil, arbejdsliv, fødsel, parforhold, efterreaktioner, fødselsdepression, barsel og amning og barnets trivsel og udvikling. Graviditetsrådgiveren vurderer på baggrund af dialogen med dig, om der er behov for en opfølgende samtale.

Du kan ringe og få rådgivning alle hverdage inden for de gældende åbningstider, der fremgår af vores hjemmeside. Du ringer via hovednummeret og taster dig ind på linjen via menuen. Hvis der ikke er en ledig graviditetsrådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

Du kan også kontakte graviditetsrådgivningen ved hjælp af computer, tablet eller smartphone via den personlige side Mit DSS. Her kan du skrive, når det passer bedst, og modtage skriftligt svar eller blive ringet op af en graviditetsrådgiver på et aftalt tidspunkt.

5.3 Rådgivning og tidlig indsats ved risiko for længerevarende sygdom

Ved kontakt til forsikringen kan sundhedsteamet rådgive eller igangsætte indsatser ved risiko for længevarende sygdom eller i tilfælde af eksisterende sygefravær. Sundhedsteamet tilbyder telefonisk rådgivning, støtte, opfølgning og behovsafklaring og kan visitere til relevante tilbud i det offentlige eller under sundhedsforsikringen, f.eks. motiverende og støttende samtaler, rådgivning og opfølgning ved sundhedsfagligt personale, trepartssamtaler med den stressramte, lederlinjen med mulighed for sparring med erfarne erhvervspsykologer, målrettede stresshåndteringsforløb, forebyggende stress- og trivselsrådgivning og udredningsmuligheder.

Hvis det fremgår af aftalen, kan sundhedsteamet vurdere, om der er øget risiko for langtidssygefravær, og tilbyde identifikation og samtykkebaseret samarbejde og kontakt til pensionsselskabet, så pensionsselskabet kan rådgive, behovsafklare og igangsætte indsatser for at mindske risikoen for tab af erhvervsevne.

5.4 Kroniske sygdomme

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af kroniske sygdomme og lidelser, som opstår i forsikringstiden, i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Kroniske sygdomme og lidelser opstået og/eller diagnosticeret før forsikringstiden er ikke dækket.

Sundhedsteamet tilbyder altid hjælp til alle kroniske lidelser med rådgivning og vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud, patientrettigheder, ventetider, udrednings- og behandlingsgarantier og offentlig tidsbestilling.

5.5 Følgesygdomme til kroniske sygdomme

Undersøgelse og behandling af følgesygdomme, som opstår i forsikringstiden som en direkte følge af en kronisk sygdom, dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet. Det er en forudsætning for dækning, at vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Følgesygdomme opstået, før forsikringen trådte i kraft, er ikke dækket.

5.6 Undersøgelse og behandling hos speciallæge

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig undersøgelse og behandling af dækningsberettiget sygdom/skade, som er udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik. For speciallæge i psykiatri gælder særlige bestemmelser, jf. afsnit 5.8 "Mental sundhed".

Der dækkes rimelige undersøgelser, som vi vurderer, er nødvendige for at stille en diagnose, og behandling udført af relevant speciallæge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at behandlingen kan kurere eller væsentligt og varigt reducere sygdommen.

Lægehenvisning

Du skal altid have en gyldig henvisning eller anbefaling fra din læge. Hvis din læge vurderer, at du har brug for undersøgelse eller behandling, skal du henvises til relevant speciallæge i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henvisning kan du anvende, når du ønsker at bruge din forsikring. Ultralydsscanninger, røntgenundersøgelser og MR-scanninger kræver også en henvisning.

10 dages undersøgelses- og behandlingsgaranti
Du garanteres, at dækningsberettiget undersøgelse og/eller behandling er sat i gang i det private eller i det offentlige sundhedsvæsen, inden for 10 hverdage efter at vi har modtaget og godkendt din anmeldelse.

Har vi brug for flere oplysninger, f.eks. lægehenvisning eller anden relevant information, starter de 10 hverdage, efter vi har modtaget og godkendt de nødvendige oplysninger.

Er du allerede i et offentligt forløb, eller er du henvist til undersøgelse og/eller behandling/operation i det offentlige sygehusvæsen eller hos en offentlig speciallæge, og får du tilbudt, eller kan du tilbydes, en offentlig tid inden for garantien på 10 hverdage, skal det offentlige tilbud altid aktiveres og/eller benyttes.

Hvis du er i et igangværende forløb i det offentlige sundhedsvæsen, og der foreligger en relevant behandlingsplan, og/eller hvis vi vurderer, at det offentlige sundhedsvæsen har de bedste muligheder for undersøgelse og/eller behandling, så kan vi i relevante tilfælde afvise dækning i privat regi. Vi hjælper med rådgivning og navigation i den videre proces.

Hvis vi vurderer, at det ikke er muligt for dig at få en tid inden for 10 hverdage i det offentlige sundhedsvæsen, herunder frit sygehusvalg og aktivering af retten til hurtig udredning og behandling, og at undersøgelse eller behandling i privat regi er den bedste løsning ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, kan vi i stedet henvise dig til undersøgelse og/eller behandling på et privathospital eller en privatklinik i vores netværk.

Du skal altid anvende den behandler, som vi anviser.

I de tilfælde, hvor ventetiden i det private sundhedsvæsen er på samme niveau som i det offentlige, kan vi vælge, at det offentlige tilbud skal benyttes.

Hudlidelser
Forsikringen dækker hudlidelser, som vi vurderer, påvirker din helbredstilstand væsentligt. Hudsygdomme, som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, dækkes ikke, jf. afsnit 7 "Hvad forsikringen ikke dækker". Vi hjælper altid med rådgivning, offentlig navigation og hjælp til tidsbestilling i forbindelse med alle hudlidelser.

Hudkræft
Hvis vi har dækket behandling af hudkræft (f.eks. basalcellekræft og pladecellekræft), dækker forsikringen ikke, i tilfælde af at sygdommen vender tilbage og kræver ny undersøgelse og/eller behandling.

Allergiudredning
Forsikringen dækker udredning ved mistanke om allergi med henblik på at kunne stille en diagnose. Det er en forudsætning for dækning, at egen læge ikke er i stand til at foretage udredning i sin praksis. Udredningen skal være godkendt af os og ordineret af en relevant speciallæge.

Forsikringen dækker ikke i de tilfælde, hvor egen læge har anbefalet eller henvist til udredning på et offentligt sygehus.

Forsikringen dækker ikke udredning af tidligere kendt allergi eller allergi, hvor der opleves forværring.

Grå stær
Grå stær diagnosticeret i forsikringstiden, herunder udvikling af efterstær, dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet. Efterstær betragtes som en følgelidelse og dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet. Grå stær og efterstær, som er diagnosticeret, inden forsikringen trådte i kraft, er ikke dækket.

Åreknuder
Åreknuder betragtes som kosmetiske og dækkes kun, hvis der efter vores vurdering er alvorlige symptomer, f.eks. i form af sår, som ikke vil hele, eller dyb betændelse, hvis du har mistet din køretilladelse pga. lidelsen, og/eller hvis du er sygemeldt.

Kræft
Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af kræftsygdomme, hvis diagnosen stilles i forsikringstiden.

Hvis ventetiden på undersøgelse og/eller behandling i det offentlige sundhedsvæsen er på samme niveau som i det private, skal det offentlige tilbud altid benyttes.

Undtaget fra dækning er kræftformer, som kræver komplicerede behandlingsmetoder, f.eks. kemo- og strålebehandling samt akut eller eksperimentel behandling. Der dækkes kun behandling, som kan foretages på privathospitaler i Danmark, som vi samarbejder med. Ved kræftsygdomme, som indgår som et samlet pakkeforløb i det offentlige, skal det offentlige tilbud altid aktiveres og benyttes. Sundhedsteamet hjælper med rådgivning i den videre proces.

Hjertesygdomme
Ved behandling/operation af hjertesygdomme henviser vi til det offentlige tilbud, da vi betragter det som akut behandling. Vi hjælper med rådgivning i den videre proces.

Søvnudredning
Forsikringen dækker udredning af længevarende (mere end 3 måneder) svære fysiologiske søvnproblemer, som vi vurderer, påvirker din helbredstilstand.

Udredningen skal være ordineret af praktiserende læge og godkendt af Dansk Sundhedssikrings læge. Vi henviser til et behandlingssted.

Vi dækker udredning af søvnforstyrrelser, f.eks. med søvnspecialistkonsultation, ambulant undersøgelse for søvnapnø og undersøgelse i søvnlaboratorium.

I de tilfælde, hvor vi har dækket udredning, dækkes opstart og kontrol af medicinsk behandling af fysiologisk søvnforstyrrelse. Der dækkes CPAP-behandling ved diagnosticeret søvnapnø i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet.

Bideskinner/apnøbøjler og andet, der kan sidestilles dermed, dækkes ikke.

Undersøgelses- og behandlingsgarantien dækker ikke:

- Hvis det offentlige har tilbudt dig eller har mulighed for at tilbyde dig undersøgelse og/eller behandling inden for garantien på 10 hverdage, men datoen ikke passer dig, uanset årsagen til dette.
- Hvis du helt eller delvist afviser et tilbud om undersøgelse og/eller behandling i det private eller offentlige sundhedsvæsen, uanset årsagen (f.eks. fordi du ønsker et andet behandlingssted end det anviste).
- Hvis du udtrykker ønske om undersøgelse eller behandling på et senere tidspunkt end i perioden for undersøgelses- og behandlingsgarantien.
- Hvis vi vurderer, at det ikke er sundhedsfagligt hensigtsmæssigt eller optimalt at igangsætte undersøgelse eller behandling inden for 10 hverdage.
- Hvis godkendt og planlagt undersøgelse eller behandling udskydes af medicinske årsager.
- Hvis du er i gang med et udvidet og/eller længevarende udrednings- og/eller behandlingsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.
- Hvis vi vurderer, at behandlingen er højt specialiseret og bør foretages i det offentlige, f.eks. ved særegne sygdomsdiagnoser eller komplicerede sygdomsforløb, eller hvis du er i gang med et længerevarende udredningsforløb i det offentlige.
- I tilfælde af storkonflikter og/eller begrænset kapacitet i det offentlige sundhedsvæsen samt uforudsigelige hændelser, som ligger uden for vores kontrol, f.eks. samfundsmæssige handlinger, it-nedbrud, hackerangreb, pandemier, epidemier, lockout og lignende – i disse tilfælde har vi ret til en rimelig forlængelse af garantien.

5.6.1 Efterkontrol

Forsikringen dækker nødvendig ambulant efterkontrol efter dækningsberettiget operation i op til 24 måneder efter sidste behandlingsdag. Kontrollen skal være ordineret af relevant speciallæge og efter vores vurdering være rimelig og nødvendig. Forsikringen dækker ikke gentagne kontroller.

Kontrol efter operation foretaget i offentligt regi, eller i privat regi betalt af det offentlige, dækkes ikke.

5.6.2 Reoperation

Forsikringen dækker reoperation efter en dækningsberettiget operation, hvis den primære operation er foretaget på et behandlingssted anvist af os. Reoperationen skal være ordineret af speciallæge og godkendt af Dansk Sundhedssikrings læge. Vi henviser til et behandlingssted.

5.6.3 Second opinion

Forsikringen dækker i visse tilfælde konsultation hos relevant speciallæge, hvis du:

- Har en livstruende eller særlig alvorlig sygdom eller skade
- Står over for valget om at modtage særlig risikofyldt behandling, som kan være livstruende eller give varige mén.

Hvis vi vurderer, at du skal tilbydes en second opinion, vil vi henvise dig til relevant speciallæge i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen.

Third opinion

Står du over for en vanskelig stillingtagen, eller er der usikkerhed om din diagnose eller behandlingsform, tilbyder vi telefonisk rådgivende konsultation ved vores læger og sygeplejersker. Det gælder også, hvis to læger er uenige om din diagnose eller behandlingsform.

5.6.4 Medicinudgifter

Forsikringen dækker rimelige udgifter til egenbetaling af receptpligtig medicin i direkte tilslutning til en dækningsberettiget operation på et behandlingssted anvist af os. Medicinen skal være ordineret af behandlende speciallæge og være nødvendig for den udførte operation. Medicinudgifter dækkes i op til 24 måneder fra operationsdatoen.

Der dækkes ikke udgifter til håndkøbsmedicin. Det gælder også, hvis medicinen fås både på recept og i håndkøb.

5.6.5 Midlertidige hjælpemidler

Forsikringen dækker rimelige udgifter til personlige midlertidige hjælpemidler, som vi vurderer, er nødvendige i forbindelse med en dækningsberettiget operation eller behandling. Hjælpemidlerne skal være ordineret af behandlende speciallæge. Udgifter til hjælpemidler ved ambulant genoptræning er ikke dækket.

Der dækkes ikke udgifter til hjælpemidler, som kan modtages via de offentlige tilskud til hjælpemidler. Ortopædisk fodtøj, CPM-maskine og lignende dækkes ikke.

5.6.6 Genoptræning

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig ambulant genoptræning med almen fysioterapi og kiropraktik i direkte tilslutning til en dækningsberettiget operation i bevægeapparatet. Genoptræningen skal være ordineret af behandlende speciallæge. Der dækkes behandling i Danmark.

Forsikringen dækker genoptræning efter operation i det offentlige, hvis operationen er dækningsberettiget.

Ud fra en sundhedsfaglig vurdering dækker forsikringen genoptræning efter diskusprolaps i ryg, lænd og nakke uden operation. Der dækkes konservativ behandling, herunder eventuelt holdtræning som led i genoptræningsplanen.

Genoptræningen har til formål at opnå selvtræningsniveau.

Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg.

Refusion og tilskud
Du skal have en gyldig lægehenvisning til fysioterapi og anvende en behandler, som har overenskomst med sygesikringen. Vi dækker patientandelen af behandlingen efter tilskud fra sygesikringen. Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, og som indeksreguleres to gange årligt.

Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket genoptræningsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

For kiropraktik dækkes beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen kiropraktik (indeksreguleres årligt).

Forsikringen dækker ikke andre former for genoptræning.

Der dækkes ikke rekreations- og behandlingsophold i forbindelse med genoptræning (rekreation dækkes ud fra bestemmelserne i afsnit 5.6.7 "Rekreation").

Genoptræning i Dansk Sundhedssikrings netværk
Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret klinik, og vi afregner direkte med behandleren.

Genoptræning uden for Dansk Sundhedssikrings netværk
Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger ved selvvalgt behandler ud fra en faglig vurdering. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for flere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en status og en genoptræningsplan eller en behandlingsplan fra din behandler. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regningerne skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling, for at du er berettiget til refusion.

5.6.7 Rekreation
Forsikringen dækker udgifter til godkendt rekreationsophold i Danmark i direkte forlængelse af en operation eller indlæggelse eller efter kræftbehandling i udlandet, som forsikringen dækker. Der dækkes rimelige og nødvendige udgifter, dog maksimalt 65.000 kr.

Opholdet skal være skriftligt ordineret af behandlende speciallæge samt Dansk Sundhedssikrings læge. Vi kan bede om at få tilsendt en behandlingsplan. Vi henviser til et behandlingssted i vores kvalitetssikrede netværk.

Der ydes ikke tilskud til ferielignende ophold, afstresning eller lignende. Der dækkes ikke rekreationsophold som følge af psykiske lidelser.

Der kan maksimalt dækkes udgifter til rekreationsophold for 65.000 kr. pr. forsikret i hele forsikringstiden.

5.6.8 Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til midlertidig hjælp i hjemmet i direkte forlængelse af en dækningsberettiget operation – eller kræftbehandling i udlandet – iværksat af os. Som et nødvendigt led i behandlingen skal hjælpen være ordineret af behandlende speciallæge. Der dækkes midlertidig hjælp til rengøring, indkøb, personlig hygiejne samt på- og afklædning i maksimalt 6 måneder regnet fra udskrivelsesdatoen.

Der dækkes ikke hjemmehjælp i de tilfælde, hvor behovet kan tilskrives alderdom, demens, senilitet eller lignende. Vi kan vælge, at det skal være hos en hjemmeservicevirksomhed anvist af os.

5.6.9 Transportudgifter

Forsikringen dækker rimelige udgifter til transport i Danmark mellem hjemmet og behandlingsstedet i forbindelse med speciallægehjælp på hospital/klinik. Transporten skal altid være aftalt med og godkendt af os. Der dækkes ikke transportudgifter i forbindelse med speciallæge i psykiatri, akut krisehjælp, hospice og terminal pleje eller tilvalgsdækningen "misbrugsbehandling".

Udgifter til taxa dækkes ikke. Transportudgifter i forbindelse med speciallægehjælp i udlandet dækkes ikke.

Der dækkes ikke udgifter til transport til og fra Danmark.

Regninger for transport skal være indsendt, senest 3 måneder efter at behandlingen er afsluttet, for at du er berettiget til refusion.

Transport til og fra undersøgelse og behandling

Forsikringen dækker udgifter til transport til og fra dækningsberettiget undersøgelse/behandling hos speciallæge i de tilfælde, hvor vi henviser dig til et hospital eller en klinik mere end 60 km fra din bopæl. Der dækkes efter statens laveste takst for kørsel i egen bil (indeksreguleres) eller den billigste offentlige transportform.

Sygetransport (liggende)

Forsikringen dækker liggende sygetransport mellem hjemmet og dækningsberettiget indlæggelse/operation. Liggende transport skal være ordineret af behandlende speciallæge. Det er en forudsætning for dækning, at vi vurderer, at du af helbredsmæssige årsager ikke kan transporteres i bil – heller ikke som passager – eller tage offentlige transportmidler, og at transporten ikke er dækket fra anden side. Vi kan vælge, at det skal være hos en leverandør anvist af os.

Medicinsk ledsager

Forsikringen dækker rimelige transportudgifter for én medicinsk ledsager, hvis vi vurderer, at din helbredstilstand kræver, at der er en ledsager med.

5.7 Fysisk sundhed

Allerede ved din første henvendelse til forsikringen kan sundhedsteamet tilbyde rådgivning og støtte til håndtering af fysiske udfordringer – uanset om de er omfattet af forsikringsdækningen eller ej.

For at sikre optimal forebyggelse, rådgivning og behandling af din problemstilling kan vi ud fra en faglig vurdering henvise til forskellige rådgivnings- og behandlingsformer og/eller selvtræning, f.eks. træningsrådgivning, træningsvideoer, træningsapp, online fysioterapi, fysioterapi og kiropraktik med fysisk fremmøde eller en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde.

I de tilfælde, hvor du henvises til behandling, vil sundhedsteamet løbende vurdere, hvor mange behandlinger du har brug for, og om du modtager den rette behandling.

Træningsapp
Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering give dig op til 6 måneders adgang til en træningsapp, som tilbyder genoptræning og forebyggelse af smerter i hele kroppen ud fra særlig tilrettelagte træningsprogrammer.

Godt fra Start – hurtig hjælp til nyopståede og ukomplicerede smerter i bevægeapparatet
Sundhedsteamet tilbyder hurtig afklaring af behandlingsbehovet, rådgivning og vejledning om øvelser til håndtering af egne smerter, opfølgning, omsorgsopkald og adgang til en evidensbaseret træningsapp ud fra den nyeste sundhedsfaglige viden ved erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter.

Den fysiske værktøjskasse
Vi tilbyder kvartalsvise onlinekurser til ledere og HR i form af støtte til håndtering af smerter på arbejdspladsen. Kurset indeholder fokus på og viden om smerter, og hvordan man som leder og som virksomhed kan støtte medarbejdere med smerter og effektivt forebygge smerteproblematikker. Kurserne afholdes af en smertelæge eller en specialuddannet fysioterapeut og afholdes både på dansk og på engelsk.

Fysioterapeut og kiropraktor
Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling efter henvisning fra sundhedsteamet. Det er en forudsætning for dækning, at der er et sundhedsfagligt/lægeligt dokumenteret behov for at behandle.

Behandlingerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Vi kan efter en faglig vurdering enten afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik eller stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Fysiske lidelser, som efter vores vurdering ikke kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres, dækkes ikke.

Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg.

Du skal altid have en gyldig lægehenvisning til fysioterapi, og fysioterapeuten eller kiropraktoren skal have overenskomst med sygesikringen (ydernummer). Vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Hvis du vælger en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, og som indeksreguleres to gange årligt.

Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket behandlingsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

For kiropraktik dækkes beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen kiropraktik (indeksreguleres årligt).

Online fysioterapi og blended care
I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en fysioterapeut, som vi har indgået samarbejde med. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig være rent digitalt i form af videokonsultationer med fysioterapeuten eller en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde. Forløbet indeholder muligheden for chatfunktion mellem konsultationerne og gratis adgang til en digital træningsplatform.

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret samarbejdspartner, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk
Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret behandler, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk
Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos selvvalgt fysioterapeut eller kiropraktor ud fra en faglig vurdering. Behandlingerne tildeles i portioner.

Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten eller kiropraktoren.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regningerne skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling, for at du er berettiget til refusion.

I de tilfælde, hvor du er påbegyndt behandling hos en behandler uden for vores netværk, kan vi vælge, at fortsat behandling skal være hos en behandler anvist af os. F.eks. hvis du ønsker at skifte behandler, eller hvis vi vurderer, at behandlingen ikke har den ønskede effekt.

GLA:D-træning for hofte, knæ og ryg
Hvis du får diagnosticeret artrose i hofte eller knæ eller langvarige (mere end 3 måneder) eller tilbagevendende rygsmerter/længerevarende ryglidelse, kan vi ud fra en faglig vurdering vælge at dække et GLA:D-træningsforløb. Sundhedsteamet kan visitere direkte til behandling.

Vi vil henvise dig til din læge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at du af medicinske årsager bør tilses af en læge inden eventuel opstart af behandling.

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering og fastlægges ud fra Sundhedsstyrelsens retningslinjer for GLA:D-forløb. Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg.

Der ydes dækning for behandlerens takst – dog maksimalt for det beløb, der svarer til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster.

Der dækkes ét GLA:D-forløb pr. sygdomsregion (knæ, hofte, ryg) i forsikringstiden. Vi betragter forløbet som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid.

For GLA:D-træning gælder der ikke en grænse på 6 måneders behandling fra diagnosetidspunktet.

I de tilfælde, hvor vi ikke kan dække GLA:D-træning for din problematik, vil dækningen for almindelig fysioterapi være gældende.

5.8 Mental sundhed

Allerede ved din første henvendelse til forsikringen kan sundhedsteamet ud fra en faglig vurdering tilbyde rådgivning og støtte til håndtering af mentale udfordringer – uanset om de er omfattet af forsikringsdækningen eller ej.

I de tilfælde, hvor vi vurderer, at du har brug for behandling for psykisk lidelse eller mentale udfordringer – f.eks. hvis du har nedsat evne til at fungere i hverdagen og/eller behandlingskrævende symptomer, jf. bestemmelserne i afsnittet "Behandling hos psykolog og psykoterapeut" og i afsnit 1.2 "Hvad dækker forsikringen?" – dækker forsikringen rimelig og nødvendig behandling. Det er en forudsætning for dækning, at skaden er dækningsberettiget.

Vi kan tilbyde rådgivning ved stress-, trivsels- og livsforandringsudfordringer og visitere til en række forskellige behandlingsformer, herunder telefonisk, online eller fysisk behandling samt et specialiseret behandlingsprodukt til børn.

Forløbstypen vil være afhængig af den enkelte sag og sundhedsteamets faglige vurdering. De nærmere bestemmelser fremgår af de enkelte afsnit.

I de tilfælde, hvor vi sundhedsfagligt vurderer, at udredning og/eller behandling bedst kan varetages i det offentlige, kan vi henvise til, at det offentlige tilbud skal aktiveres og benyttes. Det kan f.eks. være i de tilfælde, hvor der ikke er varig bedring efter tidligere forsøgt behandling hos en psykolog og/eller en psykiater, eller hvis der er tale om en tilbagevendende lidelse, eller ved udredning og behandling ved mistanke om alvorlig psykisk sygdom. Vi tilbyder vejledning og støtte i processen.

Er du henvist til et pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen, skal dette tilbud altid benyttes.

Forebyggende stress- og trivselslinje

Når du har en sundhedsforsikring hos Dansk Sundhedssikring, kan du ringe og få personlig og hurtig rådgivning om og støtte til stress- eller trivselsrelaterede problemer, der ikke kræver egentlig behandling.

Stress- og trivselslinjen håndteres af et erfarent internt rådgivningsteam, hvor alle har relevant sundhedsfaglig baggrund og kan hjælpe dig med at forebygge og håndtere problemer, før de vokser sig store. Her kan du få hurtig og personlig rådgivning og hjælp til at styrke din mentale sundhed – allerede ved tidlige tegn på stress- og trivselsproblemer.

Der rådgives f.eks. om:

- Reducering og forebyggelse af tidlige tegn på stress og mistrivsel
- Private trivselsproblemer, f.eks. personlige kriser, sorg, skilsmisse og misbrug samt udfordringer vedrørende børn, samliv og livsstil
- Arbejdsrelaterede trivselsproblemer, f.eks. udbrændthed, afskedigelse, mobning og konflikter.

Der kræves ikke lægehenvisning, og rådgivningsteamet finder ud af, om der er behov for opfølgende samtaler.

Som en del af stress- og trivselslinjen tilbyder vi også:

- **Ungerådgivning**
  Rådgivning af unge mellem 16 og 27 år i form af fortrolige samtaler med sundhedsfagligt personale om udfordringer som f.eks. stress, angst, ensomhed, spiseproblemer eller lavt selvværd eller problemer i familien, skolen eller med vennerne.

- **Misbrugsrådgivning**
  Fortrolige samtaler i form af rådgivning og vejledning om misbrugsproblemer ved sundhedsfagligt personale. Der rådgives f.eks. om misbrug eller om behandling af forskellige former for misbrug (f.eks. alkohol, kokain, hash, medicin, ludomani og købemani) eller om udfordringer ved at være pårørende til eller tæt på en med misbrugsproblemer. Misbrugslidelser af enhver art er ikke dækket af basisforsikringen. Misbrugsbehandling dækkes ud fra de særlige bestemmelser for tilvalgsdækningen "tilvalg C: misbrugsbehandling", hvis dækningen er tilkøbt.

Du kan ringe til stress- og trivselslinjen alle hverdage inden for de gældende åbningstider, der fremgår af vores hjemmeside. Du ringer via hovednummeret og taster dig ind på linjen via menuen.

Hvis der ikke er en ledig rådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

Du kan også kontakte rådgivningen ved hjælp af computer, tablet eller smartphone via den personlige side Mit DSS. Her kan du skrive, når det passer bedst, og modtage skriftligt svar eller blive ringet op af en rådgiver på et aftalt tidspunkt.

Lederlinjen
Lederlinjen er et tilbud til HR og ledere og giver adgang til telefonisk rådgivning, hvor du som leder kan få hjælp til at undersøge nye perspektiver eller undersøge dine handlemuligheder, hvis du f.eks. har medarbejdere med stress, medarbejdere med private udfordringer, der påvirker arbejdet, trivselsproblemer, mobning, konflikter, eller hvis der er sket en ulykke eller en voldsom hændelse på arbejdspladsen.

Via lederlinjen tilbyder vi adgang til relevant materiale om hormonelle forandringer og arbejdslivet og om, hvordan man har en åben dialog og aktivt kan skabe nogle rammer og et fleksibelt og støttende arbejdsmiljø, der tilgodeser medarbejdere i overgangsalderen, i samarbejde med en relevant partner.

Lederlinjen håndteres af vores interne team for mental sundhed, hvor alle har en relevant faglig baggrund. Teamet vurderer på baggrund af dialogen med dig, om der er behov for opfølgende samtaler.

Teamet kan ud fra en faglig vurdering visitere til en kvalitetssikret og erfaren erhvervspsykolog.

Du kan ringe til lederlinjen alle hverdage inden for de gældende åbningstider, der fremgår af vores hjemmeside. Du ringer via hovednummeret og taster dig ind på linjen via menuen. Hvis der ikke er en ledig rådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

Du kan også kontakte rådgivningen ved hjælp af computer, tablet eller smartphone via den personlige side Mit DSS. Her kan du skrive, når det passer bedst, og modtage skriftligt svar eller blive ringet op af en rådgiver på et aftalt tidspunkt.

Gratis adgang til mental sundhedsapp og mindfulness for børn, unge og forældre
Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering give dig 6 måneders adgang til en mental sundhedsapp. Appen er baseret på kognitiv adfærdsterapi og lærer børn på mellem 8 og 16 år og deres forældre at håndtere svære følelser og emner som sorg, mobning, generthed, skilsmisse, social angst, søvnproblemer og afhængighed af gaming samt tilbyder mindfulness til børn og voksne.

Digital ADHD-/ADD-vejledning ved psykiater og specialuddannet psykolog
Du får adgang til en digital læringsplatform med hjælp til selvhjælp i form af nyttig viden og vejledning om ADHD/ADD. Platformen er udarbejdet af specialister inden for psykiatri og psykologi og kan også bruges af pårørende. Du skal være 18 år eller derover for at kunne anvende platformen.

Den mentale værktøjskasse
Vi tilbyder forskellige sundhedsfremmende tiltag i form af onlinekurser, hvis du oplever, at din mentale trivsel er påvirket, men du ikke har behov for egentlig terapi. Du vil opnå viden om det sunde sinds reaktioner på belastning og få konkrete værktøjer til selv at kunne handle og styrke din mentale sundhed.

Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering tilbyde adgang til forskellige målrettede tilbud:

- **Mental sundhed – din værktøjskasse**
  Kursus med sundhedsfremmende fokus til dig med livsudfordringer, som har brug for værktøjer til selv at kunne handle for at styrke din mentale sundhed. Du opnår viden om sindets reaktioner og får konkrete værktøjer, du selv kan bruge fremover til at styrke din mentale sundhed.

- **Mental sundhed – din værktøjskasse med mentor**
  Personlige samtaler med en erfaren mentor målrettet mod livsudfordringer, hvor der er brug for ekstra støtte til selv at arbejde med værktøjer, der styrker din mentale sundhed.

- **Mental sundhed – din værktøjskasse som leder/HR:**
  "Styrk medarbejdernes mentale sundhed"
  Livewebinar til ledere og HR med fokus på reaktioner hos medarbejderne ved livsudfordringer og belastninger. Webinaret vil redegøre for normale og sunde reaktioner på belastninger, og hvordan man som leder/HR kan forebygge forværring og støtte og hjælpe medarbejderne – og hvornår der er tale om behandlingskrævende tilstande og reaktioner, som kræver professionel hjælp og behandling. Webinaret er interaktivt, og deltagerne kan bidrage med egne erfaringer og udfordringer og få feedback fra de sundhedsfaglige undervisere.

Behandling hos psykolog og psykoterapeut
Forsikringen dækker ud fra en faglig vurdering af behandlingsbehovet relevant, rimelig og nødvendig individuel behandling/terapi vedrørende behandlingskrævende psykiske lidelser og mentale udfordringer hos en autoriseret psykolog (aut. cand.psych.) eller en psykoterapeut.

Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg. Behandling ved psykoterapeut tilbydes kun i vores netværk.

Det er en forudsætning for dækning, at der er et sundhedsfagligt/lægeligt dokumenteret behov for at behandle, og at der er behandlingskrævende symptomer/nedsat evne til at fungere i hverdagen.

Behandlingerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik.

Psykiske lidelser, som efter vores vurdering ikke kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres, dækkes ikke.

Sundhedsteamet visiterer til behandlingsformen og vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger du har brug for, og om du modtager den rette behandling.

Vi vurderer, om du eventuelt skal indsende en gyldig lægehenvisning eller en lægelig anbefaling.

Stress kræver ikke henvisning/anbefaling fra læge. Teamet kan ud fra en faglig vurdering visitere til forskellige former for forebyggelse af, rådgivning om og behandling af stress.

Har du en henvisning fra din læge, og arbejder behandleren inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

Ved lægehenvist psykologbehandling dækker vi patientandelen af behandlingen efter tilskud fra sygesikringen.

Ved behandling hos psykolog uden overenskomst med sygesikringen (ydernummer) dækkes behandlerens takst, dog maksimalt 1.000 kr. pr. behandling.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk
Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret psykolog eller psykoterapeut, og vi afregner direkte med behandleren.

Vi kan ud fra en faglig vurdering visitere til forskellige behandlingsformer:

- **Telefoniske forløb**
  Vi kan henvise til telefoniske forløb ved erfarne psykoterapeuter og psykologer.

- **Online behandlingsforløb**
  Vi kan henvise til videokonsultationer med erfarne psykoterapeuter og psykologer. Som en del af forløbet får du adgang til et online bibliotek med øvelser og viden om mental sundhed.

- **Stresshåndteringsforløb**
  Vi tilbyder forskellige former for behandling af stress, og sundhedsteamet kan rådgive om de forskellige muligheder. I relevante tilfælde – og ud fra en faglig vurdering – kan teamet f.eks. henvise til særlige målrettede stresshåndteringsforløb. Alle forløb tilpasses den enkelte og indeholder en skriftlig guide med viden om og redskaber til at arbejde med stress samt telefonisk og/eller online terapi med videokonsultationer.

- **Fysiske forløb**
  Vi kan henvise til fysiske forløb hos erfarne psykoterapeuter og psykologer.

- **Specialiseret behandlingsprodukt til børn med psykisk mistrivsel**
  Vi kan henvise til særlig tilrettelagte behandlingsforløb målrettet mod børn under 15 år og deres forældre. Forløbene afholdes af psykologer med særlig erfaring inden for området og involverer i høj grad forældrene i behandlingen. Involvering af forældrene øger forældrenes bidrag til at opnå terapeutisk alliance og styrker deres evne til at hjælpe barnet – også efter endt behandling.

  I relevante tilfælde kan der foretages en skriftlig overlevering af relevant information, som familien kan anvende, og som kan deles med f.eks. kommune, PPR, dagtilbud, skole, psykiatri eller sagsbehandler, så de bliver i stand til at give den rette støtte.

- **Trepartssamtaler ved arbejdsrelateret stress**
  Ved arbejdsrelateret stress kan vi ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig henvise til et trepartsforløb mellem dig, din leder (eller HR) og en psykolog. Vi finder en psykolog til dig med særlig erfaring inden for stress og stresshåndtering på arbejdspladsen. Forløbet har fokus på arbejdsmarkedssituationen, når der f.eks. er behov for at hjælpe med fastholdelse eller tilbagevenden til arbejdspladsen. Forløbet har ikke forebyggende karakter og medtager ikke andre problematikker end stress. Forløbet er derfor ikke egnet i tilfælde med længerevarende belastningsreaktion eller medicinsk behandling eller ved alvorlige stresstilfælde med langvarig sygemelding.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk
Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos selvvalgt psykolog i op til 6 måneder pr. sygdom/skade gældende fra første behandlingsdag. Børn under 18 år dækkes med maksimalt 5 behandlinger pr. kalenderår – også i tilfælde af flere skader. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra psykologen.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regningerne skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling, for at du er berettiget til refusion.

I de tilfælde, hvor du er påbegyndt behandling hos en behandler uden for vores netværk, kan vi vælge, at fortsat behandling skal være hos en behandler anvist af os. F.eks. hvis du ønsker at skifte behandler, eller hvis vi vurderer, at behandlingen ikke har den ønskede effekt.

For børn under 18 år gælder, at behandling i vores netværk ikke kan dækkes, hvis behandlingen er startet hos en psykolog efter eget valg.

Angstbehandlingsprogrammerne Cool Kids og Chilled til børn
Ved lægehenvist psykologbehandling af angstlidelser opstået i forsikringstiden kan vi ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig henvise til angstbehandlingsprogrammet Cool Kids til børn i alderen 7-12 år og Chilled-programmet til børn i alderen 13-17 år.

Programmerne tilbydes som gruppeforløb for børn/unge og deres forældre eller i enkelte tilfælde som individuelle forløb. Forløbene indledes med en individuel forsamtale med en psykolog, hvor det afklares, om barnet er i målgruppen.

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering. Der dækkes ét angstbehandlingsprogram i forsikringstiden. Vi betragter forløbet som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid. I de tilfælde, hvor vi ikke dækker angstprogrammet – f.eks. hvis psykologen vurderer, at programmet ikke er relevant – vil dækningen for almindelig psykologhjælp være gældende.

Psykiater
Forsikringen dækker rimelige og nødvendige lægehenviste konsultationer hos psykiater vedrørende dækningsberettiget skade/lidelse. Konsultationerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Vi kan afvise yderligere dækning, hvis vi tidligere har dækket samme sygdom/skade/lidelse. Konsultationerne tildeles i portioner, og vi henviser til en behandler i vores netværk. Du kan også selv vælge, hvilken psykiater der benyttes. Her dækker forsikringen behandlerens takst, dog maksimalt 2.000 kr. pr. konsultation.

5.8.1 Akut krisehjælp
Forsikringen dækker akut krisehjælp i vores behandlernetværk, hvis vi vurderer, at du har fået en akut psykisk krise pga. følgende:

- Hvis du bliver udsat for en pludselig, alvorlig hændelse/ulykke, hvor du har været i fare
- Hvis du bliver udsat for røveri, overfald, vold eller kidnapning
- Hvis der er brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller egen virksomhed (skal være politianmeldt)
- Hvis du diagnosticeres med en livstruende sygdom
- Hvis der er dødsfald hos nærmeste pårørende
- Hvis nærmeste pårørende diagnosticeres med en livstruende sygdom
- Hvis du overværer et familiemedlems eller en kollegas pludselige, uventede død eller pludselige alvorlige hændelse/ulykke.

Ved nærmeste pårørende forstår vi ægtefælle, samlever, egne børn, ægtefælles/samlevers børn og adoptivbørn.

Der er ikke krav om lægehenvisning. Sundhedsteamet vurderer, om der er behov for akut krisehjælp, eller om der skal henvises til anden behandling. Hvis vi vurderer, at du har brug for akut krisehjælp, vil vi finde en psykolog til dig i vores netværk.

Der vil være telefonisk kontakt med psykologen, inden for 3 timer efter anmeldelsen er godkendt.

Det efterfølgende forløb vil være afhængigt af hændelsens karakter og behandlerens faglige vurdering.

Ved anmeldelse, mere end 48 timer efter krisen har fundet sted, vil dækningen for almindelig psykologhjælp altid være gældende.

Debriefing af grupper dækkes ikke, medmindre det indgår som en del af dækningen af et godkendt akut forløb.

Ud fra en faglig vurdering kan vi vælge at dække debriefing i form af én session med en psykolog på arbejdspladsen, hvis der er sket en alvorlig arbejdsulykke eller en anden voldsom/traumatisk hændelse, hvor flere medarbejdere har været involveret i eller overværet hændelsen og har behov for hjælp.

Der dækkes ikke debriefing ved forventede episoder, afskedigelser, konflikter og lignende.

Det er muligt at tilkøbe yderligere debriefing-sessioner til grupper. Ved tilkøb koordineres indsatsen med arbejdspladsen.

Der dækkes ikke akut psykologbehandling eller debriefing i udlandet.

5.9 Hospice og terminal pleje

Forsikringen dækker et godkendt ophold på et dansk hospice i forbindelse med terminal diagnose stillet i forsikringstiden i op til 3 måneder, dog maksimalt 100.000 kr.

Opholdet skal være skriftligt ordineret af en læge, og vi skal modtage en kopi af journalen, hvoraf det fremgår, at diagnosen er terminal.

Alternativt kan vi tilkende terminal pleje i hjemmet varetaget af hjemmesygeplejerske i op til 3 måneder, dog maksimalt 100.000 kr.

Der kan maksimalt dækkes udgifter til hospice eller terminal pleje på 100.000 kr. i hele forsikringstiden. Vi kan vælge, at det skal være et hospice eller en leverandør anvist af os.

5.10 Tandbehandling

Forsikringen dækker speciallægeordineret tandbehandling, når der er sket en skade på tænderne i direkte forbindelse med behandlingen af en dækningsberettiget skade, hvor behandlingen er iværksat af os. Der dækkes rimelige og nødvendige udgifter på op til 20.000 kr. pr. skade.

5.11 Personlige sundhedsprogrammer

Vi kan ud fra en faglig vurdering henvise til personlige digitale sundhedsprogrammer i form af individuelt tilpassede forløb. Sundhedsprogrammerne tilbydes hos en erfaren leverandør i vores kvalitetssikrede netværk.

Forløbenes varighed og indhold beror på behandlerens faglige vurdering og har en maksimal varighed på 12 måneder.

Forløbene dækkes, uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. Der kan maksimalt dækkes ét forløb pr. lidelse/problematik i forsikringstiden. Vælger du at afbryde et forløb før tid, betragtes forløbet som afsluttet, og der dækkes ikke yderligere.

Vi kan ud fra en faglig vurdering afvise at dække et personligt sundhedsprogram, hvis vi tidligere har dækket diætistbehandling for samme lidelse/problematik, jf. afsnit 6.1 "Diætist".

Du skal være 16 år eller derover for at kunne anvende programmerne.

- **Personligt sundhedsprogram til behandling af diabetes, KOL, forhøjet blodtryk, hjerte-kar-sygdom og overvægt**
  Ved diagnosticeret diabetes, KOL, forhøjet blodtryk, hjerte-kar-sygdom eller svær overvægt (BMI på 30 og derover) kan vi ud fra en faglig vurdering henvise dig til et personligt digitalt sundhedsprogram til håndtering af livsstil og kronisk sygdom. Du får adgang til et individuelt tilpasset forløb med digital sundhedsfaglig coaching, rådgivning og skræddersyede sundhedsplaner ved en erfaren klinisk diætist. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering kombineres med personlig digital rådgivning om fysisk og mental trivsel, f.eks. ved en psykolog, fysioterapeut og/eller speciallæge.

- **Personligt sundhedsprogram til overvægtige gravide**
  Ved overvægt under graviditet (BMI på 30 og derover ved graviditetens begyndelse) kan vi henvise til et forløb med målrettet information og rådgivning om overvægt, kost og motion under graviditeten, herunder anbefalinger og handlemuligheder. Programmet indeholder kostrådgivning og livsstilsintervention ved en erfaren klinisk diætist under graviditeten og i den første tid efter fødslen og kan kombineres med personlig rådgivning ved en psykolog eller speciallæge og/eller digital træning og træningsrådgivning ved en fysioterapeut.

- **Personligt sundhedsprogram – mænd og kvinders sundhed**
  Ved svære og varige fysiske og psykiske gener, der påvirker din hverdag og livskvaliteten negativt, f.eks. i form af kognitive ændringer, søvnbesvær, humørændringer, nedsat energi og træthed, tristhed, vægtøgning, generende hedeture, tørre slimhinder samt led- og muskelsmerter, kan vi henvise til et forløb med indledende online screening, tekst- og videokonsultationer og hjælp til at håndtere svære gener og få det bedre i dagligdagen med hjælp fra et behandlingsteam bestående af læge, diætist, fysioterapeut og psykolog samt adgang til artikler og videoer. Teamet kan f.eks. hjælpe med rådgivning om og håndtering af fysiske og psykiske symptomer, nedsat energi, behandling af gener af overgangsalderen og store overgange i livet og målrettet forebyggelse heraf, hormonelle symptomer og forandringer, hormonbehandling, fald i testosteronniveauer, aldringsprocesser, søvn, ensomhed, livsstilændringer, kost, motion og gode vaner.

- **Personligt sundhedsprogram til håndtering af livet med og efter kræftsygdom**
  Ved svære og varige gener under kræftsygdom eller ved svære og varige senfølger efter kræftsygdom i form af fysiske og psykiske helbredsproblemer, der påvirker din hverdag, f.eks. i form af søvnbesvær, tarmproblemer, smerter og angst, kan vi ud fra en faglig vurdering henvise dig til et personligt digitalt sundhedsprogram til håndtering af livet med og efter kræftsygdom. Du får adgang til et individuelt tilpasset forløb vedrørende håndtering af gener, følgevirkninger, hverdagen og det sociale liv, ernæring, træning og redskaber til mestring af livet med og efter kræftsygdom. Der er adgang til digital sundhedsfaglig coaching, rådgivning og skræddersyede sundhedsplaner ved en erfaren klinisk diætist. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering kombineres med personlig digital rådgivning ved en sygeplejerske, fysioterapeut og/eller psykolog.

  Programmet til håndtering af livet med og efter kræftsygdom dækkes kun, hvis du er omfattet af tillægsdækningen Cancer Care, hvilket fremgår af forsikringsaftalen/policen.

5.12 Undersøgelse og behandling i udlandet – Cancer Care (tillægsdækning)

Cancer Care er en tillægsdækning til basisdækningen. Du er dækket af Cancer Care-tillægsdækningen, hvis det fremgår af forsikringsaftalen/policen.

For oplysninger om tillægsdækningen Cancer Care henvises til tillæg 1: personlig medicin og kræftbehandling i udlandet, som du finder på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

I tilfælde af uenighed om valg af behandling/behandlingsplan, og hvis behandlingen kan udføres i hjemlandet, er det altid den behandlende speciallæge i hjemlandet, der afgør, hvilken behandling der kan tilbydes.

I tilfælde af uoverensstemmelse mellem den danske og den engelske version af tillæg 1 er det til hver en tid den engelske tekst, der er gældende. Det engelske tillæg kan findes på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

6. Tilvalgsdækninger

Det fremgår af forsikringsaftalen/policen, om der er valgt én eller flere af disse dækninger.

Du skal være opmærksom på, at de forskellige tilvalgsdækninger kun er omfattet, hvis det fremgår af forsikringsaftalen/policen.

For alle tilvalgsdækninger gælder de samlede forsikringsbetingelser, men også de nærmere regler og undtagelser, som fremgår af de enkelte dækninger.

6.1 Tilvalg A: akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist

Tilvalget dækker behandling hos akupunktør, zoneterapeut, osteopat og diætist efter henvisning fra sundhedsteamet. Du kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Hvis du ønsker det, kan sundhedsteamet hjælpe med at finde en behandler. Der dækkes behandling i Danmark.

Behandlingerne skal være udført af RAB-godkendt zoneterapeut eller akupunktør, autoriseret osteopat eller autoriseret klinisk diætist. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regningerne skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling, for at du er berettiget til refusion.

Akupunktur
Akupunkturbehandling dækkes for dækningsberettiget lidelse i bevægeapparatet. Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Behandlingerne tildeles i portioner, og vi vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 500 kr. pr. behandling.

Zoneterapi
Zoneterapi dækkes for dækningsberettiget lidelse i bevægeapparatet. Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 500 kr. pr. behandling.

Osteopati
Osteopati dækkes for dækningsberettiget lidelse i bevægeapparatet. Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 650 kr. for første behandling og 500 kr. for efterfølgende behandlinger.

Diætist
Forsikringen dækker behandling hos en autoriseret klinisk diætist. Der dækkes det antal nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår. Vi vurderer, om du eventuelt skal indsende en skriftlig lægeanbefaling.

Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 900 kr. for første behandling og maksimalt 500 kr. for efterfølgende behandlinger.

Vi kan også henvise til online diætistbehandling hos en aktør, som vi samarbejder med. Behandlingerne tildeles i portioner, og forsikringen dækker behandlerens takst. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret samarbejdspartner, og vi afregner direkte med behandleren.

Hvis der i forsikringstiden diagnosticeres diabetes, forhøjet kolesterol, hjerte-kar-sygdom, tarmlidelse, urinsyregigt, cøliaki, endometriose, PCO/PCOS eller behandlingskrævende stofskiftesygdom, eller hvis der sundhedsfagligt vurderes behandlingskrævende undervægt, der udgør en risiko for dit helbred, kan der dækkes ét forløb (maksimalt 10 behandlinger) i forsikringstiden.

Forsikringen dækker ikke diætistbehandling ved ønske om graviditet, amning, undervægt, sportsernæring, fødevareallergi, intolerance og lignende tilstande samt ved psykiske lidelser – herunder stress, depression, spiseforstyrrelser og overspisning. Forsikringen dækker ud fra en faglig vurdering diætistbehandling ved svær overvægt under graviditet og behandlingskrævende efterfødselsvægt.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Vi kan afvise at dække diætistbehandling, hvis vi tidligere har dækket et personligt sundhedsprogram til samme lidelse/problematik, jf. afsnit 5.11 "Personlige sundhedsprogrammer".

6.2 Tilvalg B: fysioterapi uden krav om lægehenvisning

Med dette tilvalg er der ikke krav om, at der foreligger en lægehenvisning til fysioterapi.

Hvis vi vurderer, at der er sundhedsfaglig/lægelig begrundelse for behandling, kan sundhedsteamet henvise direkte til behandling. Vi vil henvise dig til din læge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at du af medicinske årsager bør tilses af en læge inden eventuel opstart af behandling.

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling. Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg.

Behandlingerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden.

Vi kan efter en faglig vurdering enten afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik eller stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Fysiske lidelser, som efter vores vurdering ikke kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres, dækkes ikke.

Har du en henvisning fra din læge, og arbejder behandleren inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

Hvis du vælger en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen behandlerens takst, dog maksimalt beløbet svarende til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster.

Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket behandlingsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til det fulde honorar for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

Online fysioterapi og blended care
I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en fysioterapeut, som vi har indgået samarbejde med. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig være rent digitalt i form af videokonsultationer med fysioterapeuten eller en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde. Forløbet indeholder muligheden for chatfunktion mellem konsultationerne og gratis adgang til en digital træningsplatform. Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering.

Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret samarbejdspartner, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk
Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret klinik, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk
Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos en selvvalgt fysioterapeut. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger.

Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regningerne skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling, for at du er berettiget til refusion.

6.3 Tilvalg C: misbrugsbehandling

Tilvalget dækker rimelige udgifter til behandling for misbrug og afhængighed af:

- Alkohol
- Receptpligtig medicin
- Rusmidler, der er omfattet af lov om euforiserende stoffer
- Diagnosticeret ludomani (pengespil).

Der dækkes ikke andre former for misbrug end de ovennævnte.

Du kan først få dækket "misbrugsbehandling", når du har været omfattet af forsikringen i 6 måneder. Det er muligt at overføre anciennitet ved direkte overgang fra et andet selskab, hvor du også var omfattet af lignende dækning.

Lægehenvisning
Behandlingen skal være skriftligt ordineret af praktiserende læge, og der skal efter vores vurdering være en realistisk helbredelsesmulighed.

Behandling skal godkendes
Behandling må ikke igangsættes uden forudgående godkendelse fra os. Vi henviser ud fra en faglig vurdering til ambulant behandling eller døgnbehandling på et behandlingssted i Danmark anvist af os.

Tidligere behandling
Forsikringen dækker ikke, hvis vi vurderer, at du tidligere har været i behandling for samme type misbrug. Ved tidligere behandling forstår vi:

- Behandlingsforløb på et offentligt eller privat behandlingssted med minimum 4 timers ugentlig behandling
- Behandlingsforløb, hvor du samlet har modtaget mere end 25 timers behandling
- Antabusbehandling via egen læge i mere end 3 uger, hvor du samtidig har modtaget samtaleterapi
- Tidligere psykologbehandling for spil/ludomani
- Anden behandling, der kan sidestilles med ovenstående punkter.

Forsikringen dækker ikke i de tilfælde, hvor du får tilbagefald til et misbrug i forsikringstiden, eller hvis du afbryder et behandlingsforløb igangsat af os. Vi betragter et forløb som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid.

Der kan maksimalt dækkes udgifter for samlet op til 100.000 kr. pr. forsikret i hele den periode, hvor forsikringen er i kraft, uanset om der er tale om flere forskellige misbrug.

6.4 Tilvalg E: privathospitalsdækning

Tilvalget dækker rimelig og nødvendig undersøgelse og behandling af dækningsberettiget sygdom/skade, som er udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik. For speciallæge i psykiatri gælder særlige bestemmelser, jf. afsnit 5.8 "Mental sundhed".

Der dækkes rimelige undersøgelser, som vi vurderer, er nødvendige for at stille en diagnose, og behandling udført af relevant speciallæge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at behandlingen kan kurere eller væsentligt og varigt reducere sygdommen.

Lægehenvisning

Du skal altid have en gyldig henvisning fra din læge. Hvis din læge vurderer, at du har brug for undersøgelse eller behandling, skal du henvises til relevant speciallæge i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henvisning kan du anvende, når du ønsker at bruge din forsikring.

Ultralydsscanninger, røntgenundersøgelser og MR-scanninger kræver også en henvisning.

10 dages undersøgelses- og behandlingsgaranti

Du garanteres, at dækningsberettiget undersøgelse og/eller behandling er sat i gang i det private eller i det offentlige sundhedsvæsen, inden for 10 hverdage efter at vi har modtaget og godkendt din anmeldelse. Har vi brug for flere oplysninger, f.eks. lægehenvisning eller anden relevant information, starter de 10 hverdage, efter vi har modtaget og godkendt de nødvendige oplysninger.

Hvis vi vurderer, at behandlingen hensigtsmæssigt kan finde sted hos et privat behandlingssted i vores kvalitetssikrede netværk, kan du med dette tilvalg vælge, at det skal være i privat regi. Vi henviser til en privat klinik eller et privathospital i vores landsdækkende netværk.

Du skal altid anvende den behandler, som vi anviser.

Hvis du er i et igangværende forløb i det offentlige sundhedsvæsen, og der foreligger en relevant behandlingsplan, og/eller hvis vi vurderer, at det offentlige sundhedsvæsen har de bedste muligheder for undersøgelse og/eller behandling, så kan vi i relevante tilfælde anbefale, at du fortsætter i det offentlige forløb. Vi hjælper med rådgivning og navigation i den videre proces.

Undersøgelses- og behandlingsgarantien dækker ikke:

- Hvis du helt eller delvist afviser et tilbud om undersøgelse og/eller behandling, uanset årsagen (f.eks. fordi du ønsker et andet behandlingssted end det anviste).
- Hvis du udtrykker ønske om undersøgelse eller behandling på et senere tidspunkt end i perioden for undersøgelses- og behandlingsgarantien.
- Hvis vi vurderer, at det ikke er sundhedsfagligt hensigtsmæssigt eller optimalt at igangsætte undersøgelse eller behandling inden for 10 hverdage.
- Hvis godkendt og planlagt undersøgelse eller behandling udskydes af medicinske årsager.
- Hvis vi vurderer, at behandlingen er højt specialiseret og bør foretages i det offentlige, f.eks. ved særegne sygdomsdiagnoser eller komplicerede sygdomsforløb, eller hvis du er i gang med et længerevarende udrednings- og/eller behandlingsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.

- I tilfælde af storkonflikter og/eller begrænset kapacitet i det offentlige sundhedsvæsen samt uforudsigelige hændelser, som ligger uden for vores kontrol, f.eks. samfundsmæssige handlinger, it-nedbrud, hackerangreb, pandemier, epidemier, lockout og lignende – i disse tilfælde har vi ret til en rimelig forlængelse af garantien.

6.5 Tilvalg F: behandling af kroniske lidelser

Tilvalget dækker behandling af kroniske/vedvarende lidelser. Der dækkes, uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden.

For medforsikrede familiemedlemmer med gældende karensperiode vil lidelser opstået og/eller diagnosticeret inden forsikringens start dog først være omfattet af dækningen efter karensperiodens udløb. Kollektive børnedækninger har ingen karens.

Der dækkes behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, fysiurgisk massør og fodterapeut og telefonisk psykologhjælp efter henvisning fra sundhedsteamet. Der dækkes behandling i Danmark.

Behandlingen skal være sundhedsfagligt begrundet, og vi vurderer, om du eventuelt skal have en skriftlig anbefaling fra din læge. Dog skal du altid have en gyldig lægehenvisning til fodterapi.

Vi kan afvise at dække behandling af tilbagevendende lidelser/tilbagefald, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning, og/eller hvis vi tidligere har dækket behandling af samme problematik for dette tilvalg.

Behandling af lidelser i bevægeapparatet ved fysioterapeut, kiropraktor og fysiurgisk massør
Der dækkes rimelig og nødvendig behandling af diagnosticeret eller længerevarende (mere end 6 måneder) slidgigt eller anden kronisk/vedvarende lidelse i bevægeapparatet med op til i alt 12 fysioterapi-, kiropraktor- eller massagebehandlinger pr. kalenderår. Af de 12 behandlinger pr. kalenderår kan maksimalt 4 af dem være fysiurgisk massage, og maksimalt 4 af dem kan være chokbølgebehandling udført af fysioterapeut eller kiropraktor.

Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering dække chokbølgebehandling (ESWT) udført af fysioterapeut eller kiropraktor ved diagnosticerede længerevarende (mere end 3 måneder) gener af tennisalbue, akillessenebetændelse, hælspore samt skuldersenebetændelse – eller som alternativ til kirurgi ved manglende heling af knoglebrud. Der kan maksimalt dækkes én chokbølgebevilling pr. problematik.

Lindrende behandlinger er dækket.

Du kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Hvis du ønsker det, kan sundhedsteamet hjælpe med at finde en behandler i vores kvalitetssikrede netværk.

Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten eller kiropraktoren.

Behandling af diagnosticerede hovedpinesygdomme, f.eks. migræne, Hortons hovedpine og posttraumatisk hovedpine, er ikke dækket under dette tilvalg.

Online fysioterapi og blended care
I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en fysioterapeut, som vi har indgået samarbejde med. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig være rent digitalt i form af videokonsultationer med fysioterapeuten eller en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde. Forløbet indeholder muligheden for chatfunktion mellem konsultationerne og gratis adgang til en digital træningsplatform. Behandleren fastsætter forløbslængden ud fra en faglig vurdering.

Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret samarbejdspartner, og vi afregner direkte med behandleren.

Refusion og tilskud
Der dækkes behandling hos autoriserede behandlere. Massage skal være ved en registreret fysiurgisk massør. Chokbølgebehandling skal være ved en autoriseret fysioterapeut eller kiropraktor, som anvender fokuseret chokbølgeudstyr/fokuserede maskiner.

Hvis du har en lægehenvisning til fysioterapi, og behandleren arbejder inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

Hvis du vælger en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen behandlerens takst, dog maksimalt beløbet svarende til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster.

Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket behandlingsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til det fulde honorar for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

For kiropraktik dækkes maksimalt beløbet svarende til patientandelen efter taksten for almindelig kiropraktik.

For fysiurgisk massage kan der maksimalt dækkes 300 kr. pr. behandling (30 minutter).

For chokbølgebehandling kan der maksimalt dækkes 500 kr. pr. behandling, når behandlingen udføres som selvstændig behandling. Når behandlingen ydes som tillægsbehandling, kan der maksimalt dækkes et tillæg på 220 kr. til de øvrige takster for normalbehandling ved almen fysioterapi og almen kiropraktik, jf. bestemmelserne ovenfor.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regningerne skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling, for at du er berettiget til refusion.

Psykologhjælp ved vedvarende/kroniske psykiske lidelser
Der dækkes rimelig og nødvendig individuel psykologisk rådgivning og støttende samtaler ved psykiske lidelser og psykiske tilstande, som vi vurderer som kroniske/vedvarende, f.eks. langvarig stress, langvarig og kronisk depression, opmærksomhedsforstyrrelser (ADHD/ADD og undertyper), ASF (autismespektrumforstyrrelser), Tourettes syndrom, vedvarende og kroniske angstlidelser, spiseforstyrrelser, OCD, fobier, PTSD og komplicerede sorgtilstande/forlænget sorglidelse, herunder sorgtilstande hos børn, samt hjælp til pårørende til alvorligt psykisk syge personer og pårørende til personer med demens/alzheimers og hjælp til personer med ALS.

Forløbene dækkes, uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden.

Øvrige psykiske lidelser og tilstande dækkes ikke, herunder adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning, overvægt eller afhængighed, coaching, selvudvikling og lignende.

Behandling i vores kvalitetssikrede netværk
Vi kan efter en faglig vurdering henvise til individuel fysisk eller online/digital/telefonisk behandling ved en psykolog eller en psykoterapeut i vores netværk. Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger i op til 6 måneder pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret behandler, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandleren kan vælge at stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Aldersgrænsen for telefonisk og online behandling er 15 år. Samtalerne har en varighed på cirka 30 minutter.

Der kan maksimalt dækkes ét forløb pr. lidelse/problematik. Vælger du at afbryde et forløb før tid, betragtes forløbet som afsluttet, og der dækkes ikke yderligere.

Fodterapi
Der dækkes behandling ved fodterapeut, hvis du har en henvisning fra din læge pga. diabetes, leddegigt, psoriasisgigt, nedgroede negle eller arvæv efter strålebehandling. Der dækkes op til 6 behandlinger pr. kalenderår, og der dækkes, uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. Ved diabetes dækkes der en årlig fodstatus.

Du kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Dog skal du have en gyldig lægehenvisning til fodterapi, og behandlingen skal udføres i Danmark af en statsautoriseret fodterapeut med overenskomst med den offentlige sygesikring/regionerne (ydernummer).

Der dækkes beløbet svarende til egenbetalingen (patientandelen) efter tilskud fra sygesikringen ifølge de overenskomstregulerede takster for fodterapeuter. Forsikringen dækker ikke afstandstillæg, kørselsgodtgørelse, indlæg, tilretning af indlæg og lignende.

6.6 Tilvalg G: online lægevagt

Der dækkes rimelige og nødvendige sundhedsfaglige konsultationer hos privat lægevagt for den samlede husstand, dvs. forsikrede, ægtefælle/samlever samt husstandens hjemmeboende børn under 24 år.

Brug af tjenesten kræver dansk CPR-nr. eller et gyldigt erstatnings-CPR-nr., medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

Online lægevagt er et supplement til din praktiserende læge, hvor der tilbydes hurtig adgang til e-mail- og videokonsultationer med en privat lægevagt uden for almindelig åbningstid. Lægevagten betjenes af erfarne speciallæger i almen medicin og kan give lægefaglige råd og vejledning og svare på spørgsmål om sygdom og sygdomssymptomer, der ikke kræver fysisk undersøgelse. Lægevagten kan også udskrive og forny de fleste recepter, vejlede om håndkøbsmedicin og henvise til regionale offentlige sygehuse.

Du kan f.eks. få hjælp til mellemørebetændelse, bihulebetændelse, øjenbetændelse, forkølelse og influenza, hovedpine og migræne, muskel- og ledsmerter, astma, allergi, sår, hududslæt og eksem, opkast og diarré, urinvejsinfektion, søvnproblemer, psykiske lidelser, prævention, graviditet og amning og syge børn med feber.

Ved akut opstået sygdom eller akut forværring af eksisterende sygdom bør du straks kontakte lægevagten eller 112.

I de tilfælde, hvor lægen vurderer, at der er behov for det, vil lægen henvise til egen læge, lægevagten eller et offentligt sygehus. F.eks. hvis der er behov for en fysisk undersøgelse, blodprøver eller spørgsmål vedrørende et igangværende behandlingsforløb.

Lægevagten kan kun henvise til offentligt sygehus eller skadestue i de tilfælde, hvor det ud fra en lægelig vurdering skønnes nødvendigt. Lægevagten kan ikke henvise til billeddiagnostik. Der dækkes ikke transport i forbindelse med en eventuel indlæggelse. Lægevagten kan kun arrangere transport i tilfælde af akut indlæggelse via 112.

Lægevagten udskriver ikke recepter på medicin, der er vanedannende, eller medicin med misbrugspotentiale, f.eks. sovemedicin, beroligende medicin eller morfika.

Lægevagten kan altid ud fra et fagligt skøn vælge ikke at udskrive medicin og i stedet henvise til offentlige behandlingstilbud.

Lægevagten kan ikke udstede lægeerklæringer samt lægeattester i forbindelse med kørekort, aktiviteter og sundhedstjek, da dette kræver fysisk undersøgelse.

Lægevagten kan ikke svare på spørgsmål om sundhedsforsikringen, ligesom der ikke kan laves private henvisninger/anbefalinger til speciallægepraksis, psykologbehandling, fysioterapi m.v.

Der dækkes ikke konsultationer hos privat lægevagt uden for vores netværk.

Sådan anvender du lægetjenesten
Lægevagten betjenes af erfarne læger på hverdage samt i weekender og på helligdage. Det er hurtigt og nemt at bruge lægetjenesten ved hjælp af computer, tablet eller smartphone. Du kan bestille tid, når det passer dig, eller vente på, at en læge bliver ledig. Du har også mulighed for at skrive til lægen 24 timer i døgnet. I åbningstiden får du svar inden for 1 time. Lægevagten kan benyttes i Danmark og under ophold i udlandet.

Når du bruger lægevagten, er du datasikret, og vi har ikke adgang til oplysninger om, hvad du har talt med lægen om.

Du kan læse mere om brug af lægetjenesten på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

6.7 Tilvalg H: udvidet psykiatrisk udredning

Med dette tilvalg dækkes rimelige og nødvendige udgifter til indledende undersøgelse, udredning og diagnosticering af ADHD/ADD og undertyper og/eller ASF (og alle underliggende typer inden for autismespektret).

Der dækkes, uanset om symptomerne er opstået før eller i forsikringstiden.

Det er en forudsætning for dækning, at du har en henvisning fra en læge.

Der dækkes udgifter til ét udredningsforløb pr. forsikret, herunder kombineret udredning for ADHD/ADD og ASF. Udredningsforløbets varighed og indhold beror på behandlerens faglige vurdering. Udredningen skal foretages i forsikringstiden.

Forsikringen dækker førstegangsdiagnosticering af ADHD/ADD og ASF. Forsikringen dækker ikke en ny udredning og/eller en second opinion i de tilfælde, hvor der tidligere er stillet en diagnose.

Vi henviser til et behandlingssted, som vi samarbejder med.

I de tilfælde, hvor vi har dækket udredning, og hvor der er stillet en diagnose inden for ADHD/ADD og/eller ASF, dækker vi efterfølgende relevant og nødvendig medicinopfølgning og -justering/-stabilisering i op til 6 måneder. Der dækkes ikke terapi og/eller gruppeforløb, efter der er stillet en diagnose.

Begrænsningen på ét udredningsforløb gælder også, hvis du genoptager et forsikringsforhold eller opretter en ny forsikring hos Dansk Sundhedssikring.

For "tilvalg H: udvidet psykiatrisk udredning" gælder de samlede forsikringsbetingelser, men også de nærmere regler og undtagelser nævnt herover.

6.8 Tilvalg K: operation af kroniske bevægeapparatslidelser

Med dette tilvalg dækkes rimelige og nødvendige indledende undersøgelser samt operation af kroniske lidelser i bevægeapparatet, hvis vi vurderer, at denne kan kurere eller væsentligt og varigt forbedre tilstanden. Du skal altid have en gyldig henvisning fra din læge. Vi henviser til et behandlingssted, som vi samarbejder med.

Der dækkes operation af kroniske lidelser i bevægeapparatet, der er diagnosticeret i forsikringstiden. Igangværende og planlagt behandling dækkes ikke.

Der dækkes operation af kroniske lidelser i bevægeapparatet, der er diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft. Igangværende og planlagt behandling dækkes ikke.

Operationen skal altid foretages i forsikringstiden.

Der dækkes i relevante tilfælde udgifter til terapeutisk blokadebehandling af kroniske lidelser i bevægeapparatet udført af relevant speciallæge anvist af os – i de tilfælde, hvor vi vurderer, at blokadebehandlingen væsentligt og varigt kan forbedre tilstanden. Der dækkes op til 3 blokader pr. lidelse i forsikringstiden.

Der dækkes nødvendig ambulant efterkontrol efter en dækningsberettiget operation af en kronisk lidelse i bevægeapparatet i op til 24 måneder fra operationsdatoen, hvis operationen er foretaget på et behandlingssted anvist af os. Kontrollen skal foretages i forsikringstiden. Der dækkes ikke gentagne kontroller.

Der dækkes én reoperation efter en dækningsberettiget operation af en kronisk bevægeapparatslidelse, hvis den primære operation er foretaget på et behandlingssted anvist af os. Reoperationen skal være ordineret af speciallæge og godkendt af Dansk Sundhedssikrings læge.

I de tilfælde, hvor den primære operation ikke er foretaget på et behandlingssted anvist af os, dækker forsikringen én reoperation. Der dækkes ikke reoperation i de tilfælde, hvor den primære operation er udført i det offentlige sundhedsvæsen eller i det private sundhedsvæsen betalt af det offentlige. Vi henviser til et behandlingssted.

Forsikringen dækker ikke udredning og behandling/operation af kronisk lidelse i bevægeapparatet, som vi betragter som kompliceret og højt specialiseret, og som efter vores vurdering bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen.

Genoptræning efter en dækningsberettiget operation af en kronisk bevægeapparatslidelse dækkes ud fra bestemmelserne i afsnit 5.6.6 "Genoptræning". Forsikringen dækker ikke udredning og behandling/operation af medfødte lidelser og lidelser, der kan relateres til fødslen/fosterstadiet, samt følger heraf, f.eks. hoftedysplasi, deformiteter og skoliose.

Der dækkes ikke rekonstruktioner, amputationer, transplantationer, udskiftning af proteser og lignende samt udredning og behandling af benlængdeforskel.

For operation af kronisk bevægeapparatslidelse gælder de samlede forsikringsbetingelser, herunder afsnit 6.4 "Tilvalg E: privathospitalsdækning" samt afsnit 7 "Hvad forsikringen ikke dækker", men også de nærmere regler og undtagelser nævnt herover.

7. Hvad forsikringen ikke dækker

Ud over hvad der er nævnt i forsikringsbetingelserne, herunder bestemmelserne i de enkelte dækninger, dækker forsikringen ikke:

- Gener eller skader, der er opstået i fritiden.
- Akut behandling, jf. bestemmelserne i afsnit 4.3 "Akut behandling er ikke dækket". Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.8.1 "Akut krisehjælp".
- Forebyggende, støttende, vedligeholdende og lindrende undersøgelse og behandling, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.
- Vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbredskontrol og anden forebyggende kontrol.
- Kroniske/varige sygdomme, der er opstået/blevet symptomgivende og/eller diagnosticeret, inden forsikringen trådte i kraft, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning. Kroniske lidelser, som opstår i forsikringstiden, dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Af kroniske lidelser kan nævnes diabetes type 1 og 2, stofskiftelidelser, blodsygdomme, alle former for gigt og degenerative lidelser, herunder slidgigt og aldersbetinget rygslitage, spondylose, knoglesygdomme, muskel- og bindevævssygdomme, knyster, nedsunken forfod, kroniske smerter, fibromyalgi, Scheuermanns sygdom, knogleskørhed, kronisk bronkitis, cystisk fibrose, migræne, epilepsi, Parkinsons sygdom, piskesmæld, dissemineret sklerose, ALS, mavesår, refluks, kronisk tarmbetændelse, irritabel tyktarm, grøn stær, tinnitus, Ménières sygdom, kolesteatom, endometriose og lignende.
- Hormonelle sygdomme og lidelser. Forsikringen dækker speciallægehenvist udredning af behandlingskrævende hormonelle lidelser i de tilfælde, hvor egen læge efter vores vurdering ikke er i stand til at foretage udredning i sin praksis. Har egen læge anbefalet eller henvist til udredning på et offentligt sygehus dækker forsikringen ikke. Udredning af hormonelle lidelser, som tidligere er udredt eller kendt, hvor der opleves forværring, dækkes ikke.
- Medfødte fysiske og psykiske lidelser og lidelser, der kan relateres til fødslen/fosterstadiet, samt følger heraf. Det kan f.eks. være stramt tungebånd, deformiteter og hofteskred.
- Udredning og behandling af astma, benlængdeforskel (anisomeli), skoliose, hoftedysplasi og dyspraksi.
- Udredning og behandling af analfissur, analfistel, pilonidalcyster og hæmorider.
- Udredning, behandling og operation af kosmetiske lidelser samt følger heraf, herunder lidelser, som i disse betingelser betragtes som kosmetiske, f.eks. brystkorrektioner, brystforstørrende og brystformindskende operationer uanset årsag, rekonstruktion af bryst, undersøgelse af og udskiftning/fjernelse af implantater uanset årsag, pandeløft, hængende øjenlåg (nedre og øvre) og gynækomasti.
- Behandlinger med Botox eller Xiapex. MiraDry og anden behandling af svedtendens/hyperhidrose.

- Behandling af eller operation for overvægt/fedme samt følger heraf, herunder gastrisk bypass, gastrisk sleeve og lignende operationer, operation af overskydende hud efter vægttab. Psykologbehandling for overvægt. Diætistbehandling ved overvægt dækkes ud fra de særlige bestemmelser for tilvalgsdækningen "tilvalg A: akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist".

- Hudlidelser, som vi vurderer, ikke påvirker helbredstilstanden væsentligt, og/eller som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, såsom godartede modermærker og pletter, lipomer, pigmentforandringer, akne, eksem og eksemlignende hudforandringer, udslæt samt eksem/udslæt forårsaget af allergi, hårtab, alle former for vorter, neglesvamp, ligtorne, psoriasis, vitiligo, rosacea, hudtransplantationer, solskader i huden, aktinisk og seboroisk keratose og hudlidelser, som kan sidestilles hermed. Behandling af tilbagevendende hudlidelser, behandling med Mohs' kirurgi eller lignende behandlingstyper.

- Udredning og behandling af kønssygdomme, hiv/aids samt forstadier og følgesygdomme hertil. Prævention, herunder sterilisation, opsættelse og fjernelse af spiral uanset årsag samt følger heraf. Udredning og behandling af seksuel dysfunktion.

- Udredning og behandling af barnløshed og fertilitet samt følger heraf. Det gælder også psykiske følger.

- Abort. Forsikringen dækker lægehenvist psykologbehandling af behandlingskrævende efterfødselsreaktion, fødselsdepression og gener efter abort.

- Undersøgelse, kontrol, scanning, fødselsforberedelse, privat jordemoder og lignende i forbindelse med graviditet og fødsel (her henviser vi til det offentlige tilbud, og vi hjælper med rådgivning i den videre proces).

- Sygdomme hos det ufødte barn. Koliksmerter og koliklignende tilstande hos børn samt voksesværk og børneinkontinens.

- Udredning og behandling af udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser, ADHD, ADD og undertyper, ASF (og alle underliggende typer inden for autismespektret), demens, Tourettes syndrom, spiseforstyrrelser samt følger heraf. Udredning og behandling af kønsdysfori.

- Behandling af alvorlig psykisk sygdom, f.eks. bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, psykoser, PTSD og diagnosticeret kompliceret sorg. Behandling af diagnosticerede psykiske sygdomme, der hører under de offentlige pakkeforløb.

- Konsultationer ved neuropsykolog.

- Samtaleterapi og medicin ved psykiater.

- Adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning og afhængighed (f.eks. sexafhængighed, pornoafhængighed og spilafhængighed).

- Parterapi, forældre- og familiesamtaler, familieterapi, gruppeterapi, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandlinger af vedligeholdende og forebyggende karakter.

- Behandling af fobier, f.eks. flyskræk, højdeskræk, eksamensangst og socialfobi og tilstande, der kan sidestilles hermed. Behandling af OCD, angst grundet OCD og følgetilstande hertil. Tilbagevendende angst, herunder tilbagevendende tilfælde af panikangst, angstanfald og generaliseret angst.

- Journaler, attester, psykologiske og kognitive tests, speciallægeerklæringer, lægehenvisninger, lægeanbefalinger, som ikke er bestilt af os, deltagelse i møder med kommune, skole og andre.

- Udrednings- og/eller behandlingsforløb vedrørende psykiske lidelser, som vi betragter som værende af høj kompleksitet, f.eks. udrednings- og behandlingsforløb, hvor der er tale om et komplekst sygdomsbillede med flere psykiske lidelser, som kræver særlige erfaringer/kompetencer.

- Hvis du er henvist til offentligt pakkeforløb i psykiatrien.

- Hjerterytmeforstyrrelser, herunder radiofrekvensablation (RFA), DC-konvertering, forhøjet blodtryk, arveligt betinget kolesterolforhøjelse, åreforkalkning, forhøjet kolesterol samt forsnævring i kranspulsårerne, KAG, TCI, karkirurgi og hjerteoperationer. Forsikringen dækker udredning og undersøgelse af eventuelle symptomer på hjerteproblemer i de tilfælde, hvor praktiserende læge har henvist til kardiologisk undersøgelse og behandling (f.eks. ekkokardiografi, EKG, lungefunktionsundersøgelse og døgnmonitorering af hjerterytme og blodtryk).

- Behandling af søvnproblemer, snorkeproblemer, søvnforstyrrelser, herunder søvnapnø og snorkebehandling. Behandling på søvnklinikker og lignende. Søvnudredning dækkes ud fra de gældende bestemmelser i afsnit 5.6 "Søvnudredning".

- Tand- og tandlægebehandling, tandkirurgi, kæbekirurgi, tyggeskader, tandproteser, broer, knogleopbygning, bideskinner samt gener/læsioner i tænder, mundhule og kæber. Tandskade i direkte forbindelse med en dækningsberettiget skade, hvor behandlingen er iværksat af os, dækkes ud fra bestemmelserne i afsnit 5.10 "Tandbehandling".

- Følgesygdomme ved misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler.

- Udredning, undersøgelse og behandling af alle former for symptomer på nedsat syn og indskrænket synsfelt, nær- og langsynethed, bygningsfejl, binokulært syn, samsynsproblemer, samsynstræning, synskorrigering, øjentørhed, flydere og pletter for øjet, glaslegemeuklarhed, skelen, problemer med binokulært syn og AMD. Grå stær dækkes ud fra bestemmelserne i afsnit 5.6 "Grå stær".

- Vitrektomi, vitreolyse. Synskorrigerende linse, uanset årsag og uanset linsetype. Linseudskiftning.

- Briller, kontaktlinser og/eller synstest, synsundersøgelse eller andre synskorrigerende behandlinger og hjælpemidler.

- Hørekorrigerende undersøgelser, behandlinger og operationer, herunder almindelig høreundersøgelse, høreprøver, anden høreforbedrende behandling samt høreapparater.

- Behandlinger uden for normal arbejdstid, herunder weekend- og aftentillæg eller lignende tillæg, samt tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, akupunktur, massage, ultralydsscanning og lignende. Ultralydsscanning dækkes i relevante tilfælde ud fra bestemmelserne i afsnit 5.6 "Undersøgelse og behandling hos speciallæge".

- Bassintræning.

- Såler, indlæg, træningsudstyr, bandager, tape med mere.

- Kostplan ved behandling hos en diætist.

- Skader opstået som følge af eller under udførelse af professionel sport. Ved professionel sport forstås sportsudøvelse, hvor du modtager betaling fra sportsklub eller sponsorer, og hvor sporten drives som hovederhverv.

- Sygdom/skade, der direkte eller indirekte skyldes selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika, medicin, lattergas, opløsningsmidler eller andre rusmidler. Selvforskyldt skade fremkaldt med fortsæt eller grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, suicidalforsøg, deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes, at du ikke har fulgt sundhedsfaglige anbefalinger.

- Sygdom/skade, gener, infektioner og andre følger af implantater, tatoveringer, piercinger, proteser, olieinjektioner, anabolske steroider, doping og lignende. Komplikationer efter behandling/operation foretaget i det offentlige eller private sundhedsvæsen. Udskiftning af proteser og implantater, der kan foretages i det offentlige.

- Undersøgelse/behandling, der er eksperimentel, ikke er medicinsk begrundet eller ikke har dokumenteret effekt.

- Vækstfaktor- og orthokine-behandling, cryoneurolyse, PRF-behandling, PRP-behandling, HVI, hyaluronsyre (injektioner), Modic-forandringer og behandlinger, der kan sidestilles hermed.

- Udredning og behandling af langvarige og/eller kroniske smerteproblematikker på specialklinikker samt smertebehandling i forbindelse med kræftsygdom. Sundhedsteamet hjælper med rådgivning i den videre proces.

- Udredning og behandling på specialklinikker, f.eks. Modic-, hovedpine-, smerte-, søvn-, hoste- eller hukommelsesklinik og lignende specialklinikker.

- Fysioterapi og kiropraktik til astma og allergilidelser, søvnløshed, hjerte-kar-lidelser, forhøjet blodtryk, Parkinsons sygdom, epilepsi, hukommelsessygdomme, diagnosticerede hovedpinesygdomme og kæbespændinger. Forsikringen dækker fagligt begrundet behandling af spændingshovedpine forårsaget af nakke-, skulder- eller rygspændinger.

- Fysioterapi til sygdom/skade/lidelse/diagnose, hvor behandlingen er dækket under ordningen om vederlagsfri fysioterapi.

- Kompliceret kirurgi på skjoldbruskkirtel og biskjoldbruskkirtler, udskiftning af proteser og lignende.

- Private udgifter, herunder udgifter til hotelophold og til ledsager, private udgifter under indlæggelse eller lignende.

- Udrednings- og behandlingsforløb og/eller sygdom/skade/lidelse, som vi betragter som værende af høj kompleksitet og højt specialiseret, og som vi vurderer, bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen, eller komplicerede sygdomsforløb, som kræver tilstedeværelse af flere tværfaglige funktioner/specialister eller kræver særlige kirurgiske kompetencer. Det kan f.eks. være kompliceret rekonstruktion, amputation, transplantation, organdonation og organtransplantation, dialysebehandling, kønsskifteoperation, protonterapi og behandling med stamceller.

- Skade/sygdom, der skyldes krig eller krigslignende handlinger og tilstande, herunder krigsdeltagelse, borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald og lignende.

- Skade/sygdom, der skyldes generalstrejke, naturkatastrofer, manglende forsyning af elektricitet eller netværksforbindelser, epidemier, pandemier, virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed. Følgesygdomme, der skyldes epidemier, pandemier og vacciner.

8. Generelle bestemmelser

Kommunikation
Vi sender breve og dokumenter digitalt. Vi anvender digitale platforme som f.eks. e-Boks, forsikringsselskabets brugerportal og mit.dk, når vi kommunikerer med dig om din forsikring. Via digitale platforme sender vi fakturaer, varslinger, præmiestigninger og lignende dokumenter om din forsikring. Når du modtager digitale breve og dokumenter, har det samme retsvirkninger, som når du får almindelig post. Det betyder, at du skal åbne og kontrollere det, vi sender til dig digitalt. Hvis du er fritaget for digital post, f.eks. for at have e-Boks, skal du give os besked herom. Vi vil derefter sende dine breve og dokumenter via e-mail eller almindelig post.

Kommunikationen med dig i forbindelse med dine anmeldte skadessager foregår enten telefonisk eller via korrespondancefunktionen på forsikringsselskabets brugerportal.

8.1 Forsikringens varighed
Forsikringens varighed fremgår af forsikringsaftalen. Forsikringen bliver automatisk fornyet på hovedforfaldsdatoen, medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

8.2 Forsikringssum
Forsikringen dækker rimelige og nødvendige sædvanlige udgifter til sygdomme, skader og lidelser ud fra bestemmelserne i de enkelte dækninger.

8.3 Betaling af forsikringen

Forsikringen betales første gang, når den træder i kraft. Senere betalinger følger aftalen. Vi sender en opkrævning til den oplyste e-mailadresse eller via elektronisk betalingsopkrævning. I øvrige tilfælde sender vi opkrævning til den oplyste betalingsadresse. Hvis betalingsadressen ændres, skal vi straks have besked herom.

Månedlig betaling
For at kunne betale forsikringen månedligt er det et krav, at betalingen er tilmeldt PBS eller anden automatisk opkrævning.

Rettidig betalingsdag
Beløbet bliver opkrævet med oplysning om sidste rettidige betalingsdag.

For sen betaling
Bliver beløbet i den første opkrævning ikke betalt rettidigt, har vi ret til at bringe forsikringen til ophør uden yderligere varsel. Bliver beløbet i de efterfølgende opkrævninger ikke betalt rettidigt, sender vi det første rykkerbrev. Hvis beløbet ikke bliver betalt inden for den frist, der står i rykkerbrevet, mister forsikringstageren retten til erstatning. Hvis beløbet i det andet rykkerbrev ikke bliver betalt rettidigt, sletter vi forsikringen.

For hvert rykkerbrev, vi sender, opkræver vi et gebyr. Gebyret fremgår af vores hjemmeside: ds-sundhed.dk. Vi har i øvrigt ret til at opkræve renter af det forfaldne beløb i henhold til renteloven samt ret til at overdrage beløbet til retslig inkasso.

Gebyr for serviceydelser
Vi har ret til at forhøje eksisterende gebyrer eller indføre nye gebyrer til hel eller delvis dækning af vores omkostninger, f.eks. i forbindelse med at:

- Sende opkrævninger
- Foretage ekspeditioner og andre ydelser i forbindelse med police- og skadesbehandling
- Opsige forsikringen før udløb af en forsikringsperiode
- Kommunikere via en ikke-digital kanal.

Vi forhøjer et eksisterende gebyr med 1 måneds varsel til den 1. i en måned. Vi indfører nye gebyrer med 3 måneders varsel til den 1. i en måned. Vi varsler forhøjelser og nye gebyrer via vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

8.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Prisen reguleres én gang årligt, medmindre andet er aftalt. Der udarbejdes en årsopgørelse over det faktiske antal forsikrede kontra det antal, der bliver betalt for. En eventuel difference krediteres eller debiteres til forsikringstager.

Præmien fastsættes én gang årligt ved hovedforfald. Præmiereguleringen sker på grundlag af seneste års skadesregnskab samt ændringer i nettoprisindekset eller lignende (Danmarks Statistik).

Præmiereguleringen er ikke begrænset til ændringer i nettoprisindekset og/eller lovmæssige ændringer. Reguleres præmien, kan du vælge at opsige aftalen skriftligt med en måneds varsel til periodens udløb, efter meddelelsen om fornyelsespræmien er modtaget.

Hvis prisen er baseret på nogle forudsætninger, der ikke længere er til stede, kan vi regulere prisen ved næste hovedforfald. Såfremt der udarbejdes risikoregnskab for forsikringen, bliver prisen reguleret efter særlige regler.

Vi kan ud over indeksreguleringen ændre i betingelserne og/eller prisen for allerede etablerede ordninger med 1 måneds varsel til udgangen af en måned. Prisen vil blive reguleret med en procentsats fastsat af Dansk Sundhedssikring.

Hvis du ikke kan acceptere ændringerne, skal du skriftligt opsige aftalen senest 14 dage efter modtagelsen af meddelelsen om de varslede ændringer. Derefter bliver forsikringen annulleret på ændringsdagen.

Opsiges aftalen ikke skriftligt, fortsætter forsikringen med de ændrede forsikringsbetingelser og/eller den ændrede pris.

Ændringer i forsikringsbetingelserne, som udelukkende er af præciserende karakter, og som ikke forringer forsikringsdækningen, f.eks. sproglige opdateringer og forbedringer, varsles ikke.

Prisændringer som følge af indeksregulering og pålagte afgifter og lignende fra offentlig side betragtes ikke som ændringer af forsikringsbetingelserne eller prisen og vil ikke blive varslet.

8.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

Forsikringer, som er tegnet for ét år ad gangen, bliver automatisk fornyet på hovedforfaldsdatoen. Medmindre andet er aftalt, indgås der en årspolice med årlig opgørelse af debitering eller kreditering.

Forsikringen kan af forsikringstageren eller Dansk Sundhedssikring opsiges skriftligt med en måneds varsel til periodens udløb. Opsiges forsikringen ikke, bliver den fornyet for et år ad gangen.

Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan Dansk Sundhedssikring opsige forsikringen uden varsel.

Forsikringen ophører ved udgangen af den måned, hvor din ansættelse ophører, hvis du udtræder af ordningen, hvis du afgår ved døden, eller ved manglende betaling af præmien.

Forsikringen ophører ved udgangen af en måned, hvis du ikke længere har folkeregisteradresse i Norden eller Tyskland. Dette gælder ikke ved udstationering.

Forsikringen ophører under alle omstændigheder på det tidspunkt, hvor den overordnede aftale mellem forsikringstageren og Dansk Sundhedssikring ophører.

Ved manglende betaling af forsikringspræmien følges reglerne i afsnit 8.3 "Betaling af forsikringen".

Dækning ved ophør af forsikringen
Når forsikringen stopper, mister du retten til dækning, og der kan ikke anmeldes nye skader. Undersøgelse og behandling af sygdomme/skader, der er anmeldt og godkendt i forsikringstiden, dækkes i op til 3 måneder efter forsikringens ophør. Dækningen forudsætter, at vi har fået alle nødvendige oplysninger, f.eks. lægehenvisning. Dette gælder i alle tilfælde – også hvis den samlede ordning ophører.

Medforsikrede
For medforsikrede familiemedlemmer til en hovedforsikret, der er dækket under en virksomhedsordning, gælder det, at forsikringen fortsætter til den dato, hvortil der er betalt dækning, i de tilfælde, hvor den hovedforsikrede træder ud af ordningen.

Medforsikrede børn, der i betalingsperioden fylder 24 år, er dækket frem til næste betalingsperiode. For kollektive børnedækninger ophører dækningen af børnene altid, hvis hovedforsikredes dækning ophører, eller ved udgangen af den måned, hvor barnet fylder 24 år, medmindre anden alder gælder for aftalen.

Videreførelse af forsikringen
Hvis du ikke længere er omfattet af virksomhedsordningen, kan du efter vores regler søge om at videreføre din forsikring på vores individuelle betingelser og med vores individuelle pris for private. Dit ønske om videreførelse skal ske inden eller i direkte forbindelse med udmeldingen af den hidtidige forsikringsaftale. Videreførelsen vil da ske uden karens for eksisterende lidelser. Hvis du ikke begærer om videreførelse uden ophold, vil der ved videreførelse være 6 måneders karens for eksisterende lidelser. Medforsikrede har også mulighed for at søge om videreførelse af forsikringen på vores individuelle betingelser og med vores individuelle pris for private.

Refusion af regninger efter forsikringens ophør
Regninger for godkendte behandlinger og/eller transport skal altid være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandlingsdato, for at du er berettiget til refusion.

8.6 Oplysningspligt
Du har pligt til at give/sende os de oplysninger, som vi finder nødvendige for at behandle sagen, så vi kan vurdere, i hvilket omfang forsikringen dækker. Hvis du flytter, skal vi have besked om dette.

Vi har ret til at spørge til dit helbred, og du er forpligtet til at give os alle relevante oplysninger, herunder tilladelse til, at vi indhenter nødvendige oplysninger hos læger, hospitaler og andre behandlere, der har relevant kendskab til dit helbred. Vi kan indhente de oplysninger, som vi anser for nødvendige, herunder få udleveret journaler eller andet skriftligt materiale om dit helbred. Vi indhenter altid kun oplysninger med dit samtykke.

Oplysningerne vedrører både perioden før og perioden efter forsikringens ikrafttrædelse.

Medlemskab af Sygeforsikringen "danmark" skal altid oplyses i forbindelse med oprettelse af en skade, da vi er berettiget til dette tilskud.

Medforsikrede ægtefæller/samlevere har pligt til at oplyse os om, hvis de bliver skilt fra eller fraflytter en medarbejder, som er omfattet af ordningen.

Når du fratræder din stilling
Du har pligt til at oplyse os om, hvis du er fratrådt eller fratræder virksomheden, ved anmeldelse af en sygdom/skade, eller hvis du anmoder om behandling. Forsikringen dækker godkendte skader, der er anmeldt i forsikringstiden, i op til 3 måneder fra datoen, hvor du fratræder virksomheden. Vi kan kræve tilbagebetaling af udgifter til undersøgelse eller behandling, hvis du ikke har oplyst, at du er fratrådt virksomheden, og har modtaget mere end 3 måneders behandling.

Dobbeltforsikring
Hvis der sker ændringer i forsikringens risikoforhold, herunder dobbeltforsikring, skal vi straks have besked herom, da vi ellers kan begrænse dækningen eller helt afvise at dække skaden. Har du anmeldt skaden til en anden forsikring, skal du altid oplyse os om dette, i forbindelse med at du anmelder skaden til os. Hvis der er dækning fra et andet forsikringsselskab, vil dækningen fra denne forsikring være subsidiær, og den anden dækning skal derfor anvendes først.

Vi betaler ikke udgifter til skader, som der er modtaget fuld dækning for hos et andet selskab.

8.7 Behandling af personoplysninger
Vi behandler dine personoplysninger fortroligt og i overensstemmelse med gældende lovgivning. Når du tegner en forsikring hos os, indhenter vi en række oplysninger i forbindelse med indtegning, anmeldelse af skade og brug af vores digitale platforme, f.eks. CPR-nr., telefonnummer, e-mailadresse, medlemskab af Sygeforsikringen "danmark", branche, beskæftigelse, civilstatus og eventuelle helbredsoplysninger. Disse oplysninger anvendes til at oprette og administrere forsikringen til brug ved skadesanmeldelse og i den løbende sagsbehandling for at sikre bedst mulig service og som led i salgsstyring, produktudvikling, kvalitetssikring, rådgivning og fastlæggelse af generel brugeradfærd

Vi opbevarer de indsamlede oplysninger, så længe det er nødvendigt, og i henhold til gældende lovgivning. Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at få oplyst, hvilke personoplysninger vi har registreret om dig. Du har ret til at få ændret forkerte oplysninger.

På vores hjemmeside, ds-sundhed.dk, kan du læse mere om datasikkerhed, og hvordan vi behandler dine personoplysninger. Vi videregiver i visse tilfælde personoplysninger om dig til de leverandører, som vi samarbejder med.

8.8 Behandling af helbredsoplysninger
Der er ikke krav om afgivelse af helbredsoplysninger, når du tegner en forsikring hos os. Hvis du ønsker at indtræde i ordningen efter tidligere at have afgivet en afkaldserklæring, kan vi dog kræve, at du afgiver nødvendige helbredsoplysninger. Ved anmeldelse af en sygdom/skade accepterer du, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis vi vurderer det relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade. Oplysningerne kan vi hente fra sundhedsvæsenet og offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, forsikringsselskaber, pensionsselskaber og sundhed.dk.

Oplysningerne indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

Helbredsoplysninger anvendes alene i forbindelse med behandling af anmeldte sygdomme/skader og behandles altid i overensstemmelse med sundhedslovens krav om tavshedspligt (sundhedslovens § 40: "En patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger").

Videregivelse af helbredsoplysninger sker alene i forbindelse med undersøgelse/behandling af den anmeldte lidelse/skade i overensstemmelse med sundhedslovens § 41 om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter.

8.9 Urigtige oplysninger

Forsikringen forudsætter korrekte oplysninger. Hvis du ved forsikringens oprettelse eller på et senere tidspunkt afgiver urigtige oplysninger eller fortier oplysninger, kan dækningen helt eller delvist bortfalde.

8.10 Forældelse

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

8.11 Klagemuligheder

Hvis du er uenig i eller utilfreds med vores afgørelse, skal du kontakte den afdeling, der har behandlet sagen. Hvis du efter din henvendelse til afdelingen stadig ikke er tilfreds, kan du skrive til vores klageansvarlige for at få revurderet din sag.

Din klage vil hurtigst muligt og senest inden for 7 hverdage blive behandlet af en klageansvarlig. Du kan sende din klage via klageportalen på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

Klagen skal indeholde dit navn og din adresse samt en kort redegørelse for, hvorfor du er uenig i eller utilfreds med vores afgørelse. Klagen skal sendes hurtigst muligt, og senest 6 måneder efter at sagen er afgjort.

Hvis du derefter ønsker at klage over den afgørelse, som den klageansvarlige har truffet, kan du klage til Ankenævnet for Forsikring. Klagen kan sendes online på ankeforsikring.dk. Det koster et gebyr at klage til ankenævnet.

Lovvalg

Forsikringen følger dansk lovgivning, herunder forsikringsaftaleloven og lov om forsikringsvirksomhed. Uenighed om forsikringsaftalen afgøres efter dansk ret ved de danske domstole og efter retsplejelovens regler om værneting.

Vi er ikke ansvarlige for resultatet af undersøgelser, behandlinger og vurderinger, herunder manglende effekt af behandlingen, eller hvis behandlingen resulterer i fejl. Et eventuelt erstatningskrav skal rejses over for det hospital eller den klinik, som har stået for behandlingen.

I de tilfælde, hvor der er anvendt en fremmedsproget forsikringsaftale eller fremmedsprogede forsikringsbetingelser, vil eventuelle uoverensstemmelser som følge af oversættelsen medføre, at det altid er den danske tekst, der er gældende.

8.12 Hvis du vil vide mere

Hvis du vil vide mere om din forsikring, kan du kontakte Dansk Sundhedssikring telefonisk eller på e-mailadressen sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk.

Du kan finde mere information på vores hjemmeside, ds-sundhed.dk, hvor du også kan finde vores telefonnummer og anmelde din skade online.