



Postbus 2705
6401 DE Heerlen
T 0900 - 369 33 33

Postbus 2296
5600 CG Eindhoven
T 0900 - 369 33 33

www.aevitae.com
info@aevitae.com

Aanvullende verzekeringsvoorwaarden 2015 Jong Pakket, Fit & Vrij Pakket, Gezin Pakket, Vitaal Pakket

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
I Algemeen gedeelte	4	Artikel 31 Kronen ten gevolge van een ongeval	18
Artikel 1 Verzekerde zorg	4	Artikel 32 Orthodontische zorg	19
Artikel 2 Algemene bepalingen	6		
Artikel 3 Premie	7	III Fit en Vrij Pakket	20
Artikel 4 Overige verplichtingen	8	Artikel 9 Alternatieve zorg	20
Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden	9	Artikel 10 Beweegzorg	20
Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	9	Artikel 11 Anticonceptiemiddelen	21
Artikel 7 Klachten en geschillen	10	Artikel 12 Brillen en contactlenzen	22
Artikel 8 Zorgadvies en bemiddeling	10	Artikel 13 Ooglaserbehandeling of lensimplantatie	22
		Artikel 14 Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	22
II Jong Pakket	11	Artikel 15 Repatriëring	22
Artikel 9 Alternatieve zorg	11	Artikel 16 Cursussen	23
Artikel 10 Beweegzorg	11	Artikel 17 Leefstijl Check	23
Artikel 11 Brillen en contactlenzen	12	Artikel 18 Gewichtconsulent	23
Artikel 12 Anticonceptiemiddelen	13	Artikel 19 Sport Medisch Advies	23
Artikel 13 Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	13	Artikel 20 Griepvaccinatie	24
Artikel 14 Repatriëring	13	Artikel 21 Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	24
Artikel 15 Cursussen	14	Artikel 22 Acnebehandeling	24
Artikel 16 Leefstijl Check	14	Artikel 23 Camouflagetherapie	24
Artikel 17 Gewichtconsulent	14	Artikel 24 Ontharen	24
Artikel 18 Sport Medisch Advies	14	Artikel 25 Audiologische hulpmiddelen	25
Artikel 19 Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	14	Artikel 26 Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	25
Artikel 20 1. SOA preventie	15	Artikel 27 Mammaprothese	25
Artikel 20 2. Condooms	15	Artikel 28 Pruiken of mutsjes	25
Artikel 21 Acnebehandeling	15	Artikel 29 Besnijdenis (medische circumcisie)	25
Artikel 22 Camouflagetherapie	15	Artikel 30 Buikwandcorrectie	26
Artikel 23 Ontharen	16	Artikel 31 Ooglidcorrectie	26
Artikel 24 Besnijdenis (medische circumcisie)	16	Artikel 32 Sterilisatie	26
Artikel 25 Mindfulness bij burn-out klachten	16	Artikel 33 Mindfulness bij burn-out klachten	26
Artikel 26 Seksuologische zorg	17	Artikel 34 Seksuologische zorg	27
Artikel 27 Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	17	Artikel 35 Voetbehandeling voor de reumatische voet en diabetische voet	27
Artikel 28 Hospice	17	Artikel 36 Podotherapie	27
Artikel 29 Vervoer in verband met transplantatie van organen	17	Artikel 37 Steunzolen of therapiezolen	27
Artikel 30 Tandheeskundige zorg	18	Artikel 38 Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	28

		pag.			pag.
Artikel 39	Mantelzorgmakelaar	28	V	Vitaal Pakket	46
Artikel 40	Vervangende mantelzorg	28	Artikel 9	Alternatieve zorg	46
Artikel 41	Herstellingssoorten en zorghotels	29	Artikel 10	Beweegzorg	46
Artikel 42	Hospice	29	Artikel 11	Brillen en contactlenzen	47
Artikel 43	Vervoer in verband met transplantatie van organen	29	Artikel 12	Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	48
Artikel 44	Tandheelkundige en orthodontische zorg	30	Artikel 13	Repatriëring	48
IV	Gezin Pakket	31	Artikel 14	Cursussen	48
Artikel 9	Alternatieve zorg	31	Artikel 15	Leefstijl Check	49
Artikel 10	Beweegzorg	31	Artikel 16	Gewichtsconsulent	49
Artikel 11	Brillen en contactlenzen	32	Artikel 17	Sport Medisch Advies	49
Artikel 12	Anticonceptiemiddelen	33	Artikel 18	Zorg voor vrouwen in de overgang	49
Artikel 13	Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk Verblif in het buitenland	33	Artikel 19	Medische keuring rijbewijs	49
Artikel 14	Repatriëring	33	Artikel 20	Griepvaccinatie	49
Artikel 15	Cursussen	34	Artikel 21	Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	50
Artikel 16	Leefstijl Check	34	Artikel 22	Acnebehandeling	50
Artikel 17	Gewichtsconsulent	34	Artikel 23	Camouflagetherapie	50
Artikel 18	Sport Medisch Advies	34	Artikel 24	Ontharen	50
Artikel 19	Zorg voor vrouwen in de overgang	35	Artikel 25	Audiologische hulpmiddelen	51
Artikel 20	Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	35	Artikel 26	Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	51
Artikel 21	Verloskundige zorg	35	Artikel 27	Mammaprothese	51
Artikel 22	Eigen bijdrage kraamzorg	35	Artikel 28	Pruiken of mutssja's	51
Artikel 23	Luxe kraamzorg	35	Artikel 29	Steunpessarium	51
Artikel 24	Kraampakket	36	Artikel 30	Besnijdenis (medische circumcisie)	52
Artikel 25	Adoptievergoeding	36	Artikel 31	Ooglidcorrectie	52
Artikel 26	Elektrische borstkolf	36	Artikel 32	Mindfulness bij burn-out klachten	52
Artikel 27	Lactatiekundig consult	36	Artikel 33	Seksuologische zorg	53
Artikel 28	Gezins hulp	36	Artikel 34	Voetbehandelingen voor de reumatische voet en diabetische voet	53
Artikel 29	Kinderopvang	37	Artikel 35	Podotherapie	53
Artikel 30	Acnebehandeling	37	Artikel 36	Steunzolen of therapiezolen	53
Artikel 31	Camouflagetherapie	37	Artikel 37	Dieetadvisering	54
Artikel 32	Ontharen	37	Artikel 38	Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	54
Artikel 33	Audiologische hulpmiddelen	38	Artikel 39	Mantelzorgmakelaar	55
Artikel 34	Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	38	Artikel 40	Vervangende mantelzorg	55
Artikel 35	Mammaprothese	38	Artikel 41	Herstellingssoorten en zorghotels	55
Artikel 36	Pruiken en/of mutssja's	38	Artikel 42	Hospice	56
Artikel 37	Plaswetter	38	Artikel 43	Ronald McDonaldhuis/familiehuis	56
Artikel 38	Steunpessarium	39	Artikel 44	Vervoer in verband met transplantatie van organen	56
Artikel 39	Besnijdenis (medische circumcisie)	39	Artikel 45	Tandheelkundige zorg	57
Artikel 40	Flapoorcorrectie	39	Artikel 46	Gebitsprothesen (kunstgebit)	57
Artikel 41	Redressiehelm	39			
Artikel 42	Sterilisatie	40	VI	Begripsomschrijvingen	58
Artikel 43	Mindfulness bij burn-out klachten	40			
Artikel 44	Seksuologische zorg	40			
Artikel 45	Voetbehandeling voor de reumatische voet en diabetische voet	41			
Artikel 46	Podotherapie	41			
Artikel 47	Steunzolen of therapiezolen	41			
Artikel 48	Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	41			
Artikel 49	Mantelzorgmakelaar	42			
Artikel 50	Vervangende mantelzorg	42			
Artikel 51	Herstellingssoorten en zorghotels	42			
Artikel 52	Hospice	43			
Artikel 53	Ronald McDonaldhuis/familiehuis	43			
Artikel 54	Vervoer in verband met transplantatie van organen	43			
Artikel 55	Tandheelkundige zorg	44			
Artikel 56	Gebitsprothesen (kunstgebit)	44			
Artikel 57	Kronen ten gevolge van een ongeval	44			
Artikel 58	Orthodontische zorg	44			

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt voor meer informatie, bijvoorbeeld over declareren of onze zorgverzekeringspakketten, terecht op www.aevitae.com.

Voor goede zorg zorg je samen.

Mijn Aevitae

Via Mijn Aevitae kunt u onder andere uw polis wijzigen, de stand van uw eigen risico controleren en declaraties indienen. Log in via onze website of via de Aevitae Zorg App en ontdek de mogelijkheden.

Belangrijke informatie

Contact:

Kijk voor onze contactgegevens op www.aevitae.com.

Gecontracteerde zorg

De gecontracteerde zorgaanbieders vindt u in de Vergelijk en Kies op onze website.

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf toestemming van ons nodig hebt? Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Download het toestemmingsformulier op www.aevitae.com. Dit formulier kunt u printen, invullen en opsturen naar:

Aevitae
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via Mijn Aevitae. Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

Aevitae
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

I Algemeen gedeelte

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 INHOUD EN OMVANG VAN DE VERZEKERDE ZORG

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.2 MEDISCHE NOODZAAK

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3 WIE MAG DE ZORG VERLENEN

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts, fysiotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruik maakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven.

Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers heeft de verzekeraar specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn de voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

1.4 VERGOEDING VAN DE KOSTEN VAN ZORG

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen wettelijke Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Als u gebruik maakt van zorg die door een gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief. Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen.

Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden. De maximale vergoedingen kunt u raadplegen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op onze website.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.

1.5 INSTUREN VAN NOTA'S

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de naam en paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar Mijn Aevitae. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.6 RECHTSTREEKSE BETALING

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.7 VERREKENING VAN KOSTEN

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8 VERWIJZING, VOORSCHRIFT OF TOESTEMMING

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of schriftelijke toestemming vooraf nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen vooraf onze toestemming nodig. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de verzekeraar een contract heeft gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.9 ONTLENEN RECHT

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld bij een Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10 UITSLUITINGEN

U hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorg-
- verzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

1.11 RECHT OP ZORG EN OVERIGE DIENSTEN ALS GEVOLG VAN TERRORISTISCHE HANDELINGEN

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorisemeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorisme-schade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aan-gegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2 AANVULLENDE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de aanvullende verzekering.

Hebt u op grond van de collectieve overeenkomst tussen uw werkgever en ons een MiX Aanvullende Verzekering gesloten? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van Beweegzorg, Mindfulness bij burn-out klachten en Preventie vanuit de MiX Aanvullende Verzekering. U hebt in dat geval geen recht op vergoeding van deze kosten vanuit het Jong, Fit & Vrij, Gezin of Vitaal Pakket.

2.3 BIJBEHORENDE DOCUMENTEN

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4 FRAUDE

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken. Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw aanvullende verzekering(en) kunnen worden beëindigd.

2.5 BESCHERMING VAN UW PERSOONSgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg) verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerdenadministratie.

Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controle en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering(en) en werving voor eigen en soortgelijke diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst)

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring. U kunt deze gedragscode vinden op onze website.

Wij zijn verplicht uw Burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6 MEDEDELINGEN

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen.

E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7 BEDENKPERIODE

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.8 NEDERLANDS RECHT

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Premie

3.1 VERSCHULDIGDHEID VAN PREMIE

De verzekeringnemer is de premie verschuldigd. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Vanaf 18 jaar is de hoogte van de premie afhankelijk van uw leeftijd. De hoogte van de premie vindt u per leeftijdsgroep in het overzicht met premies op onze website. Als u een leeftijdsgrens overschrijdt, passen wij de premie aan per de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin u een volgende leeftijdsgroep bereikt.

Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.2 PREMIEKORTING BIJ COLLECTIEVE OVEREENKOMST

3.2.1 De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.

3.2.2 Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3 U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3 BETALING VAN PREMIE, WETTELIJKE BIJDRAGEN EN KOSTEN

3.3.1 U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.3.2 U betaalt de premie, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen. Kosteloze betaalmogelijkheden

a U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen.

b U ontvangt van ons een acceptgiro.

c Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

3.3.3 Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen bijdragen en eventueel onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.4 VERREKENING

3.4.1 U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5 NIET-TIJDIG BETALEN

3.5.1 Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en eventueel onterecht uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen als u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan (kunnen) de aanvullende verzekering(en) weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering(en) in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.5.2 Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.5.3 Als u al bent aangemaand voor het niet op betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.4 Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

3.5.5 Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 WIJZIGING PREMIE EN VOORWAARDEN

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2 OPZEGGINGSRECHT

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen of als uw premie wijzigt doordat u een nieuwe leeftijdsgroep bereikt (zie artikel 3.1.).

Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

6.1 BEGIN EN DUUR

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van ons aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2 ACCEPTATIE

6.2.1 Toelating tot de aanvullende verzekering

U kunt de aanvullende verzekering als aanvulling op een zorgverzekering sluiten. Er geldt geen medische selectie. Wel gelden er leeftijdsgrenzen voor het Jong Pakket en Fit & Vrij Pakket. U kunt het VGZ Jong Pakket alleen afsluiten als u 18 jaar of ouder bent en jonger dan 27 jaar. Het Fit & Vrij Pakket kunt u alleen afsluiten als u jonger bent dan 50 jaar.

6.2.2 Gezinsdekking

Heeft een van de verzekerde ouders/verzorgers op de polis een Jong Pakket, Fit & Vrij Pakket of Vitaal Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar de aanvullende verzekering van de andere verzekerde ouder/verzorger. Heeft een van de verzekerde ouders/verzorgers op de polis een Gezin Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar ook een Gezin Pakket.

6.2.3 Tandheelkundige verzekeringen

Voor de tandartsverzekeringen moet u voor personen vanaf 8 jaar een tandheelkundige verklaring invullen.

6.2.4 Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. en 6.2.3. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van aanvullende verzekering. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van de vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. In de berekening van de hoogte van de vergoeding waarop u aanspraak kunt maken, tellen deze eerder uitgekeerde vergoedingen mee.

6.3 EINDE VAN RECHTSWEGE

6.3.1 De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de verzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen. Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering(en) hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde. Het Jong Pakket eindigt met ingang van de eerste dag van de kalendermaand, volgend op de kalendermaand waarin u de leeftijd van 27 jaar bereikt.

6.4 WANNEER KUNT U UW VERZEKERING OPZEGGEN?

6.4.1 Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2 Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de onze zorgverzekering.

6.4.3 Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

6.5 WANNEER KUNNEN WIJ DE AANVULLENDE VERZEKERING OPZEGGEN, ONTBINDEN OF SCHORSEN?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7 Klachten en geschillen

7.1 HEBT U EEN KLACHT? LEG UW KLACHT VOOR AAN DE AFDELING KLACHTENMANAGEMENT.

7.1.1 U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering(en) goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om een klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

7.1.2 U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2 KLACHTEN OVER ONZE FORMULIEREN

7.2.1 Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen.

7.2.2 U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8 Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering(en). U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Medische Garanties.

Bij algemene vragen over de zorg kunt u een beroep doen op onze Servicedesk, via telefoonnummer 0900 - 369 33 33. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II Jong Pakket

Artikel 9 Alternatieve zorg

Omschrijving:

alternatieve zorg bestaat uit:

- 1 behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - b antroposofische alternatieve geneeswijzen;
 - c homeopathie;
 - d natuurgeneeswijzen;
 - e voor verzekerden vanaf 18 jaar: psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

- 2 homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apotheekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

maximaal € 200 per kalenderjaar;

voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag.

Bijzonderheden:

- 1 onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - relatietherapie;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie Artikel 17).
 - Celtherapie en Chelatietherapie.
- 2 u hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 10 Bewegezorg

Omschrijving:

Bewegezorg bestaat uit:

- 1 fysiotherapie;
- 2 oedeemtherapie;
- 3 oefentherapie Cesar/Mensendieck;
- 4 ergotherapie.

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

- 5 chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., orthomanuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, hapto-therapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen:

- 1 fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrijsch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
- 2 oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut.
De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
- 3 oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- 4 ergotherapie: ergotherapeut.

Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

- 5 alternatieve bewegingstherapieën: een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Waar mag de zorg worden verleend:

de zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

maximaal € 600 per kalenderjaar;

voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag.

Wordt de zorg onder Omschrijving punt 1 tot en met 4 verleend door een zorgaanbieder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in Artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden:

18 jaar en ouder:

- 1 chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal uw budget. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist.

Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorg verzekering).

- 2 niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie).

- 3 bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:

vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de 10e behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;

- 4 vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het 11e uur. De eerste 10 uur komen ten laste van de zorgverzekering;

- 5 u hebt geen recht op behandelingen die niet als Beweegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of re-integratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysio-fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

- 6 u hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 11 Brillen en contactlenzen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte inclusief bijbehorende brilmonturen.

Wie mag de brillen en contactlenzen leveren:

opticiens of optiekbedrijf.

Vergoeding:

maximaal € 150 per 3 kalenderjaren.

Bijzonderheden:

de kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

Artikel 12 Anticonceptiemiddelen

Omschrijving:

anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Wie mag de zorg leveren:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (op voorschrift van):

huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding:

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

BUITENLAND

Artikel 13 Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

U kunt gebruik maken van de Aevitae Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas. Dit is vooral aan te raden als het om zorg gaat die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 14 Repatriëring

Omschrijving:

uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland.

Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen:

Aevitae Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas.

Wordt de repatriëring niet verzorgd door de Aevitae Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

de Aevitae Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

PREVENTIE

Een budget voor preventie bestaande uit:

Artikel 15 Cursussen

Omschrijving:

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de richtlijnen van het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.ehbo.nl;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'NPCF' vindt u een link 'onze leden'.

Artikel 16 Leefstijl Check

Omschrijving:

integrale medische Leefstijl Check met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De check bestaat uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- audiologische screening;
- visusonderzoek;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek met een leefstijlcoach;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden:

u hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de Leefstijl Check onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet.

Artikel 17 Gewichtconsulent

Omschrijving:

voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen:

gewichtconsulent, die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN).
Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

Artikel 18 Sport Medisch Advies

Omschrijving:

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen:

sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Artikel 19 Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Omschrijving:

voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcen)meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.

Wie mag de zorg verlenen:

vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een (huis)arts die een LCR- en gele koorts-registratie heeft. De zorgaanbieders met een LCR-registratie vindt u op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (www.lcr.nl). U ziet op deze website ook of uw arts een gele koorts-registratie heeft.

De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken geleverd worden. Apotheekhoudende huisartsen en apotheken mogen deze middelen op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken leveren.

Het totale budget voor preventie bedraagt:

maximaal € 200 per kalenderjaar.

VrijZeker

Artikel 20 1. SOA preventie

Omschrijving:

preventief onderzoek naar seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA).

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Vergoeding:

eenmaal per kalenderjaar.

Artikel 20 2. Condooms

Omschrijving:

anticonceptiemiddel dat ook bescherming biedt tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA).

Wie mag de condooms leveren:

de Nationale Apotheek, via www.nationale-apotheek.nl.

Vergoeding:

maximaal € 20 per kalenderjaar.

HUIDBEHANDELINGEN

een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

Artikel 21 Acnebehandeling

Omschrijving:

behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 22 Camouflagetherapie

Omschrijving:

behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:
huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 23 Ontharen

Omschrijving:
behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

Wie mag de zorg verlenen:
een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:
huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt:
maximaal € 300 per kalenderjaar.

Medisch Specialistische zorg

Artikel 24 Besnijdenis (medische circumcisie)

Omschrijving:
medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Wie mag de zorg verlenen:
medisch specialist of een arts in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland. De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register).

Toestemming:
u hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.

Vergoeding:
gecontracteerde zorgaanbieder: volledig;
niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 25 Mindfulness bij burn-out klachten

Omschrijving:
een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Wie mag de zorg verlenen:
mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

Vergoeding:
maximaal € 350 per kalenderjaar.

Indicatie:
burn-out klachten.

Verwijsbrief nodig van:
huisarts, bedrijfsarts.

Artikel 26 Seksuologische zorg

Omschrijving:

zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies, ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Wie mag de zorg verlenen:

seksuoloog. De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Vergoeding:

maximaal 4 zittingen tot maximaal € 60 per zitting.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts.

Bijzonderheden:

een zitting duurt minimaal 60 minuten.

ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN

Artikel 27 Revalidatieprogramma Herstel & Balans®

Omschrijving:

nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Wie mag de zorg verlenen:

instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Vergoeding:

maximaal € 800 per diagnose.

VERBLIJF

Artikel 28 Hospice

Omschrijving:

het verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen:

een erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis.

Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door de verzekeraar is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal € 30 per dag.

VERVOER

Artikel 29 Vervoer in verband met transplantatie van organen

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u zorg ontvangt die verband houdt met transplantatie van organen als u geen aanspraak kunt maken op dit vervoer op grond van de zorgverzekering. Het gaat om de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Wie mag het taxivervoer verzorgen:

een gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de gecontracteerde vervoerders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een vervoerder waarmee de verzekeraar geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Op voorschrift van:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website.

Vergoeding:

taxivervoer: volledig;

vervoer per eigen auto: € 0,31 per kilometer.

Bijzonderheden:

het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

TANDHEELKUNDIGE ZORG/MONDZORG

Artikel 30 Tandheelkundige zorg

Omschrijving:

tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:

80% tot maximaal € 450 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

- 1 niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - orthodontische zorg;
 - algehele narcose (Azo).
- 2 de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

Artikel 31 Kronen ten gevolge van een ongeval

Omschrijving:

kroon- en brugwerk ten gevolge van een ongeval. Op indicatie kan in plaats van een brug ook een kroon met implantaat voor vergoeding in aanmerking komen. Onder ongeval verstaan we een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 32 Orthodontische zorg

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

maximaal € 350 voor de hele looptijd van de verzekering.

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijsten tandheelkundige zorg en orthodontische zorg. Deze tarievenlijsten met maximum tarieven worden voor 2015 vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

III Fit en Vrij Pakket

Uw Fit & Vrij Pakket geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in de artikelen 9 tot en met 44 tot maximaal het zorgtegoed van € 1.000 per kalenderjaar. Binnen dit zorgtegoed gelden maxima voor: tandheelkundige zorg en brillen/contactlenzen. Het maximum voor tandheerkunde is € 450 per kalenderjaar, voor brillen/contactlenzen bedraagt het maximum € 150 per 3 kalenderjaren.

Daarnaast geldt voor een aantal vergoedingen een maximum per dag, per behandeling of een eigen bijdrage. De maximale vergoedingen en/of eigen bijdragen worden in het betreffende artikel vermeld.

De vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijke verblijf in het buitenland (artikel 14) en repatriëring (artikel 15) komt niet ten laste van uw zorgtegoed.

Artikel 9 Alternatieve zorg

Omschrijving:

Alternatieve zorg bestaat uit:

- 1 behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - b antroposofische alternatieve geneeswijzen;
 - c homeopathie;
 - d natuurgeneeswijzen;
 - e voor verzekerden vanaf 18 jaar: psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

- 2 homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Ons telefoonnummer vindt u op onze website. Uw apotheek of apothekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Bijzonderheden:

- 1 voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag.
- 2 onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)-behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - relatietherapie;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 18).
 - Celtherapie en Chelatietherapie.
- 3 u hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 10 Bewegzorg

Omschrijving:

Beweegzorg bestaat uit:

- 1 fysiotherapie;
- 2 oedeemtherapie;
- 3 oefentherapie Cesar/Mensendieck;
- 4 ergotherapie.

Nast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

- 5 chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., orthomanuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen:

- 1 fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psycho-somatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
- 2 oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn aangewezen in het Kwaliteitsregister paramedici;
- 3 oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- 4 ergotherapie: ergotherapeut.

Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

- 5 alternatieve bewegingstherapieën: een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Waar mag de zorg worden verleend:

de zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden:

- 1 voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag.

Jonger dan 18 jaar:

- 2 niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;

18 jaar en ouder:

- 3 chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal uw budget. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist.

Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

- 4 niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie).

- 5 bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:

vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;

- 6 vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het 11e uur. De eerste 10 uur komen ten laste van de zorgverzekering;

- 7 u hebt geen recht op behandelingen die niet als Beweegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of re-integratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

- 8 u hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 11 Anticonceptiemiddelen

Omschrijving:

anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Wie mag de zorg leveren:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (op voorschrift van):

huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Maximale vergoeding:

het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling Zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering.
Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

GEZICHTSVERMOGEN

Artikel 12 Brillen en contactlenzen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte inclusief bijbehorende brilmonturen en kosten van aanmeting. De vergoeding geldt ook voor de wettelijke eigen bijdrage als de brillenglazen of filterglazen ten laste van de zorgverzekering zijn verstrekt voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Wie mag de brillen en contactlenzen leveren:

opticiens of optiekbedrijf.

Maximale vergoeding:

€ 150 per 3 kalenderjaren.

Bijzonderheden:

de kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

Artikel 13 Ooglaserbehandeling of lensimplantatie

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. Deze tegemoetkoming geldt ook voor de kosten die zijn gemaakt voor een cataractoperatie (staaroperatie) waarbij een multifocale lens is geplaatst. Het gaat om het verschil in de kosten tussen een multifocale lens en een monofocale lens die vanuit de zorgverzekering niet wordt vergoed.

Wie mag de zorg verlenen:

oogarts.

De verzekeraar heeft met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door ons getoetst. Ga op onze website voor meer informatie.

BUITENLAND

Artikel 14 Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

U kunt gebruik maken van de Aevitae Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas. Dit is vooral aan te raden als het om zorg gaat die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 15 Repatriëring

Omschrijving:

uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland.

Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen:

Aevitae Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas.

Wordt de repatriëring niet verzorgd door de Aevitae Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

de Aevitae Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

PREVENTIE

Artikel 16 Cursussen

Omschrijving:

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de richtlijnen van het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.ehbo.nl;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'npcf' vindt u een link 'onze leden'.

Artikel 17 Leefstijl Check

Omschrijving:

integrale medische Leefstijl Check met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De check bestaat uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- audiologische screening;
- visusonderzoek;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek met een leefstijlcoach;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden:

u hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de Leefstijl Check onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet.

Artikel 18 Gewichtconsulent

Omschrijving:

voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen:

gewichtconsulent, die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN).
Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

Artikel 19 Sport Medisch Advies

Omschrijving:

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen:

sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Artikel 20 Griepvaccinatie

Omschrijving:

'de grieprik' als u niet tot de risicogroep behoort die via het Nederlandse Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccin.

Wie mag de zorg verlenen:

huisarts of medisch specialist.

Artikel 21 Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Omschrijving:

voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococci)meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.

Wie mag de zorg verlenen:

vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een (huis)arts die een LCR- en gele koorts-registratie heeft. De zorgaanbieders met een LCR-registratie vindt u op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigers-advisering (www.lcr.nl). U ziet op deze website ook of uw arts een gele koorts-registratie heeft.

De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken geleverd worden. Apotheekhoudende huisartsen en apotheken mogen deze middelen op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken leveren.

HUIDBEHANDELINGEN

Artikel 22 Acnebehandeling

Omschrijving:

behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 23 Camouflagetherapie

Omschrijving:

behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 24 Ontharen

Omschrijving:

behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

HULPMIDDELEN

Artikel 25 Audiologische hulpmiddelen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audio-logische hulpmiddel.

Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, soloapparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

Artikel 26 Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar. De hand- of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

- 1 De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.
- 2 De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport vergoeden wij niet.

Artikel 27 Mammaprothese

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH en een prothese badpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips.

Artikel 28 Pruiken of mutssja's

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Bijzonderheden:

als u een indicatie hebt voor een pruik, dan kunt u kiezen voor een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor een mutssja.

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Artikel 29 Besnijdenis (medische circumcisie)

Omschrijving:

medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of een arts in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland. De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register).

Toestemming:

u hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.

Artikel 30 Buikwandcorrectie

Omschrijving:

correctie van de buikwand.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts of medisch specialist.

Indicatie:

een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ($BMI \leq 30$).

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).
Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang.
Uw BMI is dan $85 \text{ gedeeld door } (1.75 \times 1.75) = 85 \text{ gedeeld door } 3,0625 = 27,76$. Dit is afgerond 28.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld.

Bijzonderheden:

als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de zorgverzekering dan geldt de vergoeding uit deze aanvullende verzekering niet.

Artikel 31 Ooglidcorrectie

Omschrijving:

u hebt recht op een bovenooglidcorrectie als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder 'omschrijving', goed zichtbaar is.

Artikel 32 Sterilisatie

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of – als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat – een bevoegd huisarts.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 33 Mindfulness bij burn-out klachten

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Wie mag de zorg verlenen:

mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

Indicatie:

burn-out klachten.

Verwijsbrief nodig van:
huisarts, bedrijfsarts.

Artikel 34 Seksuologische zorg

Omschrijving:

zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies, ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Wie mag de zorg verlenen:

seksuoloog. De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts.

Vergoeding:

maximaal 4 zittingen tot maximaal € 60 per zitting.

Bijzonderheden:

een zitting duurt minimaal 60 minuten.

VOETBEHANDELINGEN

Artikel 35 Voetbehandeling voor de reumatische voet en diabetische voet

Omschrijving:

- 1 voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis;
- 2 voetbehandelingen voor diabetici met de classificatie Simm's 1 binnen zorgprofiel 1. Dit betreft behandelingen met het doel (pijn) klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen. Deze voetbehandelingen omvatten geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

Wie mag de zorg verlenen:

- 1 podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of;
- 2 een pedicure met aantekening 'reumatische voet' (bij reumatische voet) of 'Diabetes voet' (bij Diabetes voet) of medisch pedicure, die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Bijzonderheden:

- 1 u hebt recht op bepaalde voetverzorging bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. U vindt deze voetverzorging in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.
- 2 op de nota dient uw podotherapeut of pedicure de Simm's classificatie en het zorgprofiel te vermelden.
- 3 de vermelde Simm's classificatie en zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetverzorging die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welke Simm's classificatie en zorgprofiel u hebt.

Artikel 36 Podotherapie

Omschrijving:

behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.

Wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Artikel 37 Steunzolen of therapiezolen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van inlegzolen, die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Wie mag de zolen leveren:

orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats of podotherapeut of podoposturaaltherapeut.

ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN

Artikel 38 Revalidatieprogramma Herstel & Balans®

Omschrijving:

nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Wie mag de zorg verlenen:

instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. Welke instellingen dit zijn, kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

MANTELZORG

Een mantelzorger verleent zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat om zorg die uit meer bestaat dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is.

Stel uw vraag over mantelzorg aan ons

Of u nu mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt, u kunt met uw vragen terecht bij onze Servicedesk. Onze medewerkers informeren en adviseren u over mantelzorg: zij zijn op de hoogte van de regelgeving en weten waar u terecht kunt voor hulp.

Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg:

Artikel 39 Mantelzorgmakelaar

Omschrijving:

een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, financiën etc. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Wie mag de zorg verlenen:

voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met onze Servicedesk. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een gecontracteerde mantelzorgmakelaar.

Gaat u zonder verwijzing naar een mantelzorgmakelaar? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden:

de diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.

U verzorgt uw partner die ook bij ons is verzekerd. U of uw partner kan de kosten van de mantelzorgmakelaar declareren. Niet allebei.

Artikel 40 Vervangende mantelzorg

Omschrijving:

tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger aan de verzekerde met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van drie dagen.

Wie mag de vervangende mantelzorg leveren:

een gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van vervangende mantelzorg kunt u contact opnemen met onze Servicedesk. Gaat u naar een organisatie waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Let op

Wanneer u voor de eerste keer een aanvraag doet, doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorger graag weg zou willen gaan. Deze tijd is nodig om alles zo zorgvuldig mogelijk te organiseren.

VERBLIJF

Artikel 41 Herstellingsoorden en zorghotels

Omschrijving:

verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

- 1 aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
- 2 als uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
- 3 als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of burn-out.

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Op onze website vindt u een overzicht van de gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels.

Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

u hebt een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of burn-out (punt 3. van de omschrijving).

Maximale vergoeding:

€ 100 per dag.

Artikel 42 Hospice

Omschrijving:

het verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen:

een erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis.

Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door de verzekeraar is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Maximale vergoeding:

€ 30 per dag.

VERVOER

Artikel 43 Vervoer in verband met transplantatie van organen

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u zorg ontvangt die verband houdt met transplantatie van organen als u geen aanspraak kunt maken op dit vervoer op grond van de zorgverzekering. Het gaat om de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Wie mag het taxivervoer verzorgen:

een gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de gecontracteerde vervoerders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een vervoerder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Op voorschrift van:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website.

Maximale vergoeding:

als u met eigen auto reist dan is de maximale vergoeding € 0,31 per kilometer.

Bijzonderheden:

het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

TANDHEELKUNDIGE ZORG/MONDZORG

LET OP! Binnen uw zorgtegoed van € 1.000 hebt u recht op maximaal € 450 voor tandheelkundige zorg/mondzorg en orthodontische zorg samen.

Artikel 44 Tandheelkundige en orthodontische zorg

Omschrijving:

tandheelkundige en orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniekkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties. De orthodontist mag orthodontische zorg verlenen.

Maximale vergoeding voor alle tandheelkundige en orthodontische zorg samen:

80% tot maximaal € 450 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

- 1 niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - algehele narcose (A20).
- 2 de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.
- 3 de wettelijke eigen bijdrage vanuit de zorgverzekering voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten kunt u ook ten laste van dit artikel brengen.

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkundige zorg en orthodontische zorg.
Deze tarievenlijst met maximum tarieven wordt voor 2015 vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

IV Gezin Pakket

Artikel 9 Alternatieve zorg

Omschrijving:

alternatieve zorg bestaat uit:

- 1 behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - b antroposofische alternatieve geneeswijzen;
 - c homeopathie;
 - d natuurgeneeswijzen;
 - e voor verzekerden vanaf 18 jaar: psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

- 2 homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen. Ons telefoonnummer vindt u op onze website. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apothekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

maximaal € 300 per kalenderjaar;

voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag.

Bijzonderheden:

- 1 onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - relatietherapie;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 17).
 - Celtherapie en Chelatietherapie.
- 2 u hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 10 Bewegezorg

Omschrijving:

Bewegezorg bestaat uit:

- 1 fysiotherapie;
- 2 oedeemtherapie;
- 3 oefentherapie Cesar/Mensendieck;
- 4 ergotherapie.

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

- 5 chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., orthomanuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, hapto-therapie en ontspannings- ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen:

- 1 fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrijsch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
- 2 oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysio-therapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
- 3 oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- 4 ergotherapie: ergotherapeut.

Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

5 alternatieve bewegingstherapieën: een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Waar mag de zorg worden verleend:

de zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

maximaal € 600 per kalenderjaar;

voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag.

Wordt de zorg onder Omschrijving punt 1 tot en met 4 verleend door een zorgaanbieder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden:

Jonger dan 18 jaar:

1 niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;

18 jaar en ouder:

2 chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal uw budget. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist.

Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

3 niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie).

4 bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:

vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;

5 vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het 11e uur. De eerste 10 uur komen ten laste van de zorgverzekering;

6 u hebt geen recht op behandelingen die niet als Beweegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of re-integratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainings-therapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

7 u hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 11 Brillen en contactlenzen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte inclusief bijbehorende brilmonturen en kosten van aanmeting. De vergoeding geldt ook voor de wettelijke eigen bijdrage als de brillenglazen of filterglazen ten laste van de zorgverzekering zijn verstrekt voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Wie mag de brillen en contactlenzen leveren:

opticiën of optiekbedrijf.

Vergoeding:

maximaal € 150 per 3 kalenderjaren, verzekerden tot 18 jaar maximaal € 200 per 3 kalenderjaren.

Bijzonderheden:

de kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

Artikel 12 Anticonceptiemiddelen

Omschrijving:

anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Wie mag de zorg leveren:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (op voorschrift van):

huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding:

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

BUITENLAND

Artikel 13 Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk Verblijf in het buitenland

Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

U kunt gebruik maken van de Aevitae Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas. Dit is vooral aan te raden als het om zorg gaat die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 14 Repatriëring

Omschrijving:

uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland.

Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen:

Aevitae Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas.

Wordt de repatriëring niet verzorgd door de Aevitae Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

de Aevitae Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

PREVENTIE

Een budget voor preventie bestaande uit:

Artikel 15 Cursussen

Omschrijving:

- cursussen tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, een kraamcentrum, een verloskundige(praktijk) of verzorgd door een yogadocent die lid is van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN);
- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
- cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ instelling;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de richtlijnen van het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.ehbo.nl;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'npcf' vindt u een link 'onze leden'.

Artikel 16 Leefstijl Check

Omschrijving:

integrale medische Leefstijl Check met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De check bestaat uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- audiologische screening;
- visusonderzoek;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek met een leefstijlcoach;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden:

u hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de Leefstijl Check onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet.

Artikel 17 Gewichtconsulent

Omschrijving:

voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen:

gewichtconsulent, die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN).
Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

Artikel 18 Sport Medisch Advies

Omschrijving:

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen:

sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Artikel 19 Zorg voor vrouwen in de overgang

Omschrijving:

voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen:

verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

Artikel 20 Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Omschrijving:

voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococci)meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.

Wie mag de zorg verlenen:

vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een (huis)arts die een LCR-en gele koorts-registratie heeft. De zorgaanbieders met een LCR-registratie vindt u op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigers-advisering (www.lcr.nl). U ziet op deze website ook of uw arts een gele koorts-registratie heeft.

De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken geleverd worden. Apotheekhoudende huisartsen en apotheken mogen deze middelen op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken leveren.

Het totale budget voor preventie bedraagt:

maximaal € 400 per kalenderjaar.

GEBOORTEZORG

Geboortezorg gaat om zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd.

Artikel 21 Verloskundige zorg

Omschrijving:

vergoeding van het verschil tussen het bedrag dat het ziekenhuis of een gecontracteerd geboortecentrum in rekening brengt en de vergoeding die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Als u in het ziekenhuis of een gecontracteerd geboortecentrum bevalt zonder medische noodzaak, dan vergoedt de zorgverzekering niet alle kosten.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 22 Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving:

vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering. De eigen bijdrage krijgt u vergoedt over hetzelfde aantal uren waarop u vanuit de zorgverzekering aanspraak kunt maken.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 23 Luxe kraamzorg

Omschrijving:

extra ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging en omgang met haar kind. Daarnaast aan kraamzorg gerelateerde taken, zoals opvang van de andere aanwezige kinderen, opvang van bezoek, verzorging gezinswas, (voor)bereiding van de warme maaltijd.

De luxe kraamzorg kunt u op verschillende momenten ontvangen.

- als aanvulling op de reguliere kraamzorgperiode;
- aansluitend aan de reguliere kraamzorgperiode;
- na ontslag van de moeder en/of het kind uit het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen:

gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige.

Vergoeding:

maximaal 15 uur.

Artikel 24 Kraampakket

Omschrijving:

een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via onze website of bellen met onze Kraamzorglijn.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 25 Adoptievergoeding

Omschrijving:

een uitkering die u ontvangt als u uw adoptiekindje aanmeldt bij ons. U kunt dit bedrag besteden aan de medisch noodzakelijke keuring van uw kindje of u kunt er kraamzorg voor inkopen.

Vergoeding:

€ 300 per adoptiekind.

Artikel 26 Elektrische borstkolf

Omschrijving:

huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van een zieke baby.

Vergoeding:

maximaal € 110 per bevalling.

Artikel 27 Lactatiekundig consult

Omschrijving:

vergoeding van een lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met borstvoeding.

Wie mag de zorg verlenen:

lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Verwijsbrief nodig van:

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureauarts of Jeugdgezondheidszorgverpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol kunt u vinden op onze website.

Vergoeding:

maximaal € 100 per bevalling.

THUISZORG

Artikel 28 Gezinshulp

Omschrijving:

hulp bij het huishouden in Nederland bij ziekte, ongeval of tijdens of na ziekenhuisopname van u als u geen aanspraak heeft op huishoudelijke hulp op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).

Wie mag de hulp leveren:

een gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van kinderopvang kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met de onze Servicedesk.

Vergoeding:

maximaal 10 uur per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

- 1 de huishoudelijke ondersteuning wordt binnen twee werkdagen geboden bij u thuis, tenzij u de hulp op een later moment wilt;
- 2 onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging.

Artikel 29 Kinderopvang

Omschrijving:

kinderopvang in Nederland bij u thuis voor uw kinderen tot de leeftijd van 12 jaar als:

- 1 uw kind ziek is, waardoor de reguliere kinderopvang geen doorgang kan vinden;
- 2 u of uw partner of een ander kind binnen uw gezin in het ziekenhuis opgenomen wordt.

Wie mag de opvang verzorgen:

een gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van kinderopvang kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met onze Servicedesk.

Vergoeding:

maximaal 24 uur per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

kinderopvang wordt maximaal binnen twee werkdagen geboden bij u thuis, tenzij u de hulp op een later moment wilt.

HUIDBEHANDELINGEN

een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

Artikel 30 Acnebehandeling

Omschrijving:

behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 31 Camouflagetherapie

Omschrijving:

behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 32 Ontharen

Omschrijving:

behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt:

maximaal € 500 per kalenderjaar.

HULPMIDDELEN

Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen of;
- de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen.

Artikel 33 Audiologische hulpmiddelen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel. Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, solo-apparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

Artikel 34 Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar. De hand- of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

- 1 De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.
- 2 De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport vergoeden wij niet.

Artikel 35 Mammaprothese

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH en een prothese badpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips.

Artikel 36 Pruiken en/of mutssja's

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Bijzonderheden:

als u een indicatie hebt voor een pruik, dan kunt u kiezen voor een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor een mutssja.

Artikel 37 Plaswekker

Omschrijving:

vergoeding van de (huur)kosten van een plaswekker in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde bandages. De vergoeding is eenmalig voor de gehele looptijd van de verzekering.

Uw zorgaanbieder weet welke plaswekker voor vergoeding in aanmerking komt.

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts of medisch specialist.

Artikel 38 Steunpessarium

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Het totale budget hulpmiddelen bedraagt:

maximaal € 250 per kalenderjaar.

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Artikel 39 Besnijdenis (medische circumcisie)

Omschrijving:

medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of een arts in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland. De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register).

Toestemming:

U hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.

Vergoeding:

gecontracteerde zorgaanbieder: volledig;

niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600.

Artikel 40 Flapoorcorrectie

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van correctie van uitstaande oorschelpen (flaporen) voor verzekerden tot 18 jaar.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts of medisch specialist.

Vergoeding:

gecontracteerde zorgaanbieder: volledig;

niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 1.500.

Artikel 41 Redressiehelm

Omschrijving:

behandeling met een redressiehelm voor kinderen tot 14 maanden. Er moet sprake zijn van een ernstige afplatting van de achterzijde van het hoofd (brachycefalie) of ernstige scheefgroei van het hoofd (plagiocefalie) zonder dat er sprake is van het vroegtijdig sluiten van de schedelnaden (craniosynostose).

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Verwijsbrief nodig van:

kinderarts.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 42 Sterilisatie

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of – als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat – een bevoegd huisarts.

Vergoeding:

sterilisatie van de man maximaal € 800;

sterilisatie van de vrouw maximaal € 1.250.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 43 Mindfulness bij burn-out klachten

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Wie mag de zorg verlenen:

mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

Vergoeding:

maximaal € 350 per kalenderjaar.

Indicatie:

burn-out klachten.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts.

Artikel 44 Seksuologische zorg

Omschrijving:

zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies, ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Wie mag de zorg verlenen:

seksuoloog. De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts.

Vergoeding:

maximaal 4 zittingen tot maximaal € 60 per zitting.

Bijzonderheden:

een zitting duurt minimaal 60 minuten.

VOETBEHANDELINGEN

Een budget voor voetbehandelingen bestaande uit:

Artikel 45 Voetbehandeling voor de reumatische voet en diabetische voet

Omschrijving:

- 1 voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis.
- 2 voetbehandelingen voor diabetici met de classificatie Simm's 1 binnen zorgprofiel 1. Dit betreft behandelingen met het doel (pijn) klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen. Deze voetbehandelingen omvatten geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

Wie mag de zorg verlenen:

- 1 podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of;
- 2 een pedicure met aantekening 'reumatische voet' (bij reumatische voet) of 'Diabetes voet' (bij Diabetes voet) of medisch pedicure, die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Bijzonderheden:

- 1 u hebt recht op bepaalde voetverzorging bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. U vindt deze voetverzorging in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.
- 2 op de nota dient uw podotherapeut of pedicure de Simm's classificatie en het zorgprofiel te vermelden.
- 3 de vermelde Simm's classificatie en zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetverzorging die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welke Simm's classificatie en zorgprofiel u hebt.

Artikel 46 Podotherapie

Omschrijving:

behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.

Wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Artikel 47 Steunzolen of therapiezolen

Omschrijving:

inlegzolen, die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Wie mag de zolen leveren:

orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, podotherapeut of podoposturaaltherapeut.

Het totale budget voetbehandelingen bedraagt:

maximaal € 300 per kalenderjaar.

ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN

Artikel 48 Revalidatieprogramma Herstel & Balans®

Omschrijving:

nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Wie mag de zorg verlenen:

instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Vergoeding:

maximaal € 800 per diagnose.

MANTELZORG

Een mantelzorger verleent zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat om zorg die uit meer bestaat dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is.

Stel uw vraag over mantelzorg aan ons

Of u nu mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt, u kunt met uw vragen terecht bij onze Servicedesk. Onze medewerkers informeren en adviseren u over mantelzorg: zij zijn op de hoogte van de regelgeving en weten waar u terecht kunt voor hulp.

Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg.

Artikel 49 Mantelzorgmakelaar

Omschrijving:

een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, financiën etc. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Wie mag de zorg verlenen:

voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met onze Servicedesk. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een gecontracteerde mantelzorgmakelaar.

Gaat u zonder verwijzing naar een mantelzorgmakelaar? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal € 500 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

de diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.

U verzorgt uw vader die ook bij ons is verzekerd. U of uw vader kan de kosten van de mantelzorgmakelaar declareren. Niet allebei.

Artikel 50 Vervangende mantelzorg

Omschrijving:

tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger aan de verzekerde met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van drie dagen.

Wie mag de vervangende mantelzorg leveren:

een gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van vervangende mantelzorg kunt u contact opnemen met onze Servicedesk. Gaat u naar een organisatie waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal 9 dagen per kalenderjaar.

Let op

Wanneer u voor de eerste keer een aanvraag doet, doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorger graag weg zou willen gaan. Deze tijd is nodig om alles zo zorgvuldig mogelijk te organiseren.

VERBLIJF

Artikel 51 Herstellingsoorden en zorghotels

Omschrijving:

verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

- 1 aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
- 2 als uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
- 3 als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of burn-out.

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Een overzicht van de gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

u hebt een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of burn-out (punt 3 van de omschrijving).

Vergoeding:

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar.

Artikel 52 Hospice

Omschrijving:

het verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen:

een erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis.

Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door de verzekeraar is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal € 30 per dag.

Artikel 53 Ronald McDonaldhuis/familiehuis

Omschrijving:

als uw kind(eren) of uw partner wordt opgenomen wordt in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, bestaan er mogelijkheden om bij hen in de buurt te overnachten. Dit kan in een familie- of logeerhuis dat verbonden is aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis of een Kiwanishuis. Als uw kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaaltehuis Ter Weijde, dat verbonden is aan het UZA te Antwerpen. Als u een dagbehandeling moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, dan kunt u ook in het familie- of logeerhuis overnachten. De dagbehandelingen moeten op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Vergoeding:

maximaal € 400 per kalenderjaar.

VERVOER

Artikel 54 Vervoer in verband met transplantatie van organen

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u zorg ontvangt die verband houdt met transplantatie van organen als u geen aanspraak kunt maken op dit vervoer op grond van de zorgverzekering. Het gaat om de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Wie mag het taxivervoer verzorgen:

een gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de gecontracteerde vervoerders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een vervoerder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Op voorschrift van:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

u hebt vooraf toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website.

Vergoeding:

taxivervoer: volledig;

vervoer per eigen auto: € 0,31 per kilometer.

Bijzonderheden:

het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

TANDHEELKUNDIGE ZORG/MONDZORG

Artikel 55 Tandheelkundige zorg

Omschrijving:

tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:

80% tot maximaal € 450 per kalenderjaar

Bijzonderheden:

- 1 niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - orthodontische zorg;
 - algehele narcose (Azo).
- 2 de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

Artikel 56 Gebitsprothesen (kunstgebit)

Omschrijving:

vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 57 Kronen ten gevolge van een ongeval

Omschrijving:

kroon- en brugwerk ten gevolge van een ongeval voor verzekerden tot 22 jaar. Op indicatie kan in plaats van een brug ook een kroon met implantaat voor vergoeding in aanmerking komen.

Onder ongeval verstaan we een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts.

Toestemming:

u hebt vooraf toestemming nodig.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 58 Orthodontische zorg

58.1 VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

80% tot maximaal € 2.500 voor de hele looptijd van de verzekering.

58.2 VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

maximaal € 350 voor de hele looptijd van de verzekering.

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkundige zorg en orthodontische zorg.
Deze tarievenlijst met maximum tarieven wordt voor 2015 vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

V Vitaal Pakket

Artikel 9 Alternatieve zorg

Omschrijving:

alternatieve zorg bestaat uit:

- 1 behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - b antroposofische alternatieve geneeswijzen;
 - c homeopathie;
 - d natuurgeneeswijzen;
 - e voor verzekerden vanaf 18 jaar: psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

- 2 homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Ons telefoonnummer vindt u op onze website. Uw apotheek of apothekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

maximaal € 300 per kalenderjaar.

voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag.

Bijzonderheden:

- 1 onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - relatietherapie;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 16).
 - Celtherapie en Chelatietherapie.
- 2 U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 10 Beweegzorg

Omschrijving:

Beweegzorg bestaat uit:

- 1 fysiotherapie;
- 2 oedeemtherapie;
- 3 oefentherapie Cesar/Mensendieck;
- 4 ergotherapie.

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

- 5 chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., orthomanuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, hipto-therapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen:

- 1 fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrich fysiotherapeut en de manuele therapeut);
- 2 oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huid therapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
- 3 oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefen-therapeut);
- 4 ergotherapie: ergotherapeut.

Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

5 alternatieve bewegingstherapieën: een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Waar mag de zorg worden verleend:

de zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

maximaal € 1.000 per kalenderjaar.

voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag.

Wordt de zorg onder omschrijving punt 1 tot en met 4 verleend door een zorgaanbieder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden:

18 jaar en ouder:

1 chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal uw budget. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist.

Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering);

2 niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie);

3 bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:

vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;

4 vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het 11e uur. De eerste 10 uur komen ten laste van de zorgverzekering;

5 u hebt geen recht op behandelingen die niet als Beweegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of re-integratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainings-therapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

6 u hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 11 Brillen en contactlenzen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte inclusief bijbehorende brilmonturen en kosten van aanmeting.

Wie mag de brillen en contactlenzen leveren:

opticien of optiekbedrijf.

Vergoeding:

maximaal € 150 per 3 kalenderjaren.

Bijzonderheden:

de kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

BUITENLAND

Artikel 12 Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

U kunt gebruik maken van de Aevitae Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas. Dit is vooral aan te raden als het om zorg gaat die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding:

volledig.

Artikel 13 Repatriëring

Omschrijving:

uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland.

Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen:

Aevitae Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas.

Wordt de repatriëring niet verzorgd door de Aevitae Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

volledig.

Bijzonderheden:

de Aevitae Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

PREVENTIE

Een budget voor preventie bestaande uit:

Artikel 14 Cursussen

Omschrijving:

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van, of aangesloten bij, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
- cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ instelling;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de richtlijnen van het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.ehbo.nl;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'npcf' vindt u een link 'onze leden'.

Artikel 15 Leefstijl Check

Omschrijving:

integrale medische Leefstijl Check met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De check bestaat uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- audiologische screening;
- visusonderzoek;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek met een leefstijlcoach;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden:

u hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de Leefstijl Check onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet.

Artikel 16 Gewichtscounselant

Omschrijving:

voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtscounselant u doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen:

gewichtscounselant, die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtscounselanten Nederland (BGN).
Op www.gewichtscounselanten.nl kunt u een gewichtscounselant bij u in de buurt zoeken.

Artikel 17 Sport Medisch Advies

Omschrijving:

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen:

sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Artikel 18 Zorg voor vrouwen in de overgang

Omschrijving:

voorlichting aan en advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen:

verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

Artikel 19 Medische keuring rijbewijs

Omschrijving:

medische keuring ten behoeve van verlenging van het rijbewijs B of BE.

Wie mag de keuring verrichten:

(huis)arts.

Artikel 20 Griepvaccinatie

Omschrijving:

'de griepvaccinatie' als u niet tot de risicogroep behoort die via het Nederlandse Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccinatie.

Wie mag de zorg verlenen:

huisarts of medisch specialist.

Artikel 21 Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Omschrijving:

voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococci)meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.

Wie mag de zorg verlenen:

vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een (huis)arts die een LCR- en gele koorts-registratie heeft. De zorgaanbieders met een LCR-registratie vindt u op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigers-advisering (www.lcr.nl). U ziet op deze website ook of uw arts een gele koorts-registratie heeft.

De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken geleverd worden. Apotheekhoudende huisartsen en apotheken mogen deze middelen op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken leveren.

Het totale budget voor preventie bedraagt:

maximaal € 500 per kalenderjaar.

HUIDBEHANDELINGEN

Een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

Artikel 22 Acnebehandeling

Omschrijving:

behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 23 Camouflagetherapie

Omschrijving:

behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 24 Ontharen

Omschrijving:

behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

Wie mag de zorg verlenen:

een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt:

maximaal € 500 per kalenderjaar.

HULPMIDDELEN

Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen of;
- de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen.

Artikel 25 Audiologische hulpmiddelen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel. Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, soloapparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

Artikel 26 Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar. De hand- of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door de verzekeraar is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

- 1 De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.
- 2 De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport vergoeden wij niet.

Artikel 27 Mammaprothese

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH en een prothese badpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van plakstrips.

Artikel 28 Pruiken of mutssja's

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Bijzonderheden:

als u een indicatie hebt voor een pruik, dan kunt u kiezen voor een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor een mutssja.

Artikel 29 Steunpessarium

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Het totale budget hulpmiddelen bedraagt:

maximaal € 350 per kalenderjaar.

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Artikel 30 Besnijdenis (medische circumcisie)

Omschrijving:

medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of een arts in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland. De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register).

Toestemming:

u hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.

Vergoeding:

gecontracteerde zorgaanbieder: volledig;
niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600.

Artikel 31 Ooglidcorrectie

Omschrijving:

u hebt recht op een bovenooglidcorrectie als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder 'omschrijving', goed zichtbaar is.

Vergoeding:

maximaal € 950.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 32 Mindfulness bij burn-out klachten

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Wie mag de zorg verlenen:

mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

Vergoeding:

maximaal € 350 per kalenderjaar.

Indicatie:

burn-out klachten.

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts.

Artikel 33 Seksuologische zorg

Omschrijving:

zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies, ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Wie mag de zorg verlenen/door:

seksuoloog. De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Verwijsbrief nodig van:

huisarts, bedrijfsarts.

Vergoeding:

maximaal 4 zittingen tot maximaal € 60 per zitting.

Bijzonderheden:

een zitting duurt minimaal 60 minuten.

VOETBEHANDELINGEN

Een budget voor voetbehandelingen bestaande uit:

Artikel 34 Voetbehandelingen voor de reumatische voet en diabetische voet

Omschrijving:

- 1 voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis;
- 2 voetbehandelingen voor diabetici met de classificatie Simm's 1 binnen zorgprofiel 1. Dit betreft behandelingen met het doel (pijn) klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen. Deze voetbehandelingen omvatten geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

Wie mag de zorg verlenen:

- 1 podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of;
- 2 een pedicure met aantekening 'reumatische voet' (bij reumatische voet) of 'Diabetes voet' (bij Diabetes voet) of medisch pedicure, die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Bijzonderheden:

- 1 u hebt recht op bepaalde voetverzorging bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. U vindt deze voetverzorging in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.
- 2 op de nota dient uw podotherapeut of pedicure de Simm's classificatie en het zorgprofiel vermelden.
- 3 de vermelde Simm's classificatie en zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetverzorging die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welke Simm's classificatie en zorgprofiel u hebt.

Artikel 35 Podotherapie

Omschrijving:

behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.

Wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Artikel 36 Steunzolen of therapiezolen

Omschrijving:

inlegzolen, die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen,

Wie mag de zolen leveren:

orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats of podotherapeut of podoposturaaltherapeut.

Het totale budget voetbehandelingen bedraagt:

maximaal € 300 per kalenderjaar.

DIEETADVISERING

Artikel 37 Dieetadvisering

Omschrijving:

voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 3 uur dieetadvisering. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop. Hebt u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een verhoogd vasculair risico en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12 van onze zorgverzekering. Dan wordt de dieetadvisering voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op de vergoeding uit dit artikel.

Wie mag de zorg verlenen:

diëtist.

Een overzicht van de gecontracteerde diëtisten kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een diëtist waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling.

Waar moet de zorg plaatsvinden:

de zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding:

maximaal € 250 per kalenderjaar.

Wordt de zorg verleend door een diëtist waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan worden de kosten per behandeling vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor dieetadvisering zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.

ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN

Artikel 38 Revalidatieprogramma Herstel & Balans®

Omschrijving:

nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Wie mag de zorg verlenen:

instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans.

De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Vergoeding:

maximaal € 800 per diagnose.

MANTELZORG

Een mantelzorger verleent zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat om zorg die uit meer bestaat dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is.

Stel uw vraag over mantelzorg aan ons

Of u nu mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt, u kunt met uw vragen terecht bij onze Servicedesk. Onze medewerkers informeren en adviseren u over mantelzorg: zij zijn op de hoogte van de regelgeving en weten waar u terecht kunt voor hulp.

Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg:

Artikel 39 Mantelzorgmakelaar

Omschrijving:

een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, financiën etc. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Wie mag de zorg verlenen:

voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met onze Servicedesk. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een gecontracteerde mantelzorgmakelaar.

Gaat u zonder verwijzing naar een mantelzorgmakelaar? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal € 750 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

de diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.

U verzorgt uw partner die ook bij ons is verzekerd. U of uw partner kan de kosten van de mantelzorgmakelaar declareren. Niet allebei.

Artikel 40 Vervangende mantelzorg

Omschrijving:

tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger aan de verzekerde met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van drie dagen.

Wie mag de vervangende mantelzorg leveren:

een gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van vervangende mantelzorg kunt u contact opnemen met onze Servicedesk. Gaat u naar een organisatie waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal 9 dagen per kalenderjaar.

Let op

Wanneer u voor de eerste keer een aanvraag doet, doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorger graag weg zou willen gaan. Deze tijd is nodig om alles zo zorgvuldig mogelijk te organiseren.

VERBLIJF

Artikel 41 Herstellingsoorden en zorghotels

Omschrijving:

verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

- 1 aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
- 2 als uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
- 3 als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of 'burn-out'.

Wie mag de zorg verlenen:

een gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Een overzicht van de gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van:

u hebt een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of 'burn-out' (punt 3. van de omschrijving).

Vergoeding:

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar.

Artikel 42 Hospice

Omschrijving:

het verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen:

een erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis.

Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door de verzekeraar is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

maximaal € 30 per dag.

Artikel 43 Ronald McDonaldhuis/familiehuis

Omschrijving:

als uw partner opgenomen wordt in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, bestaan er mogelijkheden om bij hem of haar in de buurt te overnachten. Dit kan in een familie- of logeerhuis dat verbonden is aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis of een Kiwanishuis. Als uw partner opgenomen wordt in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaalthehuis Ter Weijde, dat verbonden is aan het UZA te Antwerpen. Als u een dagbehandeling moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, dan kunt u ook in het familie- of logeerhuis overnachten. De dagbehandelingen moeten op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Vergoeding:

maximaal € 400 per kalenderjaar.

VERVOER

Artikel 44 Vervoer in verband met transplantatie van organen

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u zorg ontvangt die verband houdt met transplantatie van organen als u geen aanspraak kunt maken op dit vervoer op grond van de zorgverzekering. Het gaat om de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Wie mag het taxivervoer verzorgen:

een gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de gecontracteerde vervoerders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een vervoerder waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Op voorschrift van:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website.

Vergoeding:

taxivervoer: volledig;

vervoer per eigen auto: € 0,31 per kilometer.

Bijzonderheden:

het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

TANDHEELKUNDIGE ZORG/MONDZORG

Artikel 45 Tandheelkundige zorg

Omschrijving:

tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:

80% tot maximaal € 450 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

- 1 niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - orthodontische zorg;
 - algehele narcose (Azo).
- 2 de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

Artikel 46 Gebitsprothesen (kunstgebit)

Omschrijving:

vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding:

volledig.

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkundige zorg en orthodontische zorg. Deze tarievenlijsten met maximum tarieven worden voor 2015 vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

VI Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering(en): de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen ons en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Fraude: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Instelling:

- 1 een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
- 2 een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Mantelzorger: een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

Schriftelijk: waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ons voor u wordt verstrekt, vooraf aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door ons, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met ons de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Wij/Ons: Aevitae B.V.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.