



Avéro Achmea Aanvullende Verzekeringen Voorwaarden en vergoedingen Juist voor Jou

Ingangsdatum 1 januari 2015

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

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen Avéro Achmea	2	Vergoedingen Juist voor Jou	5
Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?	2	Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	5
Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?	2	Artikel 2 Brillen en contactlenzen	6
Artikel 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?	3	Artikel 3 Buitenland	6
Artikel 4 Wat betaalt u?	3	Artikel 4 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder	7
Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	3	Artikel 5 Fysiotherapie en oefen therapie	8
Artikel 6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?	3	Artikel 6 Podo therapie/podologie/podoposturale therapie/steunzolen	9
Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?	4	Artikel 7 Circumcisie met medische indicatie	9
Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?	4	Artikel 8 Mammaprint	9
Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?	4	Artikel 9 Sportarts	10
Artikel 10 Begripsbepalingen	4	Artikel 10 Sportmedisch onderzoek	10
		Vergoedingen aanvullende tandartsverzekering T Start	11

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen Avéro Achmea

De algemene voorwaarden die gelden voor het Select Zorg Plan, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzondering hierop is artikel 1.1 lid a-c (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op). Dit artikel uit de algemene voorwaarden van het Select Zorg Plan is dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 DE AANVULLENDE VERZEKERING AANVRAGEN

Juist Voor Jou is een vaste combinatie van basisverzekering en aanvullende verzekeringen. Juist Voor Jou bestaat uit het Select Zorg Plan (de basisverzekering), de aanvullende verzekering Juist Voor Jou en de aanvullende tandartsverzekering T Start. Iedere verzekerde die Juist Voor Jou aanvraagt, heeft naast het Select Zorg Plan dus automatisch recht op de dekking vanuit deze aanvullende verzekeringen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor Juist Voor Jou door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen.

1.2 SOMS KUNNEN WIJ U NIET VERZEKEREN VOOR DE JUIST VOOR JOU

In een aantal gevallen sluiten wij geen Juist Voor Jou voor u af. Wij weigeren uw aanvraag, als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de algemene voorwaarden van het Select Zorg Plan;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

In het geval wij de Juist Voor Jou weigeren op grond van punt 3 en/of 4 dan kunt u, indien u recht heeft op een basisverzekering, wel altijd los het Select Zorg Plan afsluiten.

1.3 VERZEKERDE STUDENT?

Voor jongeren tot en met 30 jaar met studiefinanciering is het mogelijk zich aan te melden als verzekerde student. De verzekerde student meldt zich dan aan voor Juist Voor Jou. Wanneer de studiefinanciering stopt, moet u dit binnen een maand aan ons doorgeven. Per 1 januari volgend op de beëindiging van de studiefinanciering kunt u de verzekering dan voortzetten als reguliere verzekerde.

Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 WAT WIJ VERGOEDEN

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

2.2 VERGOEDING ZORG BIJ VERBLIJF IN HET BUITENLAND

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de Vergoedingen aanvullende verzekeringen. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de algemene voorwaarden van het Select Zorg Plan van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 3.1 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 WAT WIJ NIET VERGOEDEN (SAMENLOOP VAN KOSTEN)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a kosten die met het eigen risico van het Select Zorg Plan zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico vergoedt;
- b wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.

2.4 KOSTEN DIE VOORTVLOEIEN UIT TERRORISME

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerd.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

2.5 VERGOEDINGSVOLGORDE

Wij vergoeden de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- het Select Zorg Plan;
- de aanvullende tandartsverzekering (T Start);
- de aanvullende verzekering (Juist Voor Jou);

Artikel 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op het Select Zorg Plan. Voor de aanvullende verzekering geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

Artikel 4 Wat betaalt u?

4.1 HOOGTE VAN UW PREMIE

Heeft een van de ouders bij ons Juist Voor Jou afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd.

4.2 ALS U DE PREMIE NIET OP TIJD BETAALT

Betaalt u (verzekeringnemer) uw premie niet op tijd? Dan gebeurt in aanvulling op artikel 9 en 10 van de algemene voorwaarden van het Select Zorg Plan het volgende. Wij beëindigen Juist Voor Jou, als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn in onze tweede schriftelijke aanmaning. Uw recht op vergoeding vervalt dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand nadat de genoemde betalingstermijn is verstreken. De betalingsplicht blijft bestaan.

Is uw premieachterstand voldaan? Dan kunt u per 1 januari van het volgend jaar opnieuw de Juist Voor Jou afsluiten.

Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

5.1 WIJ KUNNEN UW PREMIE EN/OF VOORWAARDEN WIJZIGEN

Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

5.2 ALS U NIET AKKOORD GAAT MET DE WIJZIGINGEN

Gaat u niet akkoord met de hogere premie of de beperking van de voorwaarden? Stuur ons dan een brief of e-mail binnen 30 dagen nadat wij de wijziging bekend hebben gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de premie en/of voorwaarden wijzigen.

5.3 SOMS IS OPZEGGEN NA WIJZIGINGEN NIET MOGELIJK

In een aantal gevallen kunt u niet tussentijds opzeggen, als wij de premie en/of voorwaarden aanpassen. Namelijk als:

- de premieverhoging en/of de beperkingen van de voorwaarden en/of vergoeding het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
- uw premie stijgt, doordat u geen verzekerde student meer bent en / of een leeftijdsgrens overschrijdt.

In deze gevallen geldt voor beëindigen de procedure zoals omschreven in artikel 7 van deze algemene voorwaarden.

Artikel 6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?

6.1 INGANGSDATUM VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING

Voor de ingangsdatum van uw aanvullende verzekering geldt dat deze gelijk is aan die van het Select Zorg Plan. De aanvullende verzekering Juist Voor Jou kan alleen in combinatie met het Select Zorg Plan worden afgesloten.

6.2 UW AANVULLENDE VERZEKERING WIJZIGEN

Juist Voor Jou is een vaste combinatie van het Select Zorg Plan (de basisverzekering), de aanvullende verzekering Juist Voor Jou en de aanvullende tandartsverzekering T Start. Indien u andere aanvullende verzekeringen wenst, dan kunt u kiezen voor onze reguliere productenlijn waarin u naast het Select Zorg Plan vrije keuze heeft uit de beschikbare aanvullende verzekeringen.

Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw aanvullende verzekering beëindigen:

- a Door een brief of e-mail te sturen waarin u uw aanvullende verzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. Uw aanvullende verzekering eindigt dan op 1 januari van het volgende jaar. Heeft u opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- b Door gebruik te maken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basis en/of aanvullende verzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basis en/of aanvullende verzekering op. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip. Dit is zowel de aanvullende verzekering van uzelf als die van de verzekerden die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd. Dit doen we als u (verzekeringnemer) de verschuldigde bedragen niet heeft betaald binnen de betalingstermijn die wij hiervoor in onze tweede schriftelijke aanmaning hebben gesteld.

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen besluiten de aanvullende verzekering niet langer te voeren.

Daarnaast beëindigen wij uw aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang in de volgende gevallen:

- a als u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (eventueel schriftelijk), terwijl die inlichtingen nodig zijn om Juist Voor Jou goed uit te voeren.
- b als achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of als blijkt dat u omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang zijn.
- c als u fraude pleegt en dit is aangetoond. Wat wij onder fraude verstaan, staat in artikel 20 van de algemene voorwaarden van het Select Zorg Plan.
- d wanneer het Select Zorg Plan wordt beëindigd, eindigt ook Juist Voor Jou en dus deze aanvullende verzekeringen.

Let op! Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervallen, naast de collectiviteitskorting, ook de overige voordelen. Dit zijn bijvoorbeeld extra vergoedingen die uit de collectiviteit voortkomen.

Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

Wij onderzoeken de rechtmatigheid en doelmatigheid van ingediende declaraties. Bij rechtmatigheid controleren we of de zorgverlener de prestatie ook daadwerkelijk heeft geleverd. Bij doelmatigheid controleren we of de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie is gezien uw gezondheidstoestand. In dit onderzoek houden we ons aan dat wat hierover voor het Select Zorg Plan is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 10 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekering Juist Voor Jou en de aanvullende tandartsverzekering T Start die binnen Juist Voor Jou de vaste aanvullingen zijn op het Select Zorg Plan.

Aevitae B.V.

De gevolmachtigd agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht als bedoeld in artikel 1:1 van de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen.

Juist Voor Jou

De verplichte vaste combinatie van het Select Zorg Plan (de basisverzekering) en aanvullende verzekering Juist Voor Jou en de aanvullende tandartsverzekering T Start.

Verzekerde student

Iedere verzekerde van 18 tot en met 30 jaar die studiefinanciering krijgt op grond van de Wet studiefinanciering en als zodanig op het polisblad is vermeld.

Wij/ons

Aevitae B.V.

Zorgverzekeraar / Verzekeraar

Achmea Zorgverzekeringen N.V. is de zorgverzekeraar voor uw aanvullende verzekeringen. Die voert de aanvullende verzekeringen dus voor u uit. Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de Kamer van Koophandel (KvK) onder nummer 28080300 en bij de AFM onder nummer 12000647.

Vergoedingen Juist voor Jou

U heeft bij ons de Juist Voor Jou afgesloten. Daardoor heeft u de aanvullende verzekering Juist Voor Jou en de aanvullende tandartsverzekering T Start. Hieronder vindt u de zorg die in deze aanvullende verzekeringen is opgenomen. Bij iedere vorm van zorg is aangegeven welk deel van de zorg verzekerd is en hoe hoog de vergoeding is. Ook leest u hieronder welke voorwaarden gelden voor de vergoeding. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijk dan eerst in de inhoudsopgave voorin deze polisvoorwaarden.

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

De kosten van consulten of behandelingen van alternatief genezers of therapeuten die wij vergoeden zijn:

Alternatief Algemeen

- a acupunctuur
- b APS therapie
- c ayurvedische geneeskunde
- d craniosacraal therapie
- e homeopathie
- f mesologie
- g natuurgeneeswijzen
- h neuraaltherapie
- i orthomoleculaire geneeskunde
- j reflexzonetherapie
- k shiatsu therapie

Alternatieve geneeswijzen (bewegingsapparaat)

- a chiropractie
- b kinesiologie
- c manuele geneeskunde/ Orthomanipulatie
- d neuromusculaire therapie
- e osteopathie

Alternatieve geestelijke hulpverlening (mentale gezondheid)

- a gestalttherapie
- b haptotherapie
- c hypnotherapie
- d integratieve psychotherapie
- e lichaamgerichte Psychotherapie
- f vaktherapie

Antroposofische geneeskunde

- a door een antroposofisch arts
- b eurythmie therapie
- c kunstzinnige therapie
- d psychische hulpverlening

Daarnaast vergoeden wij de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die een arts heeft voorgeschreven.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Uw alternatief genezer of therapeut moet zijn aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan de criteria van de verzekeraar. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze criteria, maakt deel uit van deze polis. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in het overzicht is opgenomen. U vindt het overzicht met beroepsverenigingen op onze website of u kunt dit overzicht bij ons opvragen.
- 2 Het consult moet plaatsvinden in het kader van een medische behandeling.
- 3 Het consult is op individuele basis; het is dus alleen voor u.
- 4 De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index. De Z-index is een database waarin alle geneesmiddelen staan die verkrijgbaar zijn via de apotheek.
- 5 De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheekhoudende die de verzekeraar gecontracteerd heeft. Wilt u weten met welke apotheekhoudende de verzekeraar een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a zorg als uw alternatief genezer of therapeut ook een huisarts is;
- b (laboratorium)onderzoek;
- c manuele therapie die een fysiotherapeut geeft;
- d behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- e werk- of schoolgerelateerde coaching.

■ Juist Voor Jou

Wij vergoeden homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voor 100%.
Consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag.
Maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.

Artikel 2 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren. Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

Voorwaarde voor vergoeding

Een opticien of optiekbedrijf moet de brillen en/of contactlenzen aan u leveren.

■ Juist Voor Jou

Wij vergoeden maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen.

Artikel 3 Buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (3.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (3.2), vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring) (3.3), vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland (3.4) en Best Doctors (3.5). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

3.1 SPOEDEISENDE ZORG IN HET BUITENLAND

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die u bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is.

Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

- a behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- b ziekenhuisopname en operatie;
- c behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- d medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- e tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op! Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Die kosten vallen onder deze verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit het Select Zorg Plan zouden vergoeden.
- 2 U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Aevitae Alarmcentrale.

■ Juist Voor Jou

Wij vergoeden de kosten aanvullend tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen.

3.2 SPOEDEISENDE FARMACEUTISCHE ZORG

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit Select Zorg Plan maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarde voor vergoeding

- 1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.
- 2 Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.
- 3 Een apotheekhoudende moet de geneesmiddelen leveren.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- b dieetpreparaten en drinkvoeding;
- c verbandmiddelen;
- d vaccinaties en geneesmiddelen i.v.m. een reis naar het buitenland;
- e anticonceptiva;
- f homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

■ Juist Voor Jou

maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

3.3 VERVOER VERZEKERDE EN VERVOER STOFFELIJK OVERSCHOT NAAR NEDERLAND (REPATRIËRING)

Wij vergoeden de kosten van:

- a medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland;
- b vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Het ziekenvervoer moet voortvloeien uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- 2 De Aevitae Alarmcentrale moet vooraf toestemming hebben gegeven.

■ Juist Voor Jou

Wij vergoeden deze kosten volledig.

3.4 VACCINATIES EN GENEESMIDDELEN IN VERBAND MET EEN REIS NAAR HET BUITENLAND

Gaat u op reis naar het buitenland? Dan vergoeden wij de kosten van consulten, noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland.

Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website www.lcr.nl/Landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden

Voorwaarden voor vergoeding van kosten ter voorkoming van rabiës

- 1 Consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van rabiës, vergoeden wij alleen, als u langere tijd in een land verblijft waar rabiës endemisch (in bepaalde gebieden voortdurend als ziekte aanwezig) is. En waar adequate medische hulp slecht toegankelijk is.
- 2 Daarnaast moet u minimaal aan 1 van de volgende voorwaarden voldoen:
 - U maakt een meerdaagse wandel- of fietstocht buiten toeristische oorden,
 - of u trekt langer dan 3 maanden op met, of overnacht bij, de lokale bevolking,
 - of u verblijft buiten een resort of beschermde omgeving;
 - u bent jonger dan 12 jaar.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Heeft de verzekeraar uw zorgverlener niet gecontracteerd? Dan kan een eigen betaling gelden. Wilt u weten met welke zorgverleners de verzekeraar een contract heeft? Gebruik dan de zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

■ Juist Voor Jou

Wij vergoeden de consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100%.

Geneesmiddelen ter voorkoming van malaria, geleverd via eFarma: 100%.

Of kiest u voor geneesmiddelen ter voorkoming van malaria en/of consulten en vaccinaties bij een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar.

3.5 BEST DOCTORS

Wij vergoeden de volgende 2 diensten van Best Doctors:

3.5.1 InterConsultation

Naast de mogelijkheid van een second opinion uit de basisverzekering, kunt u kiezen voor een second opinion door Best Doctors (internationale specialisten). De beoordeling vindt plaats op basis van uw medisch dossier, u wordt niet door Best Doctors onderzocht.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet deze second opinion vooraf telefonisch aanvragen via onze afdeling Medische Garanties.

3.5.2 AskTheExpert:

De mogelijkheid om aanvullende, medische informatie te ontvangen van erkende deskundigen (internationale specialisten). Het medisch team van Best Doctors bekijkt of u in uw situatie voor AskTheExpert in aanmerking komt. U kunt hiervoor telefonisch contact opnemen met onze afdeling Medische Garanties.

■ Juist Voor Jou

Wij vergoeden deze kosten volledig.

Artikel 4 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die de verzekeraar heeft vastgesteld.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een huisarts of medisch specialist moet het anticonceptiemiddel hebben voorgeschreven.
- 2 Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- 3 Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.
- 4 Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een apotheekhoudende.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS).
- b anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).

■ Juist Voor Jou

Wij vergoeden deze kosten volledig.

Artikel 5 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut voor verzekerden van 18 jaar en ouder (5.1) en voor verzekerden tot 18 jaar (5.2).

5.1 FYSIOTHERAPIE, OEFENTHERAPIE VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.1 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan').

De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen .

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verwijzing nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten heeft de verzekeraar namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op onze website vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie en oefentherapeuten die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Bij DTF of DTO doet de fysiotherapeut of oefentherapeut de screening; deze geldt als 1 behandeling. De intake en het onderzoek na deze screening gelden samen ook als 1 behandeling. In totaal kost dit u dus 2 behandelingen. Bij een PlusPraktijk gelden de screening, de intake en het onderzoek na deze screening samen slechts als 1 behandeling.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt.

■ Juist Voor Jou

maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar. Wordt u behandeld door een zorgverlener die de verzekeraar niet heeft gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door de verzekeraar gecontracteerde tarief .

5.2 FYSIOTHERAPIE, OEFENTHERAPIE VOOR VERZEKERDEN TOT 18 JAAR

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.2 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan').

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verwijzing nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten heeft de verzekeraar namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op onze website vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie en oefentherapeuten die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Bij DTF of DTO doet de fysiotherapeut of oefentherapeut de screening; deze geldt als 1 behandeling. De intake en het onderzoek na deze screening gelden samen ook als 1 behandeling. In totaal kost dit u dus 2 behandelingen. Bij een PlusPraktijk gelden de screening, de intake en het onderzoek na deze screening samen slechts als 1 behandeling.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt.

■ Juist Voor Jou

onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die de verzekeraar heeft gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die de verzekeraar niet heeft gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar (en maximaal 75% van het gemiddeld door de verzekeraar gecontracteerde tarief).

Artikel 6 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie/steunzolen

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut en/of steunzolen. Tot de genoemde behandelingen rekenen wij naast de consulten ook de kosten van het aanmeten, vervaardigen, afleveren en repareren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- 2 De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn aangesloten bij de beroepsvereniging Omni Podo Genootschap.
- 3 De steunzolen moeten zijn geleverd of worden gerepareerd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij het NVOS Orthobanda. Het mag ook een steunzolenleverancier zijn die voldoet aan de kwaliteitseisen van het NVOS Orthobanda.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a schoenen en schoenaanpassingen;
- b voetonderzoek en behandeling van diabetische voeten.

■ Juist Voor Jou

Wij vergoeden maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar steunzolen.

Artikel 7 Circumcisie met medische indicatie

Wij vergoeden de kosten van een medisch geïndiceerde circumcisie (besnijdenis) van de man.

Voorwaarden voor vergoeding

U kunt voor de behandeling rechtstreeks naar een hiervoor gecontracteerde zorgverlener. Wilt u weten met welke zorgverleners de verzekeraar een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op. Wordt u behandeld door een zorgverlener die de verzekeraar niet heeft gecontracteerd? Dan moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

■ Juist Voor Jou

100%

Artikel 8 Mammaprint

Wij vergoeden de kosten van een Mammaprint. Met de Mammaprint kan de behandelend arts in sommige gevallen een betere diagnose stellen. Daarmee kan de behandelend arts bepalen, of chemotherapie wel of niet noodzakelijk is.

Voorwaarde voor vergoeding

Het laboratorium Agendia moet het onderzoek uitvoeren.

■ Juist Voor Jou

100%

Artikel 9 Sportarts

Wij vergoeden de kosten van blessure- of herhalingsconsulten door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) en/of gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).

■ Juist Voor Jou

Wij vergoeden maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 10 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) en/of gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).

Wat wij niet vergoeden

Voert een sportarts een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek uit om uw individuele gezondheid en geschiktheid te beoordelen? En moet dit onderzoek uitwijzen of u een specifieke sport kunt uitoefenen of toegelaten kunt worden tot een sportopleiding? Dan vergoeden wij de kosten hiervan niet.

■ Juist Voor Jou

Wij vergoeden maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren.

Vergoedingen aanvullende tandartsverzekering T Start

Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan heeft u de aanvullende tandartsverzekering T Start. Hieruit vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.

Gaat u naar een tandarts? Dan vergoeden wij 100% van de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes).

Vergoeding kosten Mondhygiënist

Mondhygiëne, behandelingen van tandvleesaandoeningen en kleine vullingen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiëniste. De mondhygiëniste mag, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel M-codes als T-codes (parodontologische behandelingen) declareren. Declareert een mondhygiëniste T-codes? Dan vergoeden wij maximaal 75% bij een T Start.

Vergoeding kosten overige behandelingen

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor maximaal 75%.

Let op! Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de aanvullende tandartsverzekering T Start nog niet is bereikt.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76)
- b een afspraak die u niet bent nagekomen (C90);
- c uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- d mandibulair repositieapparaat (MRA: een prothese tegen snurken) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- e orthodontie;
- f abonnementen;
- g volledige narcose;
- h gecompliceerde extractie door de kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed.

T START

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar.

