



Avéro Achmea Aanvullende Verzekeringen Voorwaarden en vergoedingen

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	Fysiotherapie en oefentherapie	12
Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?	2	Artikel 11 Fysiotherapie en oefentherapie	12
Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?	2		
Artikel 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?	3	Huid	13
Artikel 4 Wat betaalt u?	3	Artikel 12 Huidverzorging	13
Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	4		
Artikel 6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in?	4	Hulpmiddelen	14
En hoe wijzigt u deze?	4	Artikel 13 Hulpmiddelen	14
Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?	4		
Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?	4	Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	17
Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?	5	Artikel 14 Farmaceutische zorg	17
Artikel 10 Begripsbepalingen	5		
		Mond en tanden (mondzorg)	18
Vergoedingen aanvullende verzekeringen	6	Artikel 15 Orthodontie	18
		Artikel 16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar	19
Alternatief	6	Artikel 17 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder	19
Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	6	Artikel 18 Uitgestelde fronttandvervanging met implantaten voor verzekerden van 18 tot 24 jaar	19
Artikel 2 Orthopedische geneeskunde	7		
		Ogen en oren	20
Botten, spieren en gewrichten	7	Artikel 19 Brillen en contactlenzen	20
Artikel 3 Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	7	Artikel 20 Hoortoestellen	20
Artikel 4 Beweegprogramma's	7	Artikel 21 Ooglasers en lensimplantatie	20
Artikel 5 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma	8	Artikel 22 Plastische en cosmetische chirurgie	20
Artikel 6 Pedicurezorg bij reuma of diabetes	8		
Artikel 7 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie/steunzolen	9	Spoken en lezen	22
		Artikel 23 Stottertherapie	22
Buitenland	9		
Artikel 8 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)	9	Vervoer	22
Artikel 9 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland	10	Artikel 24 Vervoer van zieken	22
Artikel 10 Zorg in het buitenland	10		
		Ziekenhuis, behandeling en verpleging	23
		Artikel 25 Circumcisie	23
		Artikel 26 Mammaprint	23

	pag.		pag.
Artikel 27	Obesitasbehandeling	24	
Artikel 28	Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname	24	
Artikel 29	Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus	24	
Artikel 30	Preventieve onderzoeken	24	
Artikel 31	Sterilisatie	25	
Artikel 32	Online Zorgadvies	25	
Zwanger (worden)/baby/kind	26	Overig	29
Artikel 33	Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie	26	
Artikel 34	Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg	26	
Artikel 35	Elektrische borstkolf	26	
Artikel 36	Kraampakket	27	
Artikel 37	Kraamzorg	27	
Artikel 38	Lactatiekundige zorg	28	
Artikel 39	TENS bij bevalling	28	
Artikel 40	Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"	28	
Artikel 41	Zwangerschaps cursus	28	
		Artikel 42	Herstel en Balans
		Artikel 43	Herstellingsoord of zorghotel
		Artikel 44	Hospice
		Artikel 45	Hulp aan huis voor verzekerden van 18 jaar en ouder bij ADL uitval na ziekenhuisverblijf
		Artikel 46	Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisopname ouder(s)
		Artikel 47	Leefstijlinterventies
		Artikel 48	Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken
		Artikel 49	Patiëntenverenigingen
		Artikel 50	Sportarts
		Artikel 51	Sportmedisch onderzoek
		Artikel 52	Therapeutische vakantiecampen
		Artikel 53	Uitkering bij een ongeval

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen Avéro Achmea

De algemene voorwaarden die gelden voor het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief, 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 Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief 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

Iedereen die recht heeft op het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 SOMS KUNNEN WIJ U NIET AANVULLEND VERZEKEREN

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering 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 Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan, of Zorg Plan Selectief;
- 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.

1.3 KINDEREN DEZELFDE AANVULLENDE VERZEKERING ALS DE OUDER

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten. De aanvullende verzekering is voor kinderen jonger dan 18 jaar gratis. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert.

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 Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief 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 10 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 Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief 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 BIJ MEERDERE VERZEKERINGEN

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden we de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief;
- de aanvullende tandartsverzekering (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent);
- de aanvullende verzekeringen (Compact, Start, Extra, Royaal, Excellent);
- de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering.

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 Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief. Voor de aanvullende verzekeringen geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

Artikel 4 Wat betaalt u?

4.1 HOOGTE VAN UW PREMIE

Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Stijgt uw premie doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt? Dan wijzigt de premie op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin u die leeftijd bereikt.

Heeft één van de ouders bij ons het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief en een aanvullende verzekering afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering.

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 Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief het volgende. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en), 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 volgende jaar opnieuw een aanvullende verzekering afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan.

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 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 UW AANVULLENDE VERZEKERING GAAT IN OP 1 JANUARI

U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief uitbreiden met een aanvullende verzekering. Dit kan tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. U sluit deze aanvullende verzekering dan, met terugwerkende kracht, af per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

6.2 UW AANVULLENDE VERZEKERING WIJZIGEN

Wilt u (verzekeringnemer) een al bij ons lopende aanvullende verzekering wijzigen? Dan kan dat tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. Wij wijzigen uw verzekering dan, met terugwerkende kracht, per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

Heeft u (verzekeringnemer) een lopende aanvullende verzekering gewijzigd? Dan tellen de door u ontvangen vergoedingen mee voor uw nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum) vergoeding.

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. De 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 aanvullende verzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de 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 de aanvullende verzekering 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 Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief.

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 Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief 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?

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 zorgverzekeringswet.

Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekeringen die u heeft afgesloten als aanvulling op uw Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief:

- de aanvullende tandartsverzekering (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent);
- de aanvullende verzekeringen (Compact, Start, Extra, Royaal, Excellent);
- de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering.

Mantelzorger

Degene die onbetaald, langdurig en/of intensief zorgt voor een chronisch ziek(e), gehandicapt(e) of hulpbehoevend(e) partner, ouder, kind of ander familielid.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Wij/ons

Aevitae B.V.

Zorgverzekeraar/Verzekeraar

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

Vergoedingen aanvullende verzekeringen

U kunt bij ons verschillende aanvullende verzekeringen afsluiten. Op uw polisblad ziet u welke verzekeringen u heeft afgesloten. Hieronder vindt u de zorg die in de verschillende 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 het alfabetisch overzicht voorin deze polisvoorwaarden

Alternatief

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

De kosten van consulten of behandelingen van alternatief genezers of therapeuten (artsen en niet-artsen) 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 euritmitherapie
- 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 de criteria van de verzekeraar, 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.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a zorg als uw alternatief genezer of therapeut ook uw 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.

■ Compact	geen dekking
■ Start	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 440,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.
■ Extra	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 640,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.
■ Royaal	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%. Consulten van artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen maximaal € 60,- per dag. Consulten van alternatieve niet-artsen maximaal € 40,- per dag. Maximaal 16 consulten per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen door artsen en niet-artsen samen.
■ Excellent	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%. Consulten van artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen maximaal € 60,- per dag. Consulten van alternatieve niet-artsen maximaal € 40,- per dag. Maximaal 20 consulten per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen door artsen en niet-artsen samen.

Artikel 2 Orthopedische geneeskunde

Bezoekt u een orthopedisch geneeskundige? Dan vergoeden wij de kosten van diagnostiek en behandeling van aandoeningen van uw bewegingsapparaat zonder dat u wordt geopereerd.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts.
- 2 De orthopedisch geneeskundige moet zijn aangesloten bij de Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG) of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Wordt u behandeld door een orthopeed? Dan valt de behandeling onder medisch-specialistische zorg. Dit betekent dat voor de kosten van deze behandeling de vergoeding uit de basisverzekering geldt (zie artikel 24 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan', artikel 24 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan', of artikel 24 van de 'Aanspraken Zorg Plan Selectief').

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
■ Extra	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

Botten, spieren en gewrichten

Artikel 3 Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Vergoeden wij de kosten van 10 uur ergotherapie vanuit de basisverzekering? Dan vergoeden wij aan een verzekerde tot 18 jaar, als aanvulling op deze vergoeding, de kosten van extra uren ergotherapie.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor het recht op vergoeding van deze extra uren gelden dezelfde voorwaarden als voor vergoeding van ergotherapie vanuit de basisverzekering (zie artikel 1 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan', artikel 1 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan' of artikel 1 van de 'Aanspraken Zorg Plan Selectief').

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	3 uur per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	4 uur per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	4 uur per persoon per kalenderjaar

Artikel 4 Beweegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van beweegprogramma's. Een beweegprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten bewegen, maar dit niet kunnen. In dit beweegprogramma leert u van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het beweegprogramma kunt voortzetten.

In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten:

- a als u obesitas heeft (BMI hoger dan 30);
- b als u revalideert van voormalig hartfalen;
- c als u reuma heeft (wij gebruiken de definitie van reuma zoals het Reumafonds die heeft bepaald);
- d als u diabetes type 2 heeft;
- e als u COPD heeft met een lichte tot matige ziektelast met een longfunctiewaarde van FEV1/VC < 0,7, een benauwdheidscore >2 op de MRC-schaal en een gezondheidsscore van >1 tot >1,7 op de CCQ-schaal.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 2 Het beweegprogramma moet plaatsvinden in de oefenruimte van de behandelend fysiotherapeut en/of oefentherapeut.
- 3 Het beweegprogramma moet een duur hebben van minimaal 3 maanden.

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 175,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Extra	maximaal € 350,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Royaal	maximaal € 350,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	maximaal € 350,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 5 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma

Heeft u reuma? Dan vergoeden wij de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water in een zwembad.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat u oefentherapie in extra verwarmd water nodig heeft vanwege uw reuma.
- 2 De oefentherapie moet plaatsvinden in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut of oefentherapeut.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	100%

Artikel 6 Pedicurezorg bij reuma of diabetes

6.1 PEDICUREZORG BIJ REUMA

Heeft u reuma? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met de medische indicatie reumatische voet.
- 2 De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP).
- 3 Gaat het om een (pedicure-)chiroprodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 4 Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- b het knippen van nagels zonder medische reden.

6.2 PEDICUREZORG BIJ DIABETES

Heeft u diabetes? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde aan de pedicure geven. Uit deze verklaring moet blijken dat u valt onder Zorgprofiel 1.
- 2 De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'diabetische voet' (DV) of als medisch pedicure (MP).
- 3 Gaat het om een (pedicure-)chiroprodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 4 Op de nota moet de zorgverlener het Zorgprofiel vermelden. Ook moet op de nota staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a voetonderzoek. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 40 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan' of de artikelen 2 en 40 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan').
- b behandelingen vanaf Zorgprofiel 2. Deze vallen onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 40 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan', de artikelen 2 en 40 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan' of de artikelen 2 en 40 van de Aanspraken Zorg Plan Selectief).
- c het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- d het knippen van nagels zonder medische reden.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 6.1 en 6.2 samen
■ Royaal	maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 6.1 en 6.2 samen
■ Excellent	100%

6.2 PEDICUREZORG NA EEN HERSENINFARCT (CVA)

Heeft u een herseninfarct (CVA) gehad? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is na een herseninfarct (CVA).
- 2 De pedicure moet geregistreerd staan als medisch pedicure (MP) in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	100%

Artikel 7 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 de NVOS Orthobanda. Het mag ook een steunzolenleverancier zijn die voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVOS Orthobanda.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar steunzolen
■ Royaal	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar steunzolen
■ Excellent	100%, waaronder maximaal 1 paar steunzolen

Buitenland

Artikel 8 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.

■ Compact	geen dekking
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 9 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 Reizigersadviesing (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.

■ Compact	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 € 75,- per persoon per kalenderjaar.
■ Start	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 € 75,- per persoon per kalenderjaar.
■ Extra	consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100%. Geneesmiddelen ter voorkoming van malaria, geleverd via eFarma: 100%. Of kiest u geneesmiddelen ter voorkoming van malaria en/of consulten en vaccinaties bij een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar.
■ Royaal	consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100%. Geneesmiddelen ter voorkoming van malaria, geleverd via eFarma: 100%. Of kiest u geneesmiddelen ter voorkoming van malaria en/of consulten en vaccinaties bij een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar.
■ Excellent	consulten en vaccinaties: 100%. Geneesmiddelen ter voorkoming van malaria: 100%.

Artikel 10 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (10.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (10.2), vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (10.3), overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (10.4) en Best Doctors (10.5). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

10.1 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 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 Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief zouden vergoeden.
- 2 U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Aevitae Alarmcentrale.

■ Compact	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
■ Start	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
■ Extra	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
■ Royaal	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
■ Excellent	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

10.2 SPOEDEISENDE FARMACEUTISCHE ZORG IN HET BUITENLAND

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

Voorwaarden 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 in Nederland 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.

■ Compact	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
■ Start	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
■ Extra	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

10.3 VERVOERSKOSTEN NA ZORGBEMIDDELING NAAR BELGIË OF DUITSLAND

Wij vergoeden de kosten van vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisopname via onze afdeling Medische Garanties in een zorginstelling in België of Duitsland en van hieruit terug naar Nederland. Wij vergoeden de kosten van taxivervoer, van vervoer per eigen auto en van openbaar vervoer.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- 2 Er moet sprake zijn van wachttijdverkorting.
- 3 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Wij bepalen of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft.

■ Compact	geen dekking
■ Start	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer
■ Extra	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer
■ Royaal	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer
■ Excellent	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer

10.4 OVERNACHTINGS- EN VERVOERSKOSTEN GEZINSLEDEN NA ZORGBEMIDDELING NAAR BELGIË OF DUITSLAND

Wordt u vanuit Nederland voor zorg opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 10.3 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen? Dan vergoeden wij voor uw gezinsleden:

- a de overnachtingskosten in een gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt;
- b een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto, openbaar vervoer of taxivervoer van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.

■ Compact	geen dekking
■ Start	overnachtungskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,31 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per opname.
■ Extra	overnachtungskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,31 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per opname.
■ Royaal	overnachtungskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,31 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per opname.
■ Excellent	overnachtungskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,31 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per opname.

10.5 BEST DOCTORS

Wij vergoeden de volgende 2 diensten van Best Doctors:

10.5.1 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.

10.5.2 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.

■ Compact	100%
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Fysiotherapie en oefentherapie

Artikel 11 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut voor verzekerden van 18 jaar en ouder (11.1) en voor verzekerden tot 18 jaar (11.2).

11.1 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 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan', artikel 3.1 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan', of artikel 3.1 van de 'Aanspraken Zorg Plan Selectief'). 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 verklaring 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:

- een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;
- een individuele behandeling, als u in aanmerking komt voor beweegprogramma's zoals omschreven in artikel 4 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen.

■ Compact	maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar
■ Start	maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar
■ Extra	maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	onbeperkt aantal behandelingen.

11.2 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? De geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.2 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan', artikel 3.1 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan' of artikel 3.1 van de 'Aanspraken Zorg Plan Selectief').

Voorwaarde voor vergoeding

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

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verklaring 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;
- e een individuele behandeling, als u in aanmerking komt voor beweegprogramma's zoals omschreven in artikel 4 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen.

- Compact onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar.
- Start 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.
- Extra 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 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar.
- Royaal 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 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar.
- Excellent onbeperkt aantal behandelingen.

Huid

Artikel 12 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

- a acnebehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- b camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- c elektrische epilatie en Intense Pulsed Lightbehandelingen (IPL-behandelingen) bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichtsbehandling hebben, door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- d laserepilatiebehandelingen bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichtsbehandling hebben, door een huidtherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische middelen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 600,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

Hulpmiddelen

Artikel 13 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen, of de kosten van de eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen. Hieronder leest u om welke hulpmiddelen het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

13.1 EIGEN BIJDRAGE PRUIKEN

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor pruiken.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een pruik vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan', artikel 4 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan' of artikel 4 van de 'Aanspraken Zorg Plan Selectief').

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 75,50 per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar*

* Extra vergoeding uit Excellent voor pruiken bij allergische aandoening

Heeft u een aantoonbare allergische aandoening van de hoofdhuid? Dan kunt u, naast de bovenstaande vergoeding van de eigen bijdrage uit Excellent, een extra vergoeding bij ons aanvragen. U moet ons vooraf een schriftelijke en gemotiveerde toelichting van de voorschrijvend arts geven. Of u een extra vergoeding krijgt en hoe hoog deze extra vergoeding is wordt door ons op basis van uw medische situatie beoordeeld en vastgesteld.

13.1.1 Toupim of hoofdbedekking bij oncologie een medische behandeling of alopecia (haarverlies)

Wij vergoeden de kosten van hoofdbedekking of een toupim (pruik aan een haarband) bij verzekerden met alopecia (haarverlies) of (tijdelijk) haarverlies door chemotherapie of een andere medische behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

Een huisarts of medisch specialist moet u een verklaring hebben gegeven. Uit deze verklaring moet blijken dat er sprake is van de medische indicatie alopecia (haarverlies) of (tijdelijk) haarverlies in verband met chemotherapie of een andere medische behandeling.

Wat wij niet vergoeden

- Wij vergoeden op grond van dit artikel niet de kosten van de aanschaf van een pruik met uitzondering van de toupim.
- Wij vergoeden niet de kosten van een hoofdbedekking of een toupim voor verzekerden met alopecia androgenetica (klassieke mannelijke kaalheid).

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	1 keer per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 150,-
■ Royaal	1 keer per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 150,-
■ Excellent	1 keer per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 150,-

13.2 EIGEN BIJDRAGE OVERIGE HULPMIDDELEN

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdragen van hulpmiddelen uit het Reglement Hulpmiddelen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een hulpmiddel vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan', artikel 4 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan' of artikel 4 van de 'Aanspraken Zorg Plan Selectief').

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van de wettelijke eigen bijdragen orthopedische schoenen en allergeenvrije schoenen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	100%

13.3 PERSOONLIJKE ALARMERINGSAPPARATUUR OP MEDISCHE INDICATIE

13.3.1 Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een gecontracteerde leverancier

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van persoonlijke alarmeringsapparatuur via een gecontracteerde leverancier. U kunt rechtstreeks contact opnemen met de gecontracteerde leverancier. Wilt u weten met welke leveranciers de verzekeraar een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan', artikel 4 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan' of artikel 4 van de 'Aanspraken Zorg Plan Selectief').

■ Compact	geen dekking
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

13.3.2 Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een niet gecontracteerde leverancier

Gebruikt u een persoonlijke alarmeringsapparatuur via een leverancier die de verzekeraar niet heeft gecontracteerd? Dan vergoeden wij (een deel van) de abonnementskosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet recht hebben op vergoeding van de kosten van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan', artikel 4 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan' of artikel 4 van de 'Aanspraken Zorg Plan Selectief').
- 2 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 35,- per kalenderjaar
■ Extra	maximaal € 35,- per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 35,- per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 35,- per kalenderjaar

13.4 PERSOONLIJKE ALARMERINGSAPPARATUUR

13.4.1 Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een gecontracteerde leverancier

13.4.1.1 Persoonlijke alarmeringsapparatuur op sociale indicatie

Is er sprake van een onomkeerbare beperking in uw gezondheid of leefomstandigheden, bijvoorbeeld ten gevolge van algemene ouderdomsklachten of gevoelens van onveiligheid? Dan vergoeden wij de alarmeringsapparatuur en de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	100%

13.4.1.2 Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een niet gecontracteerde leverancier

Gebruikt u een persoonlijke alarmeringsapparatuur via een leverancier die de verzekeraar niet heeft gecontracteerd? Dan vergoeden wij (een deel van) de abonnementskosten.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	maximaal € 35,- per persoon per kalenderjaar

13.4.2 Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor tijdelijk gebruik

Heeft u een kortdurende beperking in uw gezondheid, bijvoorbeeld na een operatie of bij verergering van een chronische ziekte en bent u afhankelijk van mantelzorg? Dan vergoeden wij voor een periode van maximaal 4 aaneengesloten weken per keer, de alarmeringsapparatuur en de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De alarmeringsapparatuur en de aansluiting op de alarmcentrale moet worden geregeld en geleverd door een gecontracteerde leverancier. U kunt rechtstreeks contact kunt opnemen met de gecontracteerde leverancier.

Wilt u weten met welke Alarmcentrales de verzekeraar een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	100% voor maximaal 4 weken

13.5 PLAKSTRIPS MAMMAPROTHESE

Draagt u na borstamputatie een uitwendige mammaprothese? Dan vergoeden wij de kosten van plakstrips om deze prothese mee te bevestigen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

13.6 PLASWEKKER

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswekker. Ook vergoeden wij het bijbehorende broekje.

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Extra	maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Royaal	maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	100%

13.7 STEUNPESSARIUM

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium, die u gebruikt om een blaas- of baarmoederverzakking te voorkomen of te verlichten.

Voorwaarde voor vergoeding

Uw huisarts moet het steunpessarium leveren.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

13.8 TRANS-THERAPIE

Wij vergoeden de kosten van huur van de apparatuur voor Trans-therapie, als u deze apparatuur gebruikt voor de behandeling van incontinentie.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodempysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.
- 2 De apparatuur moet worden geleverd door een hulpmiddelen leverancier.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

13.9 KUNSTTEPELS OF MAMILLAPROTHESE (MAATWERKTEPELPROTHESE)

Wij vergoeden de kosten van een zelfklevende tepel die door vrouwen gebruikt kan worden op een borst- of een deelprothese. Dit is ook bedoeld voor vrouwen met een borstreconstructie, die wachten op een permanente tepelreconstructie.

Wij vergoeden een mamillaprothese (maatwerktepelprothese) als deze prothese niet onder de vergoedingsregeling van de basisverzekering valt.

■ Compact	geen dekking
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Artikel 14 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor farmaceutische zorg (14.1). Ook vergoeden wij de kosten van sommige geneesmiddelen: melatonine (14.2), anticonceptiva (14.3) en de griep prik (14.4). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

14.1 WETTELIJKE EIGEN BIJDRAGE (BOVENLIMIETPRIJS GVS)

Sommige medicijnen betaalt u deels zelf en vergoeden wij deels vanuit de basisverzekering. Het deel dat u zelf moet betalen is de wettelijke eigen bijdrage. Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om farmaceutische zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering of de aanvullende verzekering. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

Wat wij niet vergoeden

Moet u een eigen bijdrage betalen, omdat u het maximum overschrijdt van de maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie geneesmiddelen en dieetpreparaten? Dan vergoeden wij deze eigen bijdrage niet.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	100%

14.2 MELATONINE

Wij vergoeden de kosten van generieke melatoninetabletten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- 2 Bij klachten ten gevolge van DSPS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een arts die verbonden is aan een slaapcentrum in Nederland.
- 3 Bij klachten ten gevolge van ADHD en PDD-NOS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog.
- 4 De melatonine tabletten moeten geleverd worden door een apotheekhoudende.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	100% bij levering via internetapotheek eFarma of maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar bij levering via een andere apotheekhoudende
■ Royaal	100% bij levering via internetapotheek eFarma of maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar bij levering via een andere apotheekhoudende
■ Excellent	100%

14.3 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 verzekerde 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). Alleen als u een aanvullende verzekering Royaal of Excellent heeft afgesloten, worden deze kosten (deels) vergoed vanuit artikel 14.1 Wettelijke eigen bijdrage (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).

■ Compact	100%
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

14.4 GRIEPPVACCINATIE

Bent u jonger dan 60 jaar? Dan vergoeden wij de kosten van een griepvaccinatie.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van vaccinaties in het kader van het Nationaal programma grieppreventie (risicogroepen).

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 15 tot en met 18) gaan wij hierop in. Heeft u ook een tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de aanvullende tandartsverzekeringen (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent) en daarna vanuit aanvullende verzekeringen Start, Extra, Royaal of Excellent, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

Artikel 15 Orthodontie

15.1 ORTHODONTIE VOOR VERZEKERDEN TOT 18 JAAR (BIJ PAKKET COMPACT, START EN EXTRA)

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'.

Voorwaarde voor vergoeding

Een orthodontist of tandarts moet de behandeling uitvoeren of de second opinion geven.

Wat wij niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

■ Compact	geen dekking
■ Start	90% tot maximaal € 1.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Extra	90% tot maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

15.2 ORTHODONTIE VOOR VERZEKERDEN TOT 22 JAAR (BIJ PAKKET ROYAAL EN EXCELLENT)

Wij vergoeden aan verzekerden tot 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'.

Voorwaarde voor vergoeding

Een orthodontist of tandarts moet de behandeling uitvoeren of de second opinion geven.

Wat wij niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

■ Royaal	90% tot maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 22 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	100% voor verzekerden tot 22 jaar

15.3 ORTHODONTIE VOOR VERZEKERDEN VAN 22 JAAR EN OUDER

Wij vergoeden aan verzekerden van 22 jaar en ouder de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een orthodontist of tandarts moet de behandeling uitvoeren of de second opinion geven.
- 2 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Bij uw aanvraag voor toestemming moet u een door de behandelend orthodontist opgesteld behandelplan sturen. Samen met een schedelprofielfoto, orthopantomogram, digitale mondfoto's en/of foto's van gebitsmodellen en de "Index for Orthodontic Treatment Need" (IOTN). Stuur al deze gegevens naar onze tandheelkundig adviseur ter beoordeling.

Wat wij niet vergoeden

- 1 Heeft u een geringe behandelingsbehoefte (IOTN-score 1 of 2)? Dan vergoeden wij niet de kosten van orthodontie. De orthodontist kan u hierover meer informatie verstrekken.
- 2 Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	70% tot maximaal € 1.000,- voor verzekerden van 22 jaar en ouder voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	70% tot maximaal € 1.500,- voor verzekerden van 22 jaar en ouder voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen.

Voorwaarde voor vergoeding

Een tandarts of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar voor kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten
■ Extra	maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar voor kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Let op! De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 17 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder tandheelkundige zorg door een tandarts of kaakchirurg. De behandeling moet het gevolg zijn van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 2 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

■ Compact	maximaal € 10.000,- per ongeval
■ Start	maximaal € 10.000,- per ongeval
■ Extra	maximaal € 10.000,- per ongeval
■ Royaal	maximaal € 10.000,- per ongeval
■ Excellent	maximaal € 10.000,- per ongeval

Artikel 18 Uitgestelde fronttandvervangings met implantaten voor verzekerden van 18 tot 24 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 tot 24 jaar definitieve fronttandvervangings met implantaten door een tandarts of kaakchirurg en de daarbij behorende prothetische vervolgbehandeling door de tandarts. De behandeling moet het gevolg zijn van het verliezen van de fronttand door een ongeval voor de 18-jarige leeftijd of het niet aangelegd zijn van de fronttand. En de behandeling moet medisch noodzakelijk zijn uitgesteld tot na de 18-jarige leeftijd, vanwege het niet volgroeid zijn van kaak of gebit. De behandeling moet worden uitgevoerd voor het bereiken van de 24-jarige leeftijd. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeide kaak of gebit.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 2 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.
- 3 Bij behandeling als gevolg van een ongeval moet er zowel op de datum van het ongeval als op de datum van de definitieve behandeling volgens deze verzekering dekking zijn.

■ Compact	maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Start	maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Extra	maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Royaal	maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Ogen en oren

Artikel 19 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.

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
■ Extra	maximaal € 150,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
■ Royaal	maximaal € 200,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
■ Excellent	maximaal € 300,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

Artikel 20 Hoortoestellen

Wettelijke eigen bijdrage hoortoestellen

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage van een hoortoestel.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een hoortoestel vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan', artikel 4 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan' of artikel 4 van de 'Aanspraken Zorg Plan Selectief').

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	maximaal € 200,- per persoon per toestel
■ Excellent	maximaal € 300,- per persoon per toestel

Artikel 21 Ooglaseren en lensimplantatie

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserverhandeling en/of de kosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij lensimplantatie.

Voorwaarden voor vergoeding

- De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) of voldoen aan de kwaliteitseisen van dit genootschap. **Let op!** In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.
- Als u recht heeft op vergoeding van lensimplantatie vanuit de basisverzekering geldt deze vergoeding als meerkosten.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Royaal	maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	maximaal € 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 22 Plastische en cosmetische chirurgie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van correctie van de bovenoogleden (22.1), correctie van de oorstand voor verzeerden (zonder medische indicatie) (22.2), overige plastisch chirurgische behandelingen (met medische indicatie) (22.3) en overige cosmetisch chirurgische behandelingen (zonder medische indicatie) (22.4).

22.1 CORRECTIE VAN DE BOVENOOGLIEDEN (MET MEDISCHE INDICATIE)

Wij vergoeden de kosten van plastisch chirurgische correctie van bovenoogleden, als er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en de correctie niet onder de vergoedingsregeling van de basisverzekering valt.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Bij pakket Start en Extra moet u uw bovenoogleden laten corrigeren door een zorgverlener die de verzekeraar hiervoor heeft gecontracteerd. Wilt u weten met welke zorgverleners de verzekeraar een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

■ Compact	geen dekking
■ Start	100% bij een hiervoor gecontracteerde zorgverlener
■ Extra	100% bij een hiervoor gecontracteerde zorgverlener
■ Royaal	100% bij alle zorgverleners
■ Excellent	100% bij alle zorgverleners

22.2 CORRECTIE VAN DE OORSTAND (ZONDER MEDISCHE INDICATIE)

Wij vergoeden de kosten van cosmetisch chirurgische correctie van de oorstand.

Voorwaarde voor vergoeding

Een medisch specialist moet de ingreep uitvoeren.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De correctie van de oorstand moet u bij pakket Start en Extra laten uitvoeren door een zorgverlener die de verzekeraar hiervoor heeft gecontracteerd. Wilt u weten met welke zorgverleners de verzekeraar een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

■ Compact	geen dekking
■ Start	100% voor verzekerden tot 18 jaar bij een hiervoor gecontracteerde zorgverlener
■ Extra	100% voor verzekerden tot 18 jaar bij een hiervoor gecontracteerde zorgverlener
■ Royaal	100% bij alle zorgverleners
■ Excellent	100% bij alle zorgverleners

22.3 OVERIGE PLASTISCH CHIRURGISCHE BEHANDELINGEN (MET MEDISCHE INDICATIE)

Wij vergoeden, in aanvulling op artikel 21.1, de kosten van overige plastisch chirurgische behandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Er moet sprake zijn van een medische noodzaak.
- 2 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen met:

- a botox;
- b fillers;
- c (autologe) lipofilling;
- d peeling;
- e laser- of refractiechirurgie;
- f sclerocompressietherapie (spataderbehandeling).

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	100%

22.4 OVERIGE COSMETISCH CHIRURGISCHE BEHANDELINGEN (ZONDER MEDISCHE INDICATIE)

Wij vergoeden de kosten van overige chirurgische ingrepen van cosmetische aard. De aanleiding voor deze ingreep moet voortvloeien uit een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Voorwaarde voor vergoeding

Een medisch specialist moet de ingreep uitvoeren.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen met:

- a botox;
- b fillers;
- c (autologe) lipofilling;
- d peeling;
- e laser- of refractiechirurgie;
- f sclerocompressietherapie (spataderbehandeling).

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

Spreken en lezen

Artikel 23 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie. U laat zich behandelen voor stottertherapie volgens:

- a de methode van het Del Ferro Instituut in Amsterdam;
- b de Hausdörfermethode van het Instituut 'Natuurlijk Spreken' in Winterswijk;
- c de BOMA-methode in het instituut 'De Pauw' in Harlingen;
- d het McGuire-stotterprogramma.

Voorwaarde voor vergoeding

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

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 225,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Extra	maximaal € 450,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Royaal	maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	maximaal € 1.250,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Vervoer

Artikel 24 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer (24.1), of de kosten voor uw wettelijke eigen bijdrage hiervoor (24.2). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

24.1 VERVOERSKOSTEN

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer, als en voor zover het voor u om medische redenen niet mogelijk is gebruik te maken van openbaar vervoer. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer op grond van artikel 19 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan', artikel 19 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan' of artikel 19 van de 'Aanspraken Zorg Plan Selectief'.

Wij vergoeden de kosten van (meerpersoons) taxivervoer of eigen vervoer per auto, zowel naar als van:

- a een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- b een ziekenhuis voor poliklinische behandeling of onderzoek op verzoek van een medisch specialist;
- c de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- d een orthopedisch-instrumentmaker om uw prothese aan te passen;
- e een inrichting waarin u bent opgenomen en/of wordt behandeld ten laste van de Wlz.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij bepalen of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft.
- 2 U moet vervoerd worden voor zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering, de Wlz of uw aanvullende verzekering.
- 3 Voor de aanvullende verzekering Extra geldt dat u zich moet laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen. De afstand tot de zorgverlener mag niet meer bedragen dan 200 kilometer, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.
- 4 Laat u zich in België of Duitsland behandelen? Dan vergoeden wij de kosten van zittend ziekenvervoer alleen, als u op maximaal 55 kilometer vanaf de grens met Nederland wordt behandeld. Bent u via onze zorgbemiddeling opgenomen in een ziekenhuis in België of Duitsland? Dan kunnen wij de kosten van het vervoer vergoeden vanuit artikel 10.3 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	eigen vervoer € 0,31 per kilometer, (meerpersoons) taxivervoer 100%. Wij vergoeden maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar. U bent wel een eigen betaling verschuldigd van € 97,- per persoon per kalenderjaar. Behalve als u het maximum heeft bereikt van de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer op basis van de basisverzekering.
■ Royaal	eigen vervoer € 0,31 per kilometer, (meerpersoons) taxivervoer 100%
■ Excellent	eigen vervoer € 0,31 per kilometer, (meerpersoons) taxivervoer 100%

24.2 EIGEN BIJDRAGE VERVOERSKOSTEN

Heeft u recht op vergoeding van vervoer vanuit de basisverzekering? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage die u hiervoor verschuldigd bent.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

Artikel 25 Circumcisie

Hieronder leest u in welke gevallen wij de kosten van circumcisie (besnijdenis) van de man vergoeden.

25.1 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.

■ Compact	geen dekking
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

25.2 CIRCUMCISIE OP RELIGIEUZE GRONDEN

Wij vergoeden de kosten van circumcisie (besnijdenis) van de man op religieuze gronden.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de behandeling laten uitvoeren door een hiervoor gecontracteerde zorgverlener die werkt in een zelfstandig behandelcentrum of besnijdeniskliniek. Wilt u weten met welke zorgverleners de verzekeraar een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 250,-
■ Royaal	maximaal € 250,-
■ Excellent	maximaal € 250,-

Artikel 26 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.

■ Compact	100%
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 27 Obesitasbehandeling

Wij vergoeden voor obese patiënten de kosten van een programma via Santrion. Dit programma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Er moet sprake zijn van obesitas graad 3. Dat is het geval als uw Body Mass Index (BMI) gelijk is aan of hoger is dan 40.
- 2 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen.
- 3 U moet het programma helemaal hebben afgemaakt.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Royaal	maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 28 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Verblijft u in een ziekenhuis in Nederland? Dan vergoeden wij voor uw gezinsleden de kosten van:

- a overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt;
- b het vervoer per eigen auto of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis. En de kosten van vervoer tussen gasthuis en ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,31 per kilometer;
- c openbaar vervoer (tweede klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis. En de kosten van openbaar vervoer tussen gasthuis en ziekenhuis.

Wij vergoeden de kosten ook als u verblijft in een ziekenhuis dat binnen 55 kilometer vanaf de Nederlandse grens in België of Duitsland ligt. In het laatste geval vergoeden wij de kosten overigens alleen, als er geen sprake is van zorgbemiddeling zoals bedoeld in artikel 10.4 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- 2 Bij de aanvullende verzekering Start en Extra geldt dat de enkele reisafstand tussen het ziekenhuis en uw huis meer dan 50 kilometer moet bedragen.

Wat wij niet vergoeden

Verblijft u in een psychiatrisch ziekenhuis? Dan vergoeden wij niet de kosten van overnachting in een gasthuis en vervoer van gezinsleden.

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
■ Extra	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
■ Royaal	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
■ Excellent	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen

Artikel 29 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Ondergaat u een poliklinische behandelcyclus? Dan vergoeden wij de kosten van overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis in Nederland. Dit Ronald McDonaldhuis of ander gasthuis ligt in de nabijheid van het ziekenhuis. Er is sprake van een poliklinische behandelcyclus als u op 2 of meer aaneengesloten dagen behandeld wordt, maar niet in het ziekenhuis verblijft.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van de nacht voorafgaand aan de eerste behandeldag.

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 35,- per dag
■ Extra	maximaal € 35,- per dag
■ Royaal	maximaal € 35,- per dag
■ Excellent	maximaal € 35,- per dag

Artikel 30 Preventieve onderzoeken

30.1 PERIODIEK ALGEMEEN ONDERZOEK (CHECK-UP)

Wij vergoeden de kosten van een periodiek algemeen onderzoek (check-up).

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkt.
- 2 Het onderzoek moet toelaatbaar zijn volgens de geldende wetgeving.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	1 keer per 2 jaar (tot maximaal het tarief grote keuring huisarts)
■ Excellent	1 keer per 2 jaar (tot maximaal het tarief grote keuring huisarts)

30.2 HEALTH CHECK

Wij vergoeden de kosten van de health Check (preventieve gezondheidstest).

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Wij vergoeden deze zorg bij verpleegkundigen van Care for Human die de verzekeraar hiervoor heeft gecontracteerd of een andere aanbieder waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt. Wilt u een afspraak met 1 van de verpleegkundigen van Care for Human? Ga dan naar hun website. Wilt u weten met welke aanbieder(s) de verzekeraar afspraken heeft gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	100% 1 keer per persoon per kalenderjaar

Artikel 31 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie.

Voorwaarden voor vergoeding

De behandeling moet plaatsvinden in:

- 1 de praktijk van een hiertoe bevoegde huisarts, als het gaat om een mannelijke verzekerde;
- 2 een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

Wat wij niet vergoeden

Is er sprake van een hersteloperatie? Dan vergoeden wij de kosten niet.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 32 Online Zorgadvies

Wij vergoeden de kosten van Online Zorgadvies. Online Zorgadvies is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het Online Zorgadvies vooraf telefonisch aanvragen via onze Servicedesk. Als de aanvraag akkoord is, wordt u doorverwezen naar Online Zorgadvies.

■ Compact	100%
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Zwanger (worden)/baby/kind

Artikel 33 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie

Wij vergoeden bij adoptie de kosten van adoptiekraamzorg óf van medische screening (preventief onderzoek). Het gaat hierbij om één of meerdere kinderen die u tijdens de looptijd van uw basisverzekering wettig geadopteerd heeft en bij ons heeft ingeschreven in het Keuze Zorg Plan, Select Zorg Plan of Zorg Plan Selectief.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Voor kraamzorg moet uw adoptiekind op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en nog geen deel uitmaken van uw gezin.
- 2 U kunt alleen voor medische screening kiezen, als uw adoptiekind uit het buitenland komt.
- 3 Een kinderarts moet de medische screening uitvoeren.
- 4 De medische screening moet een verplicht onderdeel van het adoptieproces zijn.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van medische screening van het adoptiekind, als de adoptie al heeft plaatsgevonden.

■ Compact	geen dekking
■ Start	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
■ Extra	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
■ Royaal	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
■ Excellent	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Artikel 34 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg

Bent u zonder medische indicatie poliklinisch bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum onder leiding van een verloskundige of huisarts? Dan bent u hiervoor een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd op basis van de basisverzekering. Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van deze in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage.

■ Compact	geen dekking
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 35 Elektrische borstkolf

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van aanschaf of huur van een elektrisch borstkolfapparaat.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De apparatuur moet worden geleverd door een leverancier die de verzekeraar gecontracteerd heeft. Wilt u weten met welke leveranciers 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 losse onderdelen van de elektrische borstkolf, tenzij met de gecontracteerde leverancier anders is overeengekomen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 75,- per bevalling
■ Extra	maximaal € 75,- per bevalling
■ Royaal	maximaal € 75,- per bevalling
■ Excellent	maximaal € 75,- per bevalling

Artikel 36 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

Artikel 37 Kraamzorg

Hieronder leest u in welke gevallen wij de wettelijke eigen bijdrage en/of eigen betaling voor kraamzorg vergoeden.

37.1 EIGEN BIJDRAGE PARTUSASSISTENTIE

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor partusassistentie (uren die de kraamverzorgende aanwezig is tijdens de bevalling)? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

■ Compact	geen dekking
■ Start	100%
■ Extra	100%
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

37.2 EIGEN BIJDRAGE KRAAMZORG THUIS OF IN EEN GEBOORTE- OF KRAAMCENTRUM

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor de kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal 24 uur per zwangerschap
■ Extra	maximaal 24 uur per zwangerschap
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

37.3 EIGEN BIJDRAGE KRAAMZORG IN EEN ZIEKENHUIS, ZONDER MEDISCHE INDICATIE

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	100%
■ Excellent	100%

37.4 UITGESTELDE KRAAMZORG

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum.

Voorwaarde voor vergoeding

Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal 15 uur per zwangerschap, u betaalt zelf de eigen bijdrage van € 4,15 per uur
■ Royaal	maximaal 15 uur per zwangerschap
■ Excellent	maximaal 15 uur per zwangerschap

Artikel 38 Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met borstvoedingsproblemen, na een bevalling, de kosten van hulp en advies door een lactatiekundige.

Voorwaarde voor vergoeding

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de kwaliteitseisen van die beroepsvereniging. Of de lactatiekundige moet in dienst zijn van een kraamcentrum.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 80,- per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 80,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 39 TENS bij bevalling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van een TENS voor pijnbestrijding tijdens een bevalling. Een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts moet de bevalling begeleiden.

Alleen gecontracteerd vergoed

Let op! U moet de TENS laten leveren door een leverancier die de verzekeraar hiervoor heeft gecontracteerd. Wilt u weten met welke leveranciers de verzekeraar een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

■ Compact	geen dekking
■ Start	1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Extra	1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Royaal	1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 40 Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"

Wij vergoeden de abonnementskosten van het zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger". Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.

■ Compact	geen dekking
■ Start	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Extra	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Royaal	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 41 Zwangerschapscursus

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van cursussen:

- die u tijdens de zwangerschap voorbereiden op de bevalling en/of die u begeleiden tijdens de bevalling;
- die uw fysieke herstel na de bevalling bevorderen. In dit geval vergoeden wij de kosten tot maximaal 6 maanden na de bevalling.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een bewijs van aanmelding en betaling aan ons geven.
- De cursussen moeten worden gegeven door:
 - een thuis- of kraamzorginstelling;
 - een verloskundigenpraktijk of gezondheidscentrum;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevallend;
 - een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
 - een zorgverlener gekwalificeerd in hypnobirthing;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij Zwanger en Fit;
 - een zorgverlener gekwalificeerd in Psychoprofylaxe (angst voor de bevalling);
 - Mom in Balance.

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 50,- per persoon per zwangerschap
■ Extra	maximaal € 50,- per persoon per zwangerschap
■ Royaal	maximaal € 75,- per persoon per zwangerschap
■ Excellent	maximaal € 75,- per persoon per zwangerschap

Overig

Artikel 42 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het revalidatieprogramma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten. Dit is een groepsprogramma dat bestaat uit lichaamstraining en psycho-educatie. Het programma moet worden gegeven door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans.

Voorwaarde voor vergoeding

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

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal € 800,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Extra	maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Royaal	maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
■ Excellent	maximaal € 1.200,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 43 Herstellingsoord of zorghotel

Verblijft u in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg? Dan vergoeden wij de kosten hiervan.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
2. U moet verblijven in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg dat voldoet aan de criteria van de verzekeraar. Wilt u weten welke herstellingsoorden en zorghotels voldoen aan deze criteria? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- a. de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg;
- b. de eigen bijdrage Wlz of Wmo.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 100,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar

Artikel 44 Hospice

Wij vergoeden de eigen bijdragen ten behoeve van een verzekerde bij verblijf in een hospice. De hospice moet participeren in het netwerk palliatieve zorg in de regio. De hospice mag geen deel uitmaken van een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeg-, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage die op grond van de Wlz in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 3.600,-
■ Royaal	maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 3.600,-
■ Excellent	maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 4.500,-

Artikel 45 Hulp aan huis voor verzekerden van 18 jaar en ouder bij ADL uitval na ziekenhuisverblijf

Wij geven aan verzekerden van 18 jaar en ouder, afhankelijk van de mate van ADL-uitval (algemene dagelijkse levensverrichtingen; denk aan wassen en aankleden) na een ziekenhuisverblijf met ontslag naar huis, een vergoeding voor de kosten van hulp aan huis. Met de vergoeding, die wij rechtstreeks aan u overmaken, kunt u zelf aanvullende zorg inkopen om zo uw ADL uitval te compenseren. Het kan bijvoorbeeld gaan om het vergoeden van de eigen bijdrage in het kader van de Wlz-zorg, maar ook is het mogelijk iemand in te schakelen voor tuinonderhoud, mantelzorg, hond uitlaten of boodschappen doen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wilt u in aanmerking komen voor deze vergoeding? Neem dan binnen 5 werkdagen na ontslag uit het ziekenhuis vooraf contact op met de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 0900 - 369 33 33.
- 2 De mate van de ADL uitval wordt door de Persoonlijke Zorgcoach aan de hand van een protocol vastgesteld. Op basis van de uitkomst stellen wij de maximale financiële vergoeding vast. De vragen dienen naar waarheid te worden beantwoord en, als wij hierom vragen met bewijsmateriaal te kunnen worden aangetoond.
- 3 De vergoeding voor hulp aan huis mag alleen aansluitend na een ziekenhuisverblijf met ontslag naar huis worden aangevraagd.
- 4 Meerdere ziekenhuisverblijven die binnen 8 weken na elkaar plaatsvinden worden als 1 verblijf gezien.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van hulp aan huis bij ADL uitval:

- a na verblijf in een ziekenhuis als gevolg van een bevalling, tenzij er sprake is van een complicatie;
- b na verblijf op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een (psychiatrisch) ziekenhuis.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 1.000,- per persoon na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)
■ Royaal	maximaal € 1.000,- per persoon na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)
■ Excellent	maximaal € 1.000,- per persoon na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)

Artikel 46 Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisopname ouder(s)

Wordt een ouder die bij ons is verzekerd, opgenomen in een ziekenhuis? Dan regelen wij voor u kinderopvang aan huis buiten de uren die u normaal al geregeld heeft, vanaf de derde dag van de ziekenhuisopname tot en met de derde dag na het ontslag. Dit geldt voor inwonende kinderen tot 12 jaar. Het aantal uren kinderopvang dat wij vergoeden hangt af van de leeftijd van uw jongste kind.

Voorwaarde voor vergoeding

Wilt u gebruikmaken van kinderopvang? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig. Neem hiervoor contact met ons op.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De kinderopvang moet worden geregeld en geleverd door een instelling voor kinderopvang waarmee de verzekeraar een contract heeft afgesloten.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a kinderopvang bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis;
- b uitbreiding van het aantal uren die u normaal al geregeld heeft bij een kinderdagverblijf.

■ Compact	geen dekking
■ Start	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
■ Extra	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
■ Royaal	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
■ Excellent	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%

Artikel 47 Leefstijlinterventies

Hieronder leest u in welke gevallen wij de kosten van leefstijlinterventies vergoeden.

47.1 DIEETADVISERING DOOR EEN DIËTIST

Wij vergoeden de kosten van dieetadvisering door een diëtist. Dieetadvisering is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Heeft u op grond van de basisverzekering recht op vergoeding van dieetadvisering? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de basisverzekering.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van én dieetadvisering én voedingsvoorlichting (47.2) voor eenzelfde diagnose.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	maximaal € 120,- per persoon per kalenderjaar

47.2 VOEDINGSVOORLICHTING DOOR EEN GEWICHTSCONSULENT OF DIËTIST

Wij vergoeden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een diëtist. Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten, zonder medisch doel.

Voorwaarde voor vergoeding

De gewichtsconsulent moet aangesloten zijn bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de BGN.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a groepsbehandelingen voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent;
- b én voedingsvoorlichting én dieetadvisering (47.1) voor eenzelfde diagnose.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	maximaal € 120,- per persoon per kalenderjaar

47.3 (PREVENTIEVE) CURSUSSEN

47.3.1 Wij vergoeden de kosten van de volgende (preventieve) cursussen:

- a Bij hartproblemen een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen. De cursus wordt georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- b Bij lymfoedeem een bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus met als doel patiënten te leren zelf actief bij te dragen aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent. Deze docent moet de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem hebben gevolgd bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN). Een lijst met bevoegde docenten vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.
- c Bij reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hun ziekte. De cursus moet worden georganiseerd door het Reumafonds of een thuiszorginstelling.
- d Bij diabetes type 2 een patiënten-, basis- of vervolgeducatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.
- e Bij afvallen een cursus georganiseerd door een thuiszorginstelling. Of 1 van de schriftelijke en online programma's georganiseerd door Happy Weight. Of het 10 weekse voedings- en beweegprogramma 'Afvallen & Afblijven' georganiseerd door een aanbieder waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt. Wilt u weten met welke aanbieder(s) de verzekeraar afspraken heeft gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op.
- f Een cursus stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, I Quit Smoking, een thuiszorginstelling of door hiervoor gecontracteerde lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum Smoke Free en Lasercentra Noord-Oost Nederland.
- g Een basis reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting.
- h Een EHBO cursus die opleidt tot het diploma Eerste Hulp van het Oranje Kruis of het certificaat Eerste Hulp van het Rode Kruis. De cursus moet worden georganiseerd door:
 - de plaatselijke EHBO-vereniging;
 - het Rode Kruis;
 - Iedereen EHBO (internetcursus).
- i Een cursus eerste hulp bij kindergevallen. De cursus moet worden georganiseerd door:
 - een thuiszorginstelling;
 - de plaatselijke EHBO-vereniging;
 - Iedereen EHBO (de internetcursus EHBO bij kinderen).
- j Een online slaapcursus of de 'slaapcoach' waarbij u online professioneel advies en praktische oplossingen krijgt om beter te slapen. De cursus moet worden georganiseerd door Somnio.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

■ Compact	geen dekking
■ Start	75% tot maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar
■ Extra	75% tot maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	75% tot maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	per aandoening 1 cursus per persoon per kalenderjaar

47.3.2 Wij vergoeden, in aanvulling op artikel 47.3.1, de kosten van de volgende (preventieve) cursussen:

- a Het valpreventieprogramma 'In Balans'. Dit programma kunt u volgen bij een PlusPraktijk fysiotherapie en/of oefentherapie die hieraan deelneemt. Wilt u weten welke PlusPraktijken fysiotherapie en/of oefentherapie hieraan deelnemen? Gebruik dan de Zorgzoeker op onze website of neem contact met ons op. U kunt ook een valpreventieprogramma bij een thuiszorginstelling volgen.
- b Een bewegingsprogramma's voor ouderen. Het programma moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling of Pim Mulier;
- c Een geheugentraining. De training moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	geen dekking
■ Excellent	per aandoening 1 cursus per persoon per kalenderjaar

47.4 OVERGANGSCONSULT

Wij vergoeden de kosten van een overgangsconsult.

Voorwaarde voor vergoeding

Het consult moet worden gegeven door een overgangsconsulent die is aangesloten bij Care for Women of bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC). Of de overgangsconsulent moet voldoen aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

47.5 LEEFSTIJLTRAININGEN

Wij vergoeden de kosten van maximaal 1 basis leefstijltraining voor:

- a hartpatiënten;
- b whiplashpatiënten;
- c mensen met stress- en burn-outgerelateerde klachten.

De cursus moet zijn georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching.

Voorwaarden voor vergoeding

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

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 1.500,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 48 Mantelzorgvervangend voor gehandicapten en chronisch zieken

Bent u gehandicapt of chronisch ziek en ontvangt u thuis mantelzorg? Dan vergoeden wij bij afwezigheid van die mantelzorg de kosten van vervangende zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervangend Nederland in Bunnik). Handen-in-huis verzorgt ook de aanvraag. U kunt rechtstreeks contact opnemen met deze stichting via telefoonnummer 030 - 659 09 70.
- 2 U moet de zorg 8 weken van tevoren aanvragen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	100%

Artikel 49 Patiëntenverenigingen

Wij vergoeden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een betalingsbewijs, waaruit blijkt dat u lid bent geworden of een geldig bewijs van lidmaatschap, aan ons geven. Een bankafschrift moet op naam gesteld zijn.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	maximaal € 25,- per lidmaatschap per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	100%

Artikel 50 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).

■ Compact	maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar
■ Start	maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar
■ Extra	maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 51 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.

■ Compact	maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren
■ Start	maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren
■ Extra	maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren
■ Royaal	maximaal € 150,- per persoon per 2 kalenderjaren
■ Excellent	maximaal € 300,- per persoon per 2 kalenderjaren

Artikel 52 Therapeutische vakantiekampen

Wij vergoeden de kosten van therapeutische vakantiekampen voor kinderen (52.1) en voor gehandicapten (52.2) en vaar-, hotel- of bungalowvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken (52.3).

52.1 THERAPEUTISCH VAKANTIEKAMP VOOR KINDEREN

Voor kinderen tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp georganiseerd door de:

- Stichting Lekker Vel;
- Stichting Heppie (voor kinderen met astma en/of constitutioneel eczeem);
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- Stichting De Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump);
- Bas van de Goor Foundation (sportkampen voor diabetici).

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

52.2 THERAPEUTISCH VAKANTIEKAMP VOOR GEHANDICAPTEN

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn, de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
■ Royaal	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
■ Excellent	maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

52.3 VAAR-, HOTEL- OF BUNGALOWVAKANTIES VOOR GEHANDICAPTEN EN CHRONISCH ZIEKEN

Bent u gehandicapt of chronisch ziek? Dan geven wij een tegemoetkoming in de kosten van een hotel-, bungalow- of vaarvakantie, georganiseerd door het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem.

- Tijdens de vaarvakantie reist u met het schip J. Henry Dunant van het Nederlandse Rode Kruis of met het schip Ms. De Zonnebloem.
- Tijdens de hotelvakantie verblijft u in de hotels van het Nederlandse Rode Kruis (IJsselvlied in Wezep of De Valkenberg of De Paardestal in Rheden).
- Tijdens de bungalowvakantie verblijft u in de Rode Kruis Bungalow in Someren van de Stichting Rode Kruis Bungalow.

Voorwaarde voor vergoeding

De vakantiecoördinator van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem voert een intakegesprek met de chronisch zieke of gehandicapte. De coördinator bepaalt of u in aanmerking komt voor deelname. Dat doet hij aan de hand van uw ziekte of handicap. Ook weegt hij mee of u eerder heeft deelgenomen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem. hotel- of bungalowvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis.
■ Royaal	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem. hotel- of bungalowvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis.
■ Excellent	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem. hotel- of bungalowvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis.

Artikel 53 Uitkering bij een ongeval

Heeft u een ongeval gehad tijdens de looptijd van deze verzekering? Dan geven wij een uitkering als blijkt dat hierdoor geheel of gedeeltelijk blijvend verlies of functieverlies van enig deel, vermogen of orgaan van het lichaam is veroorzaakt.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een verklaring van een arts aan ons geven waaruit blijkt dat de klachten als gevolg van het ongeval zijn ontstaan.

Wat wij niet vergoeden

Wij verlenen geen uitkering voor blijvend verlies of functieverlies van gebitselementen.

■ Compact	geen dekking
■ Start	geen dekking
■ Extra	geen dekking
■ Royaal	€ 250,- per ongeval
■ Excellent	€ 250,- per ongeval