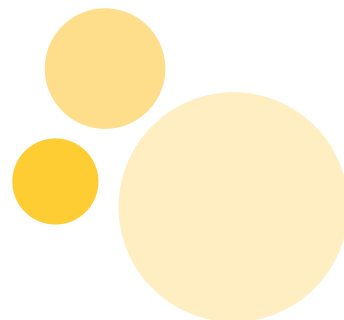


Zorgpolis Vergoedingenoverzicht Aanvullende Verzekeringen 2017



Inhoudsopgave

	pag.		pag.
Algemene bepalingen	2	Aanvullende Verzekering Totaal	25
Aanvullende verzekering Basis	6	Alternatieve geneeswijzen	25
Alternatieve geneeswijzen	6	Therapieën	25
Therapieën	6	Hulpmiddelen	28
Hulpmiddelen	9	Plastische chirurgie	30
Buitenland	10	Buitenland	30
Kuurreizen	10	Kuurreizen	31
Preventie	11	Preventie	31
Bevalling/kraamzorg	11	Diversen	33
Diversen	12	Aanvullende Verzekering Top	37
Aanvullende Verzekering Uitgebreid	14	Alternatieve geneeswijzen	37
Alternatieve geneeswijzen	14	Therapieën	37
Therapieën	14	Hulpmiddelen	40
Hulpmiddelen	17	Plastische chirurgie	42
Buitenland	19	Buitenland	42
Kuurreizen	20	Kuurreizen	43
Preventie	20	Preventie	44
Bevalling/kraamzorg	21	Bevalling/kraamzorg	45
Diversen	22	Diversen	45

	pag.		pag.
Tandarts Basis Pakket	49	ZorgVerzuimmodule	50
Tandarts Uitgebreid Pakket	49	Werknemers- en gezinsdeel van de zorgverzuimmodule,	
Tandarts Totaal Pakket	49	preventie	50
Tandarts Top Pakket	49	Werknemers- en gezinsdeel van de zorgverzuimmodule	
		curatief	53
		Werkgeversdeel van de zorgverzuimmodule	53

Algemene bepalingen

De aanvullende verzekering biedt u een vergoeding voor kosten die niet of maar voor een deel onder uw standaardverzekering vallen. U heeft vanuit uw standaardverzekering bijvoorbeeld recht op (vergoeding van) fysiotherapeutische behandelingen, oefentherapie, kraamzorg, pruiken en voedings- en dieetadvisering. Omdat dit niet altijd toereikend is, heeft de aanvullende verzekering vergoedingen voor deze kosten opgenomen. Onder standaardverzekering wordt verstaan de ziektekostenverzekering ingevolge de Zorgverzekeringswet. De voorwaarden van de aanvullende verzekering en de aanspraken zijn vastgelegd in verzekeringsvoorwaarden. Op uw verzoek zenden wij u de verzekeringsvoorwaarden kosteloos toe. Informatie hierover kunt u opvragen via onze Klantenservice, telefoonnummer 0900 369 33 33. In dit vergoedingenoverzicht geven wij een samenvatting van onze pakketten en voorwaarden per 1 januari 2017.

Aanmelding en acceptatie

U kunt zich aanmelden met behulp van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier. Voor het Tandarts Uitgebreid, TandartsTotaal en TandartsTop pakket geldt medische selectie voor alle verzekerden vanaf leeftijd 8 jaar. Voor personen jonger dan 18 jaar dient de wettelijke vertegenwoordiger (meestal een van de ouders) de verzekering aan te vragen. Personen jonger dan 18 jaar kunnen, na eventuele medische acceptatie, worden ingeschreven in het aangevraagde pakket als tenminste een van de wettelijke vertegenwoordigers voor hetzelfde verzekeringspakket geaccepteerd wordt. Het Tandarts Basis Pakket, het Tandarts Uitgebreid Pakket, Tandarts Totaal Pakket of het Tandarts Top Pakket kan alleen in combinatie met de Aanvullende Verzekering Basis, de Aanvullende Verzekering Uitgebreid, de Aanvullende Verzekering Totaal of de Aanvullende Verzekering Top worden afgesloten. Na acceptatie ontvangt u van ons een schriftelijke bevestiging.

Wijziging premie en voorwaarden

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

Looptijd en beëindiging van de verzekering

De verzekering kan worden afgesloten met als ingangsdatum de datum waarop uw standaardverzekering ingaat.

Indien u uw standaardverzekering niet bij ons heeft afgesloten, dient u door middel van een kopie van uw polis van uw standaardverzekering, de ingangsdatum daarvan aan te tonen. De verzekering wordt gesloten voor onbepaalde duur.

De verzekering kan jaarlijks, per 1 januari, worden beëindigd op voorwaarde dat u het verzoek tot beëindiging van de verzekering voor 31 december van het daaraan voorafgaand kalenderjaar hebt ingestuurd.

U kunt uw verzekering ook opzeggen bij wijziging(en) van de voorwaarden en/of vergoedingen ten nadele van u, met ingang van de dag waarop de wijziging(en) ingaat (ingaan). Dit moet u schriftelijk doen, binnen dertig dagen nadat wij de wijziging(en) bekend hebben gemaakt.

Het recht tot opzegging van de verzekering geldt niet indien de wijziging(en) van de voorwaarden en/of vergoedingen voortvloeien uit wettelijke regelingen. U kunt uw verzekering ook opzeggen bij verhoging van de premie, met ingang van de dag waarop de premieverhoging ingaat. Dit moet u schriftelijk doen, binnen dertig dagen nadat wij de wijziging(en) bekend hebben gemaakt.

U kunt het verzekerde pakket jaarlijks, per 1 januari, wijzigen op voorwaarde dat u deze wijziging voor 31 december van het daaraan voorafgaand kalenderjaar schriftelijk heeft doorgegeven en dat ook wordt voldaan aan de voorwaarden van het nieuw gekozen pakket.

U kunt het verzekerde pakket ook wijzigen bij wijziging(en) van de voorwaarden en/of vergoedingen ten nadele van u, met ingang van de dag waarop de wijziging(en) ingaat (ingaan). Dit moet u schriftelijk doen, binnen dertig dagen nadat wij de wijziging(en) bekend hebben gemaakt. Het recht tot wijzigen van het verzekerde pakket geldt niet indien de wijziging(en) van de voorwaarden en/of vergoedingen voortvloeien uit wettelijke regelingen.

U kunt het verzekerde pakket ook wijzigen bij verhoging van de premie, met ingang van de dag waarop de premieverhoging ingaat. Dit moet u schriftelijk doen, binnen dertig dagen nadat wij de wijziging(en) bekend hebben gemaakt.

Toestemming

Bij een aantal vergoedingen geldt de voorwaarde dat wij toestemming verleend moet hebben. Dit is een schriftelijke verklaring van ons dat voor de kosten van de behandeling een vergoeding zal worden gegeven. De toestemming kan meestal door een behandelend arts worden aangevraagd. Een afgegeven toestemming blijft maximaal zes maanden geldig, d.w.z. dat binnen zes maanden na de ingangsdatum van de gegeven toestemming de behandeling dient te zijn gegeven/begonnen of de levering moet hebben plaatsgevonden. Daarna moet opnieuw toestemming gevraagd worden. Een toestemming is niet meer geldig als de verzekering is beëindigd.

Vergoedingen

Bij de beoordeling van uw recht op vergoeding gaan wij uit van de behandel- of leveringsdata. Op een aantal vergoedingen kunt u slechts eenmaal gedurende een bepaalde termijn of éénmalig (gedurende de looptijd van de verzekering) aanspraak maken. Deze termijnen blijven gelden ook als uw aanvullende verzekering is voortgezet zoals vermeld onder 'looptijd en beëindiging van de verzekering'.

Als u uw standaardverzekering bij ons heeft afgesloten met een eigen risico, vallen de vergoedingen van de aanvullende verzekering buiten dat eigen risico.

Aanspraken Werkgevers ZorgVerzuimmodule

Aanspraak op de vergoedingen en diensten voor de werkgever bestaat ten behoeve van de werknemers die de ZorgVerzuimmodule bij ons hebben afgesloten.

De aanspraak op de vergoedingen en diensten gaat in op het tijdstip waarop de ZorgVerzuimmodule bij een werknemer is meeverzekerd. Tevens bestaat er geen aanspraak meer op vergoedingen en diensten als niet meer aan de voorwaarden wordt voldaan zoals die in de overeenkomst voor de collectieve ziektekostenverzekering, zijn opgenomen.

Erkende zorgaanbieders

Indien bij de voorwaarden is vermeld dat de zorgaanbieder erkend dient te zijn door VGZ Zorgverzekeraar N.V. betekent dit dat de zorgaanbieder een overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. moet hebben afgesloten of een schriftelijke verklaring van VGZ Zorgverzekeraar N.V. moet hebben voor het verlenen van de hulp. De betreffende hulp valt dan onder de vergoedingsregeling van de aanvullende verzekering.

Hulpverlening

Behandelingen door zorgaanbieders in een van de lidstaten van de Europese Unie komen ook voor vergoeding in aanmerking als deze zorgaanbieders

- aangesloten zijn bij een beroepsorganisatie die dezelfde behandelingen verricht als de vereiste Nederlandse beroepsorganisatie en daaraan dezelfde eisen en voorwaarden stelt, en;
- in het bezit zijn van een diploma gelijk aan het vereiste Nederlandse diploma. Behandelingen in/door instellingen; gevestigd in een van de lidstaten van de Europese Unie komen ook voor vergoeding in aanmerking als deze instellingen;
- erkend zijn door een organisatie die aan de verrichtingen van de instelling dezelfde eisen en voorwaarden stelt als de erkende Nederlandse organisatie, en;
- gelijke behandelingen/activiteiten verrichten als de vereiste Nederlandse instelling.

Wachtlisjbemiddeling

Wij kunnen u behulpzaam zijn bij het zoeken van bijvoorbeeld een ziekenhuis waar u sneller geholpen kunt worden als uw eigen ziekenhuis een lange wachtlisjt heeft voor uw behandeling.

Wilt u meer weten over deze service, dan kunt u contact opnemen met onze afdeling Klantenservice, tel. 0900 369 33 33.

Uitsluitingen

Als u recht op vergoeding van bepaalde kosten heeft op grond van een andere verzekering of regeling, heeft u voor die kosten geen recht op vergoeding door ons. Wij vergoeden ook geen:

- reiskosten verbonden aan hulp uit de aanvullende verzekering;
- kosten die veroorzaakt zijn door opzet of grove schuld;
- kosten die veroorzaakt zijn door gewapende conflicten, burgeroorlog, opstand, oproeren dergelijke of door atoomkernreacties.

Insturen van nota's

Sommige vergoedingen verrekenen wij rechtstreeks met de zorgaanbieder. Voor de overige vergoedingen kunt u een declaratieformulier invullen en opsturen naar Aevitae Afdeling Zorgservices Postbus 2705 6401 DE Heerlen.

Het declaratieformulier kunt u printen van onze internetsite: www.aevitae.com/zorg Het is belangrijk dat daarop de naam, de geboortedatum en het relatienummer staan van de verzekerde voor wie de kosten gemaakt zijn en het bank- of gironummer waarop u de vergoeding wilt ontvangen. Verder dient u aan te geven of er sprake is van een ongeval (zie hierover meer onder 'Verhaal').

U moet de originele nota's of rekeningen bijvoegen. Bij een aantal vergoedingen is opgenomen dat er een verwijzing door de (huis)arts of medisch specialist dient te zijn. Dit verwijsformulier dient bij de originele nota of rekening gevoegd te zijn. Indien u medische kosten voor spoedeisende hulp in het buitenland declareert, dient u tevens het gedeelte 'Schadeformulier medische kosten buitenland' in te vullen.

De uiterste datum waarop u uw declaratie kunt indienen, is een jaar na de behandeldatum of datum van levering.

Premiebetaling

U bent premie verschuldigd voor het gekozen verzekerde pakket met ingang van de dag van uw inschrijving tot en met de dag van uitschrijving. De premie wordt aan het begin van iedere maand in rekening gebracht. Wij vragen u op tijd te betalen. Wanneer de premie niet binnen dertig dagen voldaan is, vervalt namelijk uw recht op vergoeding over de periode waarop de achterstallige premie betrekking heeft. Het recht op vergoeding gaat weer in op de dag waarop wij de premie en eventuele incassokosten hebben ontvangen. Er worden dan alleen kosten vergoed die na die datum gemaakt zijn. Als u gedurende drie maanden uw premie niet betaalt, kan de verzekering door ons worden beëindigd. Het vervallen van recht op vergoeding en beëindiging van de verzekering is eveneens van toepassing op de verzekerden jonger dan 18 jaar indien de wettelijke vertegenwoordiger nalatig is in de betaling van de premie.

Extra bepalingen Tandarts Basis Pakket, Tandarts Uitgebreid Pakket, Tandarts Totaal Pakket en Tandarts Top Pakket

De tandheelkundige behandelingen moeten uitgevoerd worden door een in Nederland gevestigde tandarts-algemeen practicus die is ingeschreven als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Orthodontische behandelingen kunnen ook uitgevoerd worden door een orthodontist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxill

re orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). Implantologie kan ook uitgevoerd worden door een kaakchirurg die staat ingeschreven in het specialistenregister voor kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

De parodontologische hulp van eenvoudige aard (initiële behandeling) kan ook uitgevoerd worden door een vrijgevestigd mondhygiënist. Als deze geen overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten, wordt de vergoeding gemaximeerd op basis van de tarieven voor mondhygiënisten die een overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. hebben afgesloten.

Als wij erom vragen, moet u de originele technieknota voegen bij nota's waarop techniekkosten in rekening zijn gebracht.

Verhaal

Ziektekosten als gevolg van bijvoorbeeld een ongeval waarbij derden aansprakelijk zijn, kunnen door de aanvullende verzekering worden verhaald. De verzekerde dient derhalve bij het indienen van zijn/haar declaraties op het declaratieformulier aan te geven of er sprake is van een ongeval, zodat wij na kunnen gaan of derden aansprakelijk gesteld kunnen worden. Verder dient de verzekerde aan de aanvullende verzekering alle informatie te verstrekken die van belang kan zijn voor het verhalen van ziektekosten op derden. De verzekerde mag zonder toestemming van ons geen regeling treffen met derden over mogelijk te verhalen ziektekosten.

Juridische begeleiding

Wij kunnen u behulpzaam zijn als u bijvoorbeeld persoonlijke schade geleden heeft door een ongeval, waarvoor een derde aansprakelijk is, en waarvoor wij ziektekosten hebben betaald en deze kosten hebben verhaald. Ook kunnen wij u helpen als u bijvoorbeeld een klacht heeft over een zorgaanbieder.

Klachten

Klachten en geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen aan de zorgverzekeraar worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement.

De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door de zorgverzekeraar genomen, en na heroverweging gehandhaafd besluit over de uitvoering van de zorgverzekering, waardoor de verzekeringnemer of verzekerde in zijn belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.

De zorgverzekeraar bepaalt zijn definitieve standpunt of heroverweegt zijn oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde is of als de zorgverzekeraar niet binnen een termijn van 30 dagen reageert, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. Het is in dit geval ook mogelijk dat de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.

Bedenktijd

Als de aanvullende verzekering bij het doornemen van de voorwaarden niet aan uw verwachtingen voldoet, kunt u deze binnen veertien dagen na ontvangst van de polis annuleren, mits er nog geen declaraties zijn ingediend. De schriftelijke mededeling dat u de aanvullende verzekering toch niet wenst af te sluiten, dient u te richten aan onze afdeling Polisbeheer.

Aanvullende verzekering Basis

Alternatieve geneeswijzen

Consulten en behandelingen

Vergoeding:

Maximaal € 50,- per consult tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar voor consulten en behandelingen van:

- consulten van alternatieve artsen;
- consulten van alternatieve therapeuten;

Voorwaarden:

De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op www.aevitae.com.

Homeopathische geneesmiddelen

Vergoeding:

100% van de kosten van de door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geregistreerde homeopathische geneesmiddelen tot een maximum van € 150,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de eigen huisarts, een arts die is ingeschreven bij de Vereniging voor Homeopathische Artsen in Nederland (V.H.A.N.), een klassiek homeopaat die is opgenomen in het Register van Klassiek Homeopaten van de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (N.O.V.K) of een klassiek homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.).
- Ze moeten geleverd zijn door een apotheek, door de eigen apotheekhoudende huisarts, door een klassiek homeopaat die is opgenomen in het Register van Klassiek Homeopaten van de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (N.O.V.K) of door een klassiek homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.).
- Bij de nota moet (een kopie van) het voorschrift worden gevoegd.
- Homeopathische geneesmiddelen voor uitwendig gebruik (zoals smeersels, neus- oor- en oogdruppels, sprays) worden niet vergoed.

Therapieën

Acnébehandeling

Vergoeding:

100% tot maximaal € 115,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De behandelingen moeten gegeven zijn door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor acnébehandeling aanwezig is.

Camouflagetherapie

Vergoeding:

100% van de lessen en de te gebruiken producten, tot een maximum van € 115,- per kalenderjaar voor lessen en producten samen.

Voorwaarden:

- De lessen moeten gegeven zijn door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts, plastisch chirurg of dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor camouflagetherapie aanwezig is.

Sexuologie

Vergoeding:

Maximaal € 75,- per behandeling tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Onder deze behandelingen vallen ook relatie- en partnertherapie.
- Er is een verwijzing nodig door de huisarts.
- Behandelingen sexuologie dienen uitgevoerd te zijn door een sexuoloog die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Sexuologie (N.V.V.S.).

Fysiotherapie, Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Deze dekking geldt niet voor verzekerden die deelnemen aan een collectiviteit en zich verzekerd hebben voor de Zorgverzuimmodule. Voor deze verzekerden geldt de dekking van de ZorgVerzuimmodule.

Omschrijving:

Zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, waarbij inbegrepen oedeemtherapie.

Door:

(Kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut, die beschikt over een diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie van de Hogeschool Utrecht of de Hogeschool Eindhoven.

VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft voor fysiotherapie speciale afspraken gemaakt met ketens van fysiotherapiepraktijken. Dit zijn de voorkeursaanbieders van VGZ Zorgverzekeraar N.V. Naast de gewone behandelingen bieden zij ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen.

Vergoeding:

Ten hoogste € 300,- per kalenderjaar.

- Als de zorgverlener geen overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding voor een Consult Direct Toegang Fysiotherapie (DTF) € 10,- voor het eerste consult. De maximale vergoeding bedraagt € 20,- voor een behandeling per dag.

Bijzonderheden:

- 1 Er is een verwijzing nodig door de (huis)arts behalve als de behandeling volgt op een Consult Directe Toegang Fysiotherapie (DTF) bij een fysiotherapeut die daarvoor een overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten;
- 2 Voor behandelingen op grond van een chronische medische indicatie is voorafgaande schriftelijke toestemming (machtiging) van ons vereist;
- 3 De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen ten laste van de standaardverzekering;
- 4 Een overzicht van de door VGZ Zorgverzekeraar N.V. gecontracteerde zorgaanbieders en de voorkeursaanbieders is te raadplegen via www.aevitae.com/zorg of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 0900 369 33 33.

Lichtlamp**Vergoeding:**

De aanschaf van een lichtlamp tot maximaal € 175,- éénmalig.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden met ernstige licht-dermatose.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de specialist te zijn, die de begeleiding geeft bij de lichttherapie, waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie is voor het gebruik van een licht-lamp.

Ontharen**Vergoeding:**

Elektrische epilatie, behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur: 100% tot maximaal € 200,- éénmalig.

Voorwaarden:

- De vergoeding is ongeacht de techniek van het ontharen.
- De vergoeding is voor vrouwelijke verzekerden met ernstige haargroei in het gelaat.
- De behandelserie kan maximaal twaalf maanden duren.

Elektrische epilatie:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor ontharen aanwezig is.
- Elektrische epilatie dient gegeven te worden door een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen, door een huidtherapeut, of een instelling.

Behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of de specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor ontharen met behulp van een laser of lichtflitsapparatuur aanwezig is.
- Behandelingen met een laser of lichtflitsapparaat dienen gegeven te worden door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), of een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen en het diploma ontharen door middel van laser- of lichtflits therapie, of een medisch specialist.

Podotherapie**Vergoeding:**

100% van de kosten voor consulten tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de behandelend medisch specialist of eigen huisarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor podotherapie aanwezig is.
- De behandeling moet gegeven zijn door een podotherapeut die erkend is door de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten, door een podoloog die bij het Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie is geregistreerd als Register-Podoloog of een pedicure die is opgenomen in het register van ProCERT met de aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet'.

Psoriasisbehandeling**Vergoeding:**

100% van de kosten van behandelingen tot een maximum van € 1.350,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor psoriasisbehandeling aanwezig is.
- De behandeling moet gegeven zijn in een van de psoriasisbehandelingscentra te Ede, Utrecht, Rotterdam, Rhoon, of door Skin Therapy te Schagen of in een centrum dat verbonden is aan een ziekenhuis in Nederland.

Stottertherapie**Vergoeding:**

Maximaal € 455,- éénmalig.

Voorwaarden:

- Vergoed wordt stottertherapie volgens de methode Del Ferro of via het instituut Natuurlijk Spreken te Winterswijk.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor stottertherapie aanwezig is.
- De behandelserie kan maximaal twaalf maanden duren.

Therapeutisch kamp**Vergoeding:**

100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 100,- per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- De vergoeding is voor verzekerden tot en met 17 jaar met astma, diabetes, kanker, psoriasis, reumatoïde arthritis of cystic fibrose.

Hulpmiddelen

Brillenglazen en contactlenzen

Maximaal € 25,- per drie kalenderjaren voor brillenglazen of lenzen.

Indien binnen de gestelde vergoedingsperiode de sterkte van de brillenglazen of lenzen door een operatie een grote wijziging teweeg heeft gebracht, kan bovenvermelde vergoeding tussentijds worden toegekend.

Gebitsprothesen

Vergoeding:

De wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 70,- voor een volledige onder-of bovenprothese en maximaal € 140,- voor een volledige onder- en bovenprothese.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak zijn op een gebitsprothese uit de standaardverzekering.
- De kosten met betrekking tot luxe voorzieningen en extra infrastructuur blijven voor eigen rekening.
- De behandeling dient te geschieden door een in Nederland gevestigde tandarts-algemeen practicus die is ingeschreven als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG of een tandprotheticus die staat ingeschreven in het register van tandprotheticici.
- Indien het een reparatie van een gebitsprothese betreft, mag de reparatie ook worden uitgevoerd door een tandtechnicus. De tandtechnicus dient de Instituut Vakopleiding Tandtechniek (IVT) of ROC ASA SBBO succesvol te hebben afgerond. Vergoeding vindt plaats conform de landelijk vastgestelde techniekkosten voor tandtechnici.

Plaswekkers

Vergoeding:

Een plaswekker in eigendom, of de kosten tot maximaal € 85,- voor de huur van een plaswekker voor een periode van maximaal 2,5 maand, éénmalig.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden van 5 jaar en ouder.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de huisarts of kinderarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor een plaswekker aanwezig is.
- Wij geven de leverancier, die een overeenkomst heeft voor de levering en de huur van plaswekkers, opdracht voor levering. De leverancier rekent de kosten rechtstreeks met ons af.

Pruiken

Vergoeding:

De vergoeding voor een pruik vanuit uw standaardverzekering is gemaximeerd. Het verschil tussen de aanschafprijs en de maximale vergoeding is uw eigen bijdrage. Uw aanvullende verzekering geeft een vergoeding van die eigen bijdrage tot maximaal € 140,-.

Voorwaarde:

- Er moet aanspraak zijn op verstrekking van een pruik uit de standaardverzekering.

Steunpessaria

Vergoeding:

De kosten van één steunpessarium per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- Het steunpessarium moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

Steunzolen

Vergoeding:

De kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar tot maximaal € 35,-.

Voorwaarde:

De steunzolen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

Buitenland

Geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland (Europa)

Vergoeding:

Geneeskundige kosten:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Kosten hulpverlening:

- medisch noodzakelijke repatriëring door of in opdracht van de Alarmcentrale, anders dan met openbaar of eigen vervoer.
- vervoer van het stoffelijk overschot door of in opdracht van de Alarmcentrale.
- bemiddeling bij het overmaken van benodigd geld.
- het overbrengen van berichten door de Alarmcentrale.
- het organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen.
- de kosten van telefoon, telegrammen etc. om contact op te nemen met de Alarmcentrale.

Voorwaarden:

- De kosten worden alleen vergoed als ze gemaakt zijn tijdens een verblijf in het buitenland in Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren.
- De verzekerde moet voor de dekking van geneeskundige hulp een standaardverzekering hebben afgesloten.
- Het verblijf in het buitenland mag niet langer dan zes maanden duren.
- De hulp moet een spoedeisend karakter hebben. De verzekerde mag niet vooraf de bedoeling gehad hebben hulp te vragen aan een buitenlandse arts of andere zorgaanbieder. Bij de aanvang van de reis mag niet te voorzien zijn geweest dat de verzekerde een beroep zou moeten doen op geneeskundige hulp.
- Niet vergoed wordt hulp die verband houdt met wedstrijd- en gevaarlijke sporten.
- Niet vergoed worden kosten die veroorzaakt zijn door omstandigheden in verband waarmee een negatief reisadvies is gegeven.
- Bij ziekenhuisopname en voor de organisatie van de hulpverlening moet onmiddellijk de hulp zijn ingeroepen van de Alarmcentrale. Telefoonnummer: +31 20 592 9229 voorafgegaan door het internationale toegangsnummer ter plaatse. Vanuit Nederland is het nummer van de Alarmcentrale: (020) 592 9229.

Indien u medische kosten voor spoedeisende hulp in het buitenland declareert, dient u het schadeformulier medische kosten buitenland in te vullen en te ondertekenen.

Kuurreizen

Kuurreis Dode Zee te Israel

Vergoeding:

Maximaal € 750,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door of in opdracht van een patiëntenorganisatie.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde lijdt aan ernstig chronisch eczeem over het hele lichaam en dat alleen van de kuurreis redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- Voorafgaand aan de kuurreis dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Buitenlandse kuurreis reumatoïde arthritis- en Bechterewpatiënten

Vergoeding:

Maximaal € 750,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door of in opdracht van een patiëntenorganisatie.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van een arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde chronische reumatoïde arthritis of Bechterew heeft en daardoor in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren.
- Voorafgaand aan de kuurreis dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Kuren te Nieuweschans, Arcen of Skin Therapy te Schagen

Vergoeding:

Maximaal € 500,- per kalenderjaar.

De vergoeding is voor verzekerden met psoriasis, chronische reumatoïde arthritis of Bechterew.

Voorwaarden:

- Bij psoriasis dient er een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat alleen van een kuurbehandeling in Nieuweschans, Arcen of Skin Therapy te Schagen redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- Bij chronische reumatoïde arthritis en Bechterew dient er een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde als gevolg van zijn ziekte in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren. Voorafgaand aan het kuren dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Preventie

Cursussen

Vergoeding:

Maximaal € 46,- per kalenderjaar voor preventieve cursussen.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus is afgerond.
- De cursus moet georganiseerd zijn door een kruisorganisatie, thuiszorgorganisatie of door de Reuma Patientenvond. Uw eigen thuiszorg- of kruisorganisatie geeft kortingen op de cursussen. De hoogte daarvan kan verschillen.

Stoppen met roken

Vergoeding:

Maximaal € 100,- per kalenderjaar voor de cursus Stoppen met roken georganiseerd door de thuiszorgorganisatie, voor de cursus volgens Allen Carr of via de stichting Make it Easy of voor de laserbehandeling door een lid aangesloten bij de organisatie Prostop of bij de organisatie Lasercentra N.O. Nederland.

Voorwaarde:

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus of laserbehandeling is afgerond.

Sportadviezen

Vergoeding:

100% van de kosten van sportmedische adviezen, behalve licentiekeuringen, in een sportmedisch adviescentrum tot een maximum van € 50,- per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- Het sportmedisch adviescentrum moet erkend zijn door de Federatie van Sportmedische Instellingen.

Bevalling/kraamzorg

Bevallingspakket

Vergoeding:

Verstrekking van een pakket met verpleegartikelen voor de bevalling.

Voorwaarden:

- Het bevallingspakket is voor vrouwelijke verzekerden.
- De verzekerde kan het pakket vanaf de 13e week van de zwangerschap aanvragen bij Aevitae Kraamzorg Service, tel. (079) 343 04 75.
- Het kraampakket wordt omstreeks de 28e zwangerschapsweek bij u thuis bezorgd.

Geboorte-uitkering

Vergoeding:

€ 35,- per kind.

Voorwaarde:

- Er bestaat alleen recht op de uitkering als het kind binnen zestig dagen na de geboorte als verzekerde bij ons wordt aangemeld.

Kraamzorg

Uw standaardverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor kraamzorg. Dit is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op onderstaande vergoedingen.

Vergoeding:

Maximaal negen uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, aansluitend aan de 10e dag na de bevalling, na verblijf in een ziekenhuis van de moeder en/of kind van zeven dagen of meer aansluitend op de bevalling.

Diversen**Anticonceptiemiddelen****Vergoeding:**

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. De vergoeding is volgens de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Herstellingsoord in Nederland.**Vergoeding:**

Maximaal € 75,- per dag tot een maximum van € 2.100,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven bij verblijf in een herstellingsoord dat niet door de AWBZ wordt gefinancierd en door VGZ Zorgverzekeraar N.V. is erkend.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat het verblijf in het herstellingsoord noodzakelijk is voor de behandeling.
- Voorafgaand aan het verblijf in een herstellingsoord dienen wij schriftelijk toestemming te hebben verleend.

Hospice**Vergoeding:**

Het verblijf in een hospice dat door VGZ Zorgverzekeraar N.V. is erkend zonder een eigen bijdrage.

Voorwaarde:

- De verzekerde dient een indicatie voor verblijf te hebben, ter beoordeling door het hospice.

Meerdaagse bootreizen of verblijf in vakantiehuis**Vergoeding:**

Maximaal € 105,- van de eigen bijdrage per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De indicatiestelling voor deelname aan de bootreis gebeurt door het Rode Kruis, de Zonnebloem of de Stichting Varende Recreatie.
- De indicatiestelling voor het verblijf in een vakantiehuis gebeurt door het Rode Kruis.

Personenalarmering**Vergoeding:**

De abonnementskosten van de aansluiting bij een instelling waarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. daarvoor een overeenkomst heeft afgesloten.

Voorwaarde:

- De verzekerde moet aanspraak hebben op verstrekking van de apparatuur uit de standaardverzekering. Wij betalen de abonnementskosten rechtstreeks aan de instelling waarmee een overeenkomst is afgesloten.

Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen**Vergoeding:**

€ 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven aan een van de ouders/ verzorgers van het kind.
- Per periode van twaalf maanden worden de kosten van de eerste 21 dagen niet vergoed.
- Het kind dat bezocht wordt mag niet ouder zijn dan 17 jaar, moet de standaardverzekering bij ons hebben afgesloten, en in een instelling voor gezondheidszorg in Nederland verblijven. De verpleging in deze instelling moet ten laste komen van de standaardverzekering.
- De verzekerde heeft een bewijs nodig van de gemaakte reiskosten.

Ronald Mc Donald huizen/familiehuis**Vergoeding:**

100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 180,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven aan ouders/verzorgers van een ernstig ziek kind tot en met 17 jaar, dat is opgenomen in een (academisch) ziekenhuis.
- Het Ronald Mc Donald huis of familiehuis moet verbonden zijn aan het (academisch) ziekenhuis waarin het kind is opgenomen.
- De opnamekosten moeten voor rekening komen van de standaardverzekering.

Snurkbeugel**Vergoeding:**

Eenmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,- van de techniekkosten voor een snurkbeugel.

Voorwaarden:

- Indien de verzekerde geen recht heeft op vergoeding van de snurkbeugel ten laste van de standaardverzekering (snurken in combinatie met een door medisch-specialistisch onderzoek bewezen slaapapnoe syndroom).
- De snurkbeugel dient geplaatst te worden door een tandarts. De kosten van het onderzoek, plaatsen en de nazorg door de tandarts worden conform de voorwaarden van de afgesloten tandheelkundige verzekering vergoed.

Sterilisatie**Vergoeding:**

100% van de kosten tot een maximum van € 1.200,- van een sterilisatie voor zowel vrouwelijke als mannelijke verzekerden. De kosten omvatten die van het ziekenhuis en de medisch specialist.

Voorwaarden:

- De behandeling dient in een erkend ziekenhuis in Nederland plaats te vinden.
- Hersteloperaties komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Ziekenvervoer**Vergoeding:**

Een vergoeding van € 98,- per kalenderjaar en een dagvergoeding van € 2,50 voor de dag waarop vervoer plaatsvindt.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak op ziekenvervoer bestaan uit de standaardverzekering.
- De verzekerde dient gebruik te hebben gemaakt van openbaar vervoer en/of eigen vervoer.
- De kosten van dit vervoer bedragen € 98,- of meer per kalenderjaar vanaf de eerste reisdag voor de verzekerde en zijn/haar partner tezamen.
- De dagvergoeding van € 2,50 wordt pas gegeven nadat de vergoeding van € 98,- is bereikt.

Aanvullende Verzekering Uitgebreid

Alternatieve geneeswijzen

Consulten en behandelingen

Vergoeding:

Maximaal € 50,- per consult tot een maximum van € 400,- per kalenderjaar voor consulten en behandelingen van:

- consulten van alternatieve artsen;
- consulten van alternatieve therapeuten;

Voorwaarden:

De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op www.aevitae.com.

Homeopathische geneesmiddelen

Vergoeding:

100% van de kosten van de door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geregistreerde homeopathische geneesmiddelen tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de eigen huisarts, een arts die is ingeschreven bij de Vereniging voor Homeopathische Artsen in Nederland (V.H.A.N.), een klassiek homeopaat die is opgenomen in het Register van Klassiek Homeopaten van de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (N.O.V.K) of een klassiek homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.).
- Ze moeten geleverd zijn door een apotheek, door de eigen apotheekhoudende huisarts, door een klassiek homeopaat die is opgenomen in het Register van Klassiek Homeopaten van de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (N.O.V.K) of door een klassiek homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.).
- Bij de nota moet (een kopie van) het voorschrift worden gevoegd.
- Homeopathische geneesmiddelen voor uitwendig gebruik (zoals smeersels, neus- oor- en oogdruppels, sprays) worden niet vergoed.

Therapieën

Acnébehandeling

Vergoeding:

100% tot maximaal € 230,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De behandelingen moeten gegeven zijn door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor acnébehandeling aanwezig is.

Camouflagetherapie

Vergoeding:

100% van de lessen en de te gebruiken producten, tot een maximum van € 230,- per kalenderjaar voor lessen en producten samen.

Voorwaarden:

- De lessen moeten gegeven zijn door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts, plastisch chirurg of dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor camouflagetherapie aanwezig is.

Sexuologie

Vergoeding:

Maximaal € 75,- per behandeling tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Onder deze behandelingen vallen ook relatie- en partnertherapie.
- Er is een verwijzing nodig door de huisarts.
- Behandelingen sexologie dienen uitgevoerd te zijn door een sexuoloog die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Sexuologie (N.V.V.S.).

Fysiotherapie, Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Deze dekking geldt niet voor verzekerden die deelnemen aan een collectiviteit en zich verzekerd hebben voor de Zorgverzuimmodule. Voor deze verzekerden geldt de dekking van de Zorgverzuimmodule.

Omschrijving:

Zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, waarbij inbegrepen oedeemtherapie.

Door:

(Kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut, die beschikt over een diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie van de Hogeschool Utrecht of de Hogeschool Eindhoven.

VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft voor fysiotherapie speciale afspraken gemaakt met ketens van fysiotherapie-praktijken. Dit zijn de voorkeursaanbieders van VGZ Zorgverzekeraar N.V. Naast de gewone behandelingen bieden zij ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen.

Vergoeding:

Ten hoogste € 700,- per kalenderjaar.

- Als de zorgverlener geen overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding voor een Consult Direct Toegang Fysiotherapie (DTF) € 10,- voor het eerste consult. De maximale vergoeding bedraagt € 20,- voor één behandeling per dag.

Bijzonderheden:

- 1 Er is een verwijzing nodig door de (huis) arts behalve als de behandeling volgt op een Consult Directe Toegang Fysiotherapie (DTF) bij een fysiotherapeut die daar voor een overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten;
- 2 Voor behandelingen op grond van een chronische medische indicatie is voorafgaande schriftelijke toestemming (machtiging) van ons vereist;
- 3 Voor behandeling op grond van een niet chronische medische indicatie is voor de eerste éénentwintig behandelingen (standaardverzekering en aanvullende verzekering samen) een voorafgaande toestemming van Aevitae niet nodig. Voor behandelingen daarna moet er een verwijzing van een arts zijn en/of behandelplan dat voldoet aan de richtlijnen van het KNGF. Verzekerde of zorgverlener is verplicht de verwijzing of het behandelplan binnen 10 dagen aan te leveren als wij daarom vragen.
- 4 De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen ten laste van de standaardverzekering;
- 5 Een overzicht van de door VGZ Zorgverzekeraar N.V. gecontracteerde zorgaanbieders en de voorkeursaanbieders is te raadplegen via www.aevitae.com of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 0900-369 33 33.

Iontoforese-apparaat (overmatig zweten)**Vergoeding:**

De aanschaf van een iontoforese-apparaat tot maximaal € 360,- éénmalig.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden met een overmatige zweetproductie.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de behandelend dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor het gebruik van een iontoforese-apparaat aanwezig is. Bovendien dient uit de verwijzing te blijken dat de proefbehandelingen bij de verzekerde aantoonbare resultaten heeft opgeleverd.

Lichtlamp**Vergoeding:**

De aanschaf van een lichtlamp tot maximaal € 175,- éénmalig.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden met ernstige lichtdermatose.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de specialist te zijn, die de begeleiding geeft bij de lichttherapie, waaruit duidelijk

blijkt dat er een medische indicatie is voor het gebruik van een lichtlamp.

Ontharen

Vergoeding:

Elektrische epilatie, behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur:
100% tot maximaal € 350,- éénmalig.

Voorwaarden:

- De vergoeding is ongeacht de techniek van het ontharen.
- De vergoeding is voor vrouwelijke verzekerden met ernstige haargroei in het gelaat.
- De behandelserie kan maximaal twaalf maanden duren.

Elektrische epilatie

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor ontharen aanwezig is.
- Elektrische epilatie dient gegeven te worden door een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen, door een huidtherapeut, of een instelling.
- Behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur:
Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of de specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor ontharen met behulp van een laser of lichtflitsapparatuur aanwezig is.
- Behandelingen met een laser of lichtflitsapparaat dienen gegeven te worden door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), of een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen en het diploma ontharen door middel van laser- of lichtflits therapie, of een medisch specialist.

Orthopedagogie

Vergoeding:

Maximaal € 75,- per consult voor diagnostiek en behandeling tot een maximum van € 675,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De behandeling is voor verzekerden t/m 17 jaar.
- Er is een verwijzing nodig door de huisarts of kinderarts.
- De behandeling moet gegeven zijn door een vrijgevestigde orthopedagoog met de beroepsbekwaamheidsregistratie (BBR) 'Diagnostiek' of in het bezit van de registratie Orthopedagoog- Generalist, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (N.V.O.).

Overgangsconsulente

Vergoeding:

100% van de kosten van consulten tot maximaal € 150,- éénmalig.

Voorwaarde:

De behandeling moet gegeven zijn door een vrijgevestigd overgangsconsulente die is aangesloten bij de vereniging Care for Women of bij de overgangspraktijk Women's Life.

Podotherapie

Vergoeding:

100% van de kosten voor consulten tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de behandelend medisch specialist of eigen huisarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor podotherapie aanwezig is.
- De behandeling moet gegeven zijn door een podotherapeut die erkend is door de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (N.V.V.P.), door een podoloog die bij het Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie is geregistreerd als Register-Podoloog of een pedicure die is opgenomen in het register van ProCERT met de aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet'.

Psoriasisbehandeling

Vergoeding:

100% van de kosten van behandelingen tot een maximum van € 1.350,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Er dient een schriftelijke verwijzing van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor psoriasisbehandeling aanwezig is.

De behandeling moet gegeven zijn in een van de psoriasisbehandelingscentra te Ede, Utrecht, Rotterdam, Rhoon, of door Skin Therapy te Schagen of in een centrum dat verbonden is aan een ziekenhuis in Nederland.

Stottertherapie**Vergoeding:**

Maximaal € 455,- éénmalig.

Voorwaarden:

- Vergoed wordt stottertherapie volgens de methode Del Ferro of via het instituut Natuurlijk Spreken te Winterswijk.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor stottertherapie aanwezig is.
- De behandelserie kan maximaal twaalf maanden duren.

Therapeutisch kamp**Vergoeding:**

100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 100,- per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- De vergoeding is voor verzekerden tot en met 17 jaar met astma, diabetes, kanker, psoriasis, reumatoïde arthritis of cystic fibrose.

Therapeutisch zwemmen**Vergoeding:**

100% tot een maximum van € 95,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De verzekerde met reumatoïde arthritis, fibromyalgie, Bechterew of hartproblemen moet lid zijn van een plaatselijke of regionale vereniging voor reuma-, Bechterew- of hartpatiënten.
- Er dient sprake te zijn van therapeutisch zwemmen in groepsverband.
- Het therapeutisch zwemmen moet georganiseerd zijn door een plaatselijke of regionale vereniging van reuma-, Bechterew- of hartpatiënten.

Hulpmiddelen

Bekkenbandages**Vergoeding:**

100% van de aanschafkosten tot maximaal € 25,-.

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een behandeling wegens een bekkenpijnsyndroom (bekkeninstabiliteit) tijdens en/of aansluitend aan de zwangerschap.

Steunzolen**Vergoeding:**

De kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar tot maximaal € 70,-.

Voorwaarden:

- Er dient een schriftelijk advies te worden overgelegd van een Steunzolen gecertificeerd therapeut waarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. een overeenkomst heeft gesloten voor behandeling van verzekerden met bekkenpijnsyndroom.

Brillenglazen en contactlenzen**Vergoeding:**

Maximaal € 60,- per drie kalenderjaren voor brillenglazen of lenzen bij enkelfocus of maximaal € 100,- per drie kalenderjaren voor brillenglazen of lenzen bij dubbelfocus.

Indien binnen de gestelde vergoedingsperiode de sterkte van de brillenglazen of lenzen door een operatie een grote wijziging teweeg heeft gebracht, kan bovenvermelde vergoeding tussentijds worden toegekend.

Gebitsprothesen

Vergoeding:

De wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 140,- voor een volledige onder-of bovenprothese en maximaal € 280,- voor een volledige onder- en bovenprothese.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak zijn op een gebitsprothese uit de standaardverzekering.
- De kosten met betrekking tot luxe voorzieningen en extra infrastructuur blijven voor eigen rekening.
- De behandeling dient te geschieden door een in Nederland gevestigde tandarts-algemeen practicus die is ingeschreven als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG of een tandprotheticus die staat ingeschreven in het register van tandprothetici.
- Indien het een reparatie van een gebitsprothese betreft, mag de reparatie ook worden uitgevoerd door een tandtechnicus. De tandtechnicus dient de Instituut Vakopleiding Tandtechniek (IVT) of ROC ASA SBBO succesvol te hebben afgerond. Vergoeding vindt plaats conform de landelijk vastgestelde techniekkosten voor tandtechnici.

Inhalator voorzetstukken (zoals aerochamber, neбуhaler)

Vergoeding:

100% tot een maximum van € 28,50 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Het inhalator voorzetstuk moet voorgeschreven zijn door de huisarts of specialist.
- Het moet geleverd zijn door een apotheek of door de eigen apotheekhoudend huisarts.

Plaswekkers

Vergoeding:

Een plaswekker in eigendom, of de kosten tot maximaal € 85,- voor de huur van een plaswekker voor een periode van maximaal 2,5 maand, éénmalig.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden van 5 jaar en ouder.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de huisarts of kinderarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor een plaswekker aanwezig is.
- Wij geven de leverancier, die een overeenkomst heeft voor de levering en de verhuur van plaswekkers, opdracht voor levering. De leverancier rekent de kosten rechtstreeks met ons af.

Pruiken

Vergoeding:

De vergoeding voor een pruik vanuit uw standaardverzekering is gemaximeerd. Het verschil tussen de aanschafprijs en de maximale vergoeding is uw eigen bijdrage. Uw aanvullende verzekering geeft een vergoeding van die eigen bijdrage tot maximaal € 280,-.

Voorwaarde:

- Er moet aanspraak zijn op verstrekking van een pruik uit de standaardverzekering.

Steunpessaria

Vergoeding:

De kosten van één steunpessarium per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- Het steunpessarium moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

Steunzolen

Vergoeding:

De kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar tot maximaal € 70,-.

Voorwaarde:

- De steunzolen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

Verpleegartikelen

Vergoeding:

100% van de huur tot maximaal € 70,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Voor vergoeding van de huurkosten komen in aanmerking: een elektrische borstkolf, een babyweegschaal, een lichtapparaat (Bright Light), een hometrainer en een teletrimmer.
- Er mag geen aanspraak bestaan op vergoeding of gratis gebruik op grond van (wettelijke) regelingen.
- De verpleegartikelen moeten gehuurd zijn van een thuiszorgorganisatie.

Buitenland

Geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland (werelddekking)

Vergoeding:

Geneeskundige kosten Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfslaan.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Geneeskundige kosten overige landen:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfslaan tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis tot maximaal 200% van de Nederlandse tarieven.

Kosten hulpverlening:

- medisch noodzakelijke repatriëring door of in opdracht van de Alarmcentrale, anders dan met openbaar of eigen vervoer.
- vervoer van het stoffelijk overschot door of in opdracht van de Alarmcentrale.
- bemiddeling bij het overmaken van benodigd geld.
- het overbrengen van berichten door de Alarmcentrale.
- het organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen.
- de kosten van telefoon, telegrammen etc. om contact op te nemen met de Alarmcentrale.

Voorwaarden:

- De verzekerde moet voor de dekking van geneeskundige hulp een standaardverzekering hebben afgesloten.
 - Het verblijf in het buitenland mag niet langer dan zes maanden duren.
 - De hulp moet een spoedeisend karakter hebben. De verzekerde mag niet vooraf de bedoeling gehad hebben hulp te vragen aan een buitenlandse arts of andere zorgaanbieder. Bij de aanvang van de reis mag niet te voorzien zijn geweest dat de verzekerde een beroep zou moeten doen op geneeskundige hulp.
 - Niet vergoed wordt hulp die verband houdt met wedstrijd- en gevaarlijke sporten.
 - Niet vergoed worden kosten die veroorzaakt zijn door omstandigheden in verband waarmee een negatief reisadvies is gegeven.
 - Bij ziekenhuisopname en voor de organisatie van de hulpverlening moet onmiddellijk de hulp zijn ingeroepen van de Alarmcentrale. Telefoonnummer: +31 20 592 9229 voorafgegaan door het internationale toegangsnummer ter plaatse. Vanuit Nederland is het nummer van de Alarmcentrale: (020) 592 92 29.
- Indien u medische kosten voor spoedeisende hulp in het buitenland declareert, dient u het schadeformulier medische kosten buitenland in te vullen en te ondertekenen.

Preventie buitenlandse vakantiereizen

Vergoeding:

100% tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven voor het toedienen van de geadviseerde vaccins (consult arts), de vaccins en de te gebruiken medicijnen.
- De vaccinaties moeten gedaan zijn door een medisch specialist, GGD-arts of (huis)arts.
- De medicijnen moeten voorgeschreven zijn door een arts.

Kuurreizen

Kuurreis Dode Zee te Israel

Vergoeding:

Maximaal € 750,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door of in opdracht van een patiëntenorganisatie.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde lijdt aan ernstig chronisch eczeem over het hele lichaam en dat alleen van de kuurreis redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- Voorafgaand aan de kuurreis dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Buitenlandse kuurreis reumatoïde arthritis- en Bechterewpatiënten

Vergoeding:

Maximaal € 750,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door of in opdracht van een patiëntenorganisatie.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van een arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde chronische reumatoïde arthritis of Bechterew heeft en daardoor in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren.
- Voorafgaand aan de kuurreis dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Kuren te Nieuweschan, Arcen of Skin Therapy te Schagen

Vergoeding:

Maximaal € 500,- per kalenderjaar.

De vergoeding is voor verzekerden met psoriasis, chronische reumatoïde arthritis of Bechterew.

Voorwaarden:

- Bij psoriasis dient er een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat alleen van een kuurbehandeling in Nieuweschan, Arcen of Skin Therapy te Schagen redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- Bij chronische reumatoïde arthritis en Bechterew dient er een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde als gevolg van zijn ziekte in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren. Voorafgaand aan het kuren dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Preventie

Preventief onderzoek

Integrale gezondheidstest waarbij vastgesteld wordt: cholesterol en bloedvetten, glucose, buikomtrek, BMI, vetpercentage, longinhoud en bloeddruk, gevolgd door advisering.

Vergoeding:

Maximaal € 25,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De nota dient gespecificeerd te zijn.

Cursussen**Vergoeding:**

Maximaal € 46,- per kalenderjaar voor preventieve cursussen.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus is afgerond.
- De cursus moet georganiseerd zijn door een kruisorganisatie, thuiszorgorganisatie of door de Reuma Patientebond. Uw eigen thuiszorg- of kruisorganisatie geeft kortingen op de cursussen. De hoogte daarvan kan verschillen.

Stoppen met roken**Vergoeding:**

Maximaal € 100,- per kalenderjaar voor de cursus Stoppen met roken georganiseerd door de thuiszorgorganisatie, voor de cursus volgens Allen Carr of via de stichting Make it Easy of voor de laserbehandeling door een lid aangesloten bij de organisatie Prostop of bij de organisatie Lasercentra N.O. Nederland.

Voorwaarde:

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus of laserbehandeling is afgerond.

Sportadviezen**Vergoeding:**

100% van de kosten van sportmedische adviezen, behalve licentiekeuringen, in een sportmedisch adviescentrum tot een maximum van € 100,- per kalenderjaar.

Voorwaarde:

Het sportmedisch adviescentrum moet erkend zijn door de Federatie van Sportmedische Instellingen.

Voeding- en dieetadvisering

Uw standaardverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor voeding- en dieetadvisering. Deze is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op onderstaande vergoeding.

Vergoeding:

100% van de kosten voor maximaal twee uur voeding- en dieetadvisering per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Er is een verwijzing nodig door de behandelend (huis)arts.
- De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht meer bestaat op behandelingen ten laste van de standaardverzekering.
- Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt dat er sprake dient te zijn van een indicatie met het niveau 3 of 4 (bv. diabetes, CVA, voedselallergie) conform de indicatielijst van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).
- Voor verzekerden tot en met 17 jaar geldt voorgaande voorwaarde niet.
- De dieetadvisering moet gegeven zijn door een instelling of vrijgevestigd diëtist waarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. een overeenkomst heeft gesloten.

Bevalling/kraamzorg**Bevallingspakket****Vergoeding:**

Verstreking van een pakket met verpleegartikelen voor de bevalling.

Voorwaarden:

- Het bevallingspakket is voor vrouwelijke verzekerden.
- De verzekerde kan het pakket vanaf de 13e week van de zwangerschap aanvragen bij Aevitae Kraamzorg Service, tel. (079) 343 04 75.
- Het kraampakket wordt omstreeks de 28e zwangerschapsweek bij u thuis bezorgd.

Geboorte-uitkering

Vergoeding:
€ 70,- per kind.

Voorwaarde:

- Er bestaat alleen recht op de uitkering als het kind binnen zestig dagen na de geboorte bij ons als verzekerde wordt aangemeld.

Kraamzorg

Uw standaardverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor kraamzorg. Dit is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op onderstaande vergoedingen.

Vergoeding:

Maximaal negen uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, aansluitend aan de 10e dag na de bevalling, na verblijf in een ziekenhuis van de moeder en/of kind van zeven dagen of meer aansluitend op de bevalling.

Maximaal zes uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, na de 10e dag na de bevalling, als een kind binnen acht dagen na het verlaten van de couveuse uit het ziekenhuis wordt ontslagen.

Kraamzorg, eigen bijdrage

Vergoeding:
100% van de wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 175,-.

Voorwaarde:

- Er moet aanspraak op kraamzorg bestaan uit de standaardverzekering.

Poliklinische bevalling

Vergoeding:
50% van de wettelijke eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling.

Voorwaarde:

- Er dient sprake te zijn van een poliklinische bevalling op niet medische indicatie.

Diversen**Anticonceptiemiddelen**

Vergoeding:
Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. De vergoeding is volgens de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Circumcisie (besnijdenis) op niet medische indicatie

Vergoeding:
Maximaal € 225,- voor verzekerden tot en met 17 jaar.

Voorwaarde:

- De behandeling dient door een in Nederland gevestigd medisch specialist of in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland plaats te vinden.

Cursus Nederlandse Kankerbestrijding

Vergoeding:
Maximaal € 80,- voor de verzekerde en maximaal € 80,- voor zijn/haar partner.

Voorwaarde:

- De cursus moet georganiseerd zijn door de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF.

Herstellingsoord in Nederland

Vergoeding:
Maximaal € 75,- per dag tot een maximum van € 2.100,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven bij verblijf in een herstellingsoord dat niet door de AWBZ wordt gefinancierd en door VGZ Zorgverzekeraar N.V. is erkend.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat het verblijf in het herstellingsoord noodzakelijk is voor de behandeling.
- Voorafgaand aan het verblijf in een herstellingsoord dienen wij toestemming te hebben verleend.

Hospice**Vergoeding:**

Het verblijf in een hospice dat door VGZ Zorgverzekeraar N.V. is erkend zonder een eigen bijdrage.

Voorwaarde:

- De verzekerde dient een indicatie voor verblijf te hebben, ter beoordeling door het hospice.

Meerdaagse bootreizen of verblijf in vakantiehuis**Vergoeding:**

Maximaal € 105,- van de eigen bijdrage per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De indicatiestelling voor deelname aan de bootreis gebeurt door het Rode Kruis, de Zonnebloem of de Stichting Varende Recreatie.
- De indicatiestelling voor het verblijf in een vakantiehuis gebeurt door het Rode Kruis.

Personenalarmering**Vergoeding:**

De abonnementskosten van de aansluiting bij een instelling waarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. daarvoor een overeenkomst heeft afgesloten.

Voorwaarde:

- De verzekerde moet aanspraak hebben op verstrekking van de apparatuur uit de standaardverzekering. Wij betalen de abonnementskosten rechtstreeks aan de instelling waarmee een overeenkomst is afgesloten.

Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen**Vergoeding:**

€ 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven aan een van de ouders/verzorgers van het kind.
- Per periode van twaalf maanden worden de kosten van de eerste 21 dagen niet vergoed.
- Het kind dat bezocht wordt mag niet ouder zijn dan 17 jaar, moet de standaardverzekering bij ons hebben afgesloten, en in een instelling voor gezondheidszorg in Nederland verblijven. De verpleging in deze instelling moet ten laste komen van de standaardverzekering.
- De verzekerde heeft een bewijs nodig van de gemaakte reiskosten.

Ronald Mc Donald huizen/familiehuis**Vergoeding:**

100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 180,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven aan ouders/verzorgers van een ernstig ziek kind tot en met 17 jaar, dat is opgenomen in een (academisch) ziekenhuis.
- Het Ronald Mc Donald huis of familiehuis moet verbonden zijn aan het (academisch) ziekenhuis waarin het kind is opgenomen.
- De opnamekosten moeten voor rekening komen van de standaardverzekering.

Snurkbeugel**Vergoeding:**

Eenmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,- van de techniekkosten voor een snurkbeugel.

Voorwaarden:

- Indien de verzekerde geen recht heeft op vergoeding van de snurkbeugel ten laste van de standaardverzekering (snurken in combinatie met een door medisch-specialistisch onderzoek bewezen slaapapnoe syndroom).
- De snurkbeugel dient geplaatst te worden door een tandarts. De kosten van het onderzoek, plaatsen en de nazorg door de tandarts worden conform de voorwaarden van de afgesloten tandheelkundige verzekering vergoed.

Sterilisatie**Vergoeding:**

100% van de kosten tot een maximum van € 1.200,- van een sterilisatie voor zowel vrouwelijke als mannelijke verzekerden. De kosten omvatten die van het ziekenhuis en de medisch specialist.

Voorwaarden:

- De behandeling dient in een erkend ziekenhuis in Nederland plaats te vinden.
- Hersteloperaties komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vervangende mantelzorg**Vergoeding:**

Maximaal € 125,- per dag plus de reiskosten van de vervangende zorgverlener, voor maximaal vijftien dagen per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven voor vervangende zorg voor thuisverblijvenden die aangewezen zijn op mantelzorg wegens vakantie van de mantelzorger.
- De vervangende zorg moet verleend worden via de Stichting Mantelzorgvervanging Nederland (Handen-in-huis).
- Er dient een schriftelijke aanvraag van deze stichting te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de vervangende zorg noodzakelijk is.
- Voorafgaand aan de vervangende zorg dienen wij een schriftelijke toestemming te hebben verleend.
- Wij rekenen de vergoeding af met deze stichting.

Voedingsmiddelen**Vergoeding:**

Er wordt een vergoeding van € 15,- per kalendermaand gegeven voor de extra kosten van voedingsmiddelen aan verzekerden die lijden aan Coeliakie van de darm of Dermatitis herpetiformis (coeliakie van de huid).

Voorwaarde:

- Uit de verklaring van de behandelend medisch specialist dient duidelijk te blijken dat de verzekerde lijdt aan Coeliakie van de darm of Dermatitis herpetiformis (coeliakie van de huid). Bovendien dient uit de verwijzing te blijken dat de verzekerde aangewezen is op een glutenvrij dieet.

Ziekenvervoer**Vergoeding:**

Een vergoeding van € 98,- per kalenderjaar en een dagvergoeding van € 2,50 voor de dag waarop vervoer plaatsvindt.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak op ziekenvervoer bestaan uit de standaardverzekering.
- De verzekerde dient gebruik te hebben gemaakt van openbaar vervoer en/of eigen vervoer.
- De kosten van dit vervoer bedragen € 98,- of meer per kalenderjaar vanaf de eerste reisdag voor de verzekerde en zijn/haar partner tezamen.
- De dagvergoeding van € 2,50 wordt pas gegeven nadat de vergoeding van € 98,- is bereikt.

Aanvullende Verzekering Totaal

Alternatieve geneeswijzen

Consulten en behandelingen

Vergoeding:

100% van de kosten tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar voor consulten en behandelingen van:

- consulten van alternatieve artsen;
- consulten van alternatieve therapeuten;

Voorwaarden:

- De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op www.aevitae.com.

Homeopathische geneesmiddelen

Vergoeding:

100% van de kosten van de door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geregistreerde homeopathische geneesmiddelen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de eigen huisarts, een arts die is ingeschreven bij de Vereniging voor Homeopathische Artsen in Nederland (V.H.A.N.), een klassiek homeopaat die is opgenomen in het Register van Klassiek Homeopaten van de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (N.O.V.K) of een klassiek homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.).
- Ze moeten geleverd zijn door een apotheek, door de eigen apotheekhoudende huisarts, door een klassiek homeopaat die is opgenomen in het Register van Klassiek Homeopaten van de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (N.O.V.K) of door een klassiek homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.).
- Bij de nota moet (een kopie van) het voorschrift worden gevoegd.
- Homeopathische geneesmiddelen voor uitwendig gebruik (zoals smeersels, neus- oor- en oogdruppels, sprays) worden niet vergoed.

Therapieën

Acnébehandeling

Vergoeding:

100% tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De behandelingen moeten gegeven zijn door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor acnébehandeling aanwezig is.

Camouflagetherapie

Vergoeding:

100% van de kosten van de lessen en de te gebruiken producten tot maximaal € 500,-.

Voorwaarden:

- De lessen moeten gegeven zijn door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts, plastisch chirurg of dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor camouflagetherapie aanwezig is.

Sexuologie

Vergoeding:

Maximaal € 75,- per behandeling tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Onder deze behandelingen vallen ook relatie- en partnertherapie.
- Er is een verwijzing nodig door de huisarts.
- Behandelingen sexuologie dienen uitgevoerd te zijn door een sexuoloog die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Sexuologie (N.V.V.S.).

Fysiotherapie, Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Deze dekking geldt niet voor verzekerden die deelnemen aan een collectiviteit en zich verzekerd hebben voor de Zorgverzuimmodule. Voor deze verzekerden geldt de dekking van de ZorgVerzuimmodule.

Omschrijving:

Zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, waarbij inbegrepen oedeemtherapie.

Door:

(Kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut, die beschikt over een diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie van de Hogeschool Utrecht of de Hogeschool Eindhoven.

VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft voor fysiotherapie speciale afspraken gemaakt met ketens van fysiotherapiepraktijken. Dit zijn de voorkeursaanbieders van VGZ Zorgverzekeraar N.V.

Naast de gewone behandelingen bieden zij ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen.

Vergoeding:

Ten hoogste € 1.000,- per kalenderjaar.

- Als de zorgverlener geen overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding voor een Consult Direct Toegang Fysiotherapie (DTF) € 15,- voor het eerste consult.

De maximale vergoeding bedraagt € 30,- voor een behandeling per dag.

Bijzonderheden:

- 1 Er is een verwijzing nodig door de (huis) arts behalve als de behandeling volgt op een Consult Directe Toegang Fysiotherapie (DTF) bij een fysiotherapeut die daarvoor een overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten;
- 2 Voor behandelingen op grond van een chronische medische indicatie is voorafgaande schriftelijke toestemming (machtiging) van ons vereist;
- 3 Voor behandeling op grond van een niet chronische medische indicatie is voor de eerste éénentwintig behandelingen (standaardverzekering en aanvullende verzekering samen) een voorafgaande toestemming van Aevitae niet nodig.
- 4 Voor behandelingen daarna moet er een verwijzing van een arts zijn en/of behandelplan dat voldoet aan de richtlijnen van het KNGF. Verzekerde of zorgverlener is verplicht de verwijzing of het behandelplan binnen 10 dagen aan te leveren als wij daar om vragen.
- 5 De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen ten laste van de standaardverzekering;
- 6 Een overzicht van de door VGZ Zorgverzekeraar N.V. gecontracteerde zorgaanbieders en de voorkeursaanbieders is te raadplegen via www.aevitae.com of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 0900-369 33 33.

Iontoforese-apparaat (overmatig zweten)**Vergoeding:**

De aanschaf van een iontoforese-apparaat tot maximaal € 360,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden met een overmatige zweetproductie.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de behandelend dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor het gebruik van een iontoforese-apparaat aanwezig is. Bovendien dient uit de verwijzing te blijken dat de proefbehandelingen bij de verzekerde aantoonbare resultaten heeft opgeleverd.

Lichtlamp**Vergoeding:**

De aanschaf van een lichtlamp tot maximaal € 175,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden met ernstige lichtdermatose.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de specialist te zijn, die de begeleiding geeft bij de lichttherapie, waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie is voor het gebruik van een lichtlamp.

Ontharen**Vergoeding:**

Elektrische epilatie, behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur:

100% maximaal € 500,- éénmalig.

Voorwaarden:

- De vergoeding is ongeacht de techniek van het ontharen.
- De vergoeding is voor vrouwelijke verzekerden met ernstige haargroei in het gelaat.
- De behandelserie kan maximaal twaalf maanden duren.

Elektrische epilatie:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor ontharen aanwezig is.
- Elektrische epilatie dient gegeven te worden door een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen, door een huidtherapeut, of een instelling.

Behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of de specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor ontharen met behulp van een laser of lichtflitsapparatuur aanwezig is.
- Behandelingen met een laser of lichtflitsapparaat dienen gegeven te worden door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), of een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen en het diploma ontharen door middel van laser- of lichtflits therapie, of een medisch specialist.

Orthopedagogie**Vergoeding:**

100 % van de kosten van een consult voor diagnostiek en behandeling tot een maximum van € 1.000,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De behandeling is voor verzekerden tot en met 17 jaar.
- Er is een verwijzing nodig door de huisarts of kinderarts.
- De behandeling moet gegeven zijn door een vrijgevestigde orthopedagoog met de beroepsbekwaamheidsregistratie (BBR) 'Diagnostiek' of in het bezit van de registratie Orthopedagoog- Generalist, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (N.V.O.).

Overgangsconsulente**Vergoeding:**

100% van de kosten van consulten tot maximaal € 250,- éénmalig.

Voorwaarde:

- De behandeling moet gegeven zijn door een vrijgevestigd overgangsconsulente die is aangesloten bij de vereniging Care for Women of bij de overgangspraktijk Women's Life.

Podotherapie**Vergoeding:**

100% van de kosten voor consulten tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de behandelend medisch specialist of eigen huisarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor podotherapie aanwezig is.
- De behandeling moet gegeven zijn door een podotherapeut die erkend is door de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten, door een podoloog die bij het Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie is geregistreerd als Register-Podoloog of een pedicure die is opgenomen in het register van ProCERT met de aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet'.

Psoriasisbehandeling

Vergoeding:

100% van de kosten van behandelingen tot een maximum van € 1.800,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor psoriasisbehandeling aanwezig is.
- De behandeling moet gegeven zijn in een van de psoriasisbehandelingscentra te Ede, Utrecht, Rotterdam, Rhon, of door Skin Therapy te Schagen of in een centrum dat verbonden is aan een ziekenhuis in Nederland.

Stottertherapie

Vergoeding:

Maximaal € 600,- éénmalig.

Voorwaarden:

- Vergoed wordt stottertherapie volgens de methode Del Ferro of via het instituut Natuurlijk Spreken te Winterswijk.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor stottertherapie aanwezig is.

Therapeutisch kamp

Vergoeding:

100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- De vergoeding is voor verzekerden tot en met 17 jaar met astma, diabetes, kanker, psoriasis, reumatoïde arthritis of cystic fibrose.

Therapeutisch zwemmen

Vergoeding:

100% tot een maximum van € 125,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De verzekerde met reumatoïde arthritis, fibromyalgie, Bechterew of hartproblemen moet lid zijn van een plaatselijke of regionale vereniging voor reuma-, Bechterew- of hartpatiënten.
- Er dient sprake te zijn van therapeutisch zwemmen in groepsverband.
- Het therapeutisch zwemmen moet georganiseerd zijn door een plaatselijke of regionale vereniging van reuma-, Bechterew- of hartpatiënten.

Hulpmiddelen

Bekkenbandages

Vergoeding:

100% van de aanschafkosten tot maximaal € 50,- per zwangerschap.

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een behandeling wegens een bekkenpijnsyndroom (bekkeninstabiliteit) tijdens en/of aansluitend aan de zwangerschap.
- Er dient een schriftelijk advies te worden overgelegd van een gecertificeerd therapeut waarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. een overeenkomst heeft gesloten voor behandeling van verzekerden met bekkenpijnsyndroom.

Brillenglazen en contactlenzen

Vergoeding:

Maximaal € 180,- per twee kalenderjaren voor brillenglazen of lenzen bij enkelfocus of maximaal € 300,- per twee kalenderjaren voor brillenglazen of lenzen bij dubbelfocus.

Indien binnen de gestelde vergoedingsperiode de sterkte van de brillenglazen of lenzen door een operatie een grote wijziging teweeg heeft gebracht, kan bovenvermelde vergoeding tussentijds worden toegekend.

Gebitsprothesen

Vergoeding:

100 % van de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor een volledige onder- en/of bovenprothese.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak zijn op een gebitsprothese uit de standaardverzekering.
- De kosten met betrekking tot luxe voorzieningen en extra infrastructuur blijven voor eigen rekening.
- De behandeling dient te geschieden door een in Nederland gevestigde tandarts-algemeen practicus die is ingeschreven als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG of een tandprotheticus die staat ingeschreven in het register van tandprothetici.
- Indien het een reparatie van een gebitsprothese betreft, mag de reparatie ook worden uitgevoerd door een tandtechnicus. De tandtechnicus dient de Instituut Vakopleiding Tandtechniek (IVT) of ROC ASA SBBO succesvol te hebben afgerond. Vergoeding vindt plaats conform de landelijk vastgestelde techniekkosten voor tandtechnici.

Inhalator voorzetstukken (zoals aerochamber, neбуhaler)

Vergoeding:

100% tot een maximum van € 28,50 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Het inhalator voorzetstuk moet voorgeschreven zijn door de huisarts of specialist.
- Het moet geleverd zijn door een apotheek of door de eigen apotheekhoudend huisarts.

Plaswekkers

Vergoeding:

Een plaswekker in eigendom, of de kosten tot maximaal € 85,- voor de huur van een plaswekker voor een periode van maximaal 2,5 maand, éénmalig.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden van 5 jaar en ouder.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de huisarts of kinderarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor een plaswekker aanwezig is.
- Wij geven de leverancier, die een overeenkomst heeft voor de levering en de verhuur van plaswekkers, opdracht voor levering. De leverancier rekent de kosten rechtstreeks met ons af.

Pruiken

Vergoeding:

De vergoeding voor een pruik vanuit uw standaardverzekering is gemaximeerd. Het verschil tussen de aanschafprijs en de maximale vergoeding is uw eigen bijdrage. Uw aanvullende verzekering geeft een vergoeding van die eigen bijdrage tot maximaal € 560,-.

Voorwaarde:

- Er moet aanspraak zijn op verstrekking van een pruik uit de standaardverzekering.

Steunpessaria

Vergoeding:

De kosten van één steunpessarium per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- Het steunpessarium moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

Steunzolen

Vergoeding:

De kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar tot maximaal € 100,-.

Voorwaarde:

- De steunzolen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

Verpleegartikelen

Vergoeding:

100% van de huur tot maximaal € 100,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Voor vergoeding van de huurkosten komen in aanmerking: een elektrische borstkolf, een babyweegschaal, een lichtapparaat (Bright Light), een hometrainer en een teletrimmer.
- Er mag geen aanspraak bestaan op vergoeding of gratis gebruik op grond van (wettelijke) regelingen.
- De verpleegartikelen moeten gehuurd zijn van een thuiszorgorganisatie.

Plastische chirurgie

Correcties oorstand**Vergoeding:**

100% van de kosten tot maximaal € 1.000,- éénmalig.

Voorwaarde:

De vergoeding is voor verzekerden t/m 12 jaar.

Er dient een schriftelijke aanvraag van de behandelend medisch specialist te zijn.

Voorafgaand aan de behandeling moeten wij schriftelijk toestemming hebben verleend.

De behandeling dient uitgevoerd te worden door een medisch specialist.

Buitenland

Geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland (werelddekking)**Vergoeding:**

Geneeskundige kosten Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Geneeskundige kosten overige landen:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist tot maximaal 400% van de Nederlandse tarieven.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse tot maximaal 400% van de Nederlandse tarieven.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland tot maximaal 400% van de Nederlandse tarieven.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis tot maximaal 400% van de Nederlandse tarieven.

Kosten hulpverlening:

- medisch noodzakelijke repatriëring door of in opdracht van de Alarmcentrale, anders dan met openbaar of eigen vervoer.
- vervoer van het stoffelijk overschot door of in opdracht van de Alarmcentrale.
- bemiddeling bij het overmaken van benodigd geld.
- het overbrengen van berichten door de Alarmcentrale.
- het organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen.
- de kosten van telefoon, telegrammen etc. om contact op te nemen met de Alarmcentrale.

Voorwaarden:

- De verzekerde moet voor de dekking van geneeskundige hulp een standaardverzekering hebben afgesloten.
- Het verblijf in het buitenland mag niet langer dan zes maanden duren.
- De hulp moet een spoedeisend karakter hebben. De verzekerde mag niet vooraf de bedoeling gehad hebben hulp te vragen aan een buitenlandse arts of andere zorgaanbieder. Bij de aanvang van de reis mag niet te voorzien zijn geweest dat de verzekerde een beroep zou moeten doen op geneeskundige hulp.
- Niet vergoed wordt hulp die verband houdt met wedstrijd- en gevaarlijke sporten.
- Niet vergoed worden kosten die veroorzaakt zijn door omstandigheden in verband waarmee een negatief reisadvies is gegeven.
- Bij ziekenhuisopname en voor de organisatie van de hulpverlening moet onmiddellijk de hulp zijn ingeroepen van de Alarmcentrale. Telefoonnummer: +31 20 592 9229 voorafgegaan door het internationale toegangsnummer ter plaatse. Vanuit Nederland is het nummer van de Alarmcentrale: (020) 592 9229.

Indien u medische kosten voor spoedeisende hulp in het buitenland declareert, dient u het schadeformulier medische kosten buitenland in te vullen en te ondertekenen.

Preventie buitenlandse vakantiereizen

Vergoeding:

100% van de kosten.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven voor het toedienen van de geadviseerde vaccins (consult arts), de vaccins en de te gebruiken medicijnen.
- De vaccinaties moeten gedaan zijn door een medisch specialist, GGD-arts of (huis)arts.
- De medicijnen moeten voorgeschreven zijn door een arts.

Kuurreizen

Kuurreis Dode Zee te Israël

Vergoeding:

Maximaal € 1000,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door of in opdracht van een patiëntenorganisatie.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde lijdt aan ernstig chronisch eczeem over het hele lichaam en dat alleen van de kuurreis redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- Voorafgaand aan de kuurreis dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Buitenlandse kuurreis reumatoïde arthritis- en Bechterewpatiënten

Vergoeding:

Maximaal € 1000,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door of in opdracht van een patiëntenorganisatie.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van een arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde chronische reumatoïde arthritis of Bechterew heeft en daardoor in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren.
- Voorafgaand aan de kuurreis dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Kuren te Nieuweschan, Arcen of Skin Therapy te Schagen

Vergoeding:

Maximaal € 750,- per kalenderjaar.

De vergoeding is voor verzekerden met psoriasis, chronische reumatoïde arthritis of Bechterew.

Voorwaarden:

- Bij psoriasis dient er een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat alleen van een kuurbehandeling in Nieuweschan, Arcen of Skin Therapy te Schagen redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- Bij chronische reumatoïde arthritis en Bechterew dient er een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde als gevolg van zijn ziekte in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren. Voorafgaand aan het kuren dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Preventie

Preventief onderzoek

Integrale gezondheidstest waarbij vastgesteld wordt: cholesterol en bloedvetten, glucose, buikomtrek, BMI, vetpercentage, longinhoud en bloeddruk, gevolgd door advisering.

Vergoeding:

Maximaal € 50,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De nota dient gespecificeerd te zijn.

Cursussen**Vergoeding:**

Maximaal € 75,- per kalenderjaar voor preventieve cursussen.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus is afgerond.
- De cursus moet georganiseerd zijn door een kruisorganisatie, thuiszorgorganisatie of door de Reuma Patientebond. Uw eigen thuiszorg- of kruisorganisatie geeft kortingen op de cursussen. De hoogte daarvan kan verschillen.

Stoppen met roken**Vergoeding:**

Maximaal € 150,- per kalenderjaar voor de cursus Stoppen met roken georganiseerd door de thuiszorgorganisatie, voor de cursus volgens Allen Carr of via de stichting Make it Easy of voor de laserbehandeling door een lid aangesloten bij de organisatie Prostop of bij de organisatie Lasercentra N.O. Nederland.

Voorwaarde:

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus of laserbehandeling is afgerond.

Sportadviezen**Vergoeding:**

100% van de kosten van sportmedische adviezen, behalve licentiekeuringen, in een sportmedisch adviescentrum tot een maximum van € 250,- per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- Het sportmedisch adviescentrum moet erkend zijn door de Federatie van Sportmedische Instellingen.

Voeding- en dieetadvisering

Uw standaardverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor voeding- en dieetadvisering. Deze is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op onderstaande vergoedingen.

Vergoeding:

100% van de kosten tot maximaal 3 uur voeding- en dieetadvisering per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Er is een verwijzing nodig van de behandelend (huis)arts.
- De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht meer bestaat op behandelingen ten laste van de standaardverzekering.
- Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt dat er sprake dient te zijn van een indicatie met het niveau 3 of 4 (bv. diabetes, CVA, voedselallergie) conform de indicatielijst van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).
- Voor verzekerden tot en met 17 jaar geldt voorgaande voorwaarde niet.
- De dieetadvisering moet gegeven zijn door een instelling of vrijgevestigd diëtist waarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. een overeenkomst heeft gesloten.

Bevalling/kraamzorg

Bevallingspakket.

Vergoeding:

Verstrekking van een pakket met verpleegartikelen voor de bevalling.

Voorwaarden:

- Het bevallingspakket is voor vrouwelijke verzekerden.
- De verzekerde kan het pakket vanaf de 13e week van de zwangerschap aanvragen bij Aevitae Kraamzorg Service, tel. (079) 343 0475.
- Het kraampakket wordt omstreeks de 28e zwangerschapsweek bij u thuis bezorgd.

Geboorte-uitkering

Vergoeding:

€ 100,- per kind.

Voorwaarde:

- Er bestaat alleen recht op de uitkering als het kind binnen zestig dagen na de geboorte bij ons als verzekerde wordt aangemeld.

Kraamzorg

Uw standaardverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor kraamzorg. Dit is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op onderstaande vergoedingen.

Vergoeding:

Maximaal negen uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, aansluitend aan de 10e dag na de bevalling, na verblijf in een ziekenhuis van de moeder en/of kind van zeven dagen of meer aansluitend op de bevalling.

Vergoeding:

Maximaal zes uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, na de 10e dag na de bevalling, als een kind binnen acht dagen na het verlaten van de couveuse uit het ziekenhuis wordt ontslagen.

Kraamzorg, eigen bijdrage

Vergoeding:

100% van de wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 250,-.

Voorwaarde:

- Er moet aanspraak op kraamzorg bestaan uit de standaardverzekering.

Poliklinische bevalling

Vergoeding:

100% van de wettelijke eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling.

Voorwaarde:

- Er dient sprake te zijn van een poliklinische bevalling op niet medische indicatie.

Diversen

Anticonceptiemiddelen

Vergoeding:

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. De vergoeding is volgens de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Circumcisie (besnijdenis) op niet medische indicatie

Vergoeding:

Maximaal € 225,- voor verzekerden tot en met 17 jaar.

Voorwaarden:

- De behandeling dient door een in Nederland gevestigd medisch specialist of in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland plaats te vinden.

Comfort dekking

Bijdrage bij langerdurend verblijf in een ziekenhuis.

Vergoeding:

Maximaal € 10,- per dag, voor ten hoogste 21 dagen per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven als een bijdrage in de kosten voor extra luxe en comfort rond het ziekenhuisbed. Voorbeelden: kosten telefoon, televisie, internet/multimedia, krantbezorging, gebruik eigen koelkast, extra kosten luxere maaltijden, mee-eten door partner/kind(eren), consumpties bezoekers.
- De vergoeding geldt ingaande de zevende dag van een aaneengesloten opname in een ziekenhuis.
- De vergoeding vindt achteraf plaats na indiening van een declaratieformulier samen met de originele nota('s) van de afgenomen diensten door de verzekerde.

Cursus Nederlandse Kankerbestrijding**Vergoeding:**

Maximaal € 80,- per kalenderjaar voor de verzekerde en maximaal € 80,- voor zijn/haar partner.

Voorwaarde:

- De cursus moet georganiseerd zijn door de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF.

Herstellingsoord in Nederland**Vergoeding:**

Maximaal € 150,- per dag tot een maximum van € 3.000,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven bij verblijf in een herstellingsoord dat niet door de AWBZ wordt gefinancierd en door VGZ Zorgverzekeraar N.V. is erkend.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat het verblijf in het herstellingsoord noodzakelijk is voor de behandeling.
- Voorafgaand aan het verblijf in een herstellingsoord dienen wij schriftelijk toestemming te hebben verleend.

Hospice**Vergoeding:**

Het verblijf in een hospice dat door VGZ Zorgverzekeraar N.V. is erkend zonder een eigen bijdrage.

Voorwaarde:

- De verzekerde dient een indicatie voor verblijf te hebben, ter beoordeling door het hospice.

Meerdaagse bootreizen of verblijf in vakantiehuis**Vergoeding:**

Maximaal € 150,- van de eigen bijdrage per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De indicatiestelling voor deelname aan de bootreis gebeurt door het Rode Kruis, de Zonnebloem of de Stichting Varende Recreatie.
- De indicatiestelling voor het verblijf in een vakantiehuis gebeurt door het Rode Kruis.

Ooglaserbehandeling

Laserbehandeling van de ogen.

Vergoeding:

Eenmalig 100% van de kosten van de behandeling tot maximaal € 600,-.

Voorwaarde:

- De behandeling dient uitgevoerd te worden door een medisch specialist.

Personenalarmering**Vergoeding:**

De abonnementskosten van de aansluiting bij een instelling waarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. daarvoor een overeenkomst heeft afgesloten.

Voorwaarde:

- De verzekerde moet aanspraak hebben op verstrekking van de apparatuur uit de standaardverzekering. Wij betalen de kosten rechtstreeks aan de instelling waarmee de overeenkomst is afgesloten.

Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen**Vergoeding:**

€ 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven aan één van de ouders/ verzorgers van het kind.
- Het kind dat bezocht wordt mag niet ouder zijn dan 17 jaar, moet de standaardverzekering bij ons hebben afgesloten, en in een instelling voor gezondheidszorg in Nederland verblijven. De verpleging in deze instelling moet ten laste komen van de standaardverzekering.
- De verzekerde heeft een bewijs nodig van de gemaakte reiskosten.

Ronald Mc Donald huizen/familiehuis**Vergoeding:**

100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 250,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven aan ouders/ verzorgers van een ernstig ziek kind tot en met 17 jaar, dat is opgenomen in een (academisch) ziekenhuis.
- Het Ronald Mc Donald huis of familiehuis moet verbonden zijn aan het (academisch) ziekenhuis waarin het kind is opgenomen.
- De opnamekosten moeten voor rekening komen van de standaardverzekering.

Snurkbeugel**Vergoeding:**

Eenmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,- van de techniekkosten voor een snurkbeugel.

Voorwaarden:

- Indien de verzekerde geen recht heeft op vergoeding van de snurkbeugel ten laste van de standaardverzekering (snurken in combinatie met een door medisch-specialistisch onderzoek bewezen slaapapnoe syndroom).
- De snurkbeugel dient geplaatst te worden door een tandarts. De kosten van het onderzoek, plaatsen en de nazorg door de tandarts worden conform de voorwaarden van de afgesloten tandheelkundige verzekering vergoed.

Sterilisatie**Vergoeding:**

100% van de kosten tot een maximum van € 1.200,- van een sterilisatie voor zowel vrouwelijke als mannelijke verzekerden. De kosten omvatten die van het ziekenhuis en de medisch specialist.

Voorwaarden:

- De behandeling dient in een erkend ziekenhuis in Nederland plaats te vinden.
- Hersteloperaties komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vervangende mantelzorg**Vergoeding:**

Maximaal € 125,- per dag plus de reiskosten van de vervangende zorgverlener, voor maximaal vijftien dagen per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven voor vervangende zorg voor thuisverblijvenden die aangewezen zijn op mantelzorg wegens vakantie van de mantelzorger.
- De vervangende zorg moet verleend worden via de Stichting Mantelzorgvervanging Nederland (Handen-in-huis).
- Er dient een schriftelijke aanvraag van deze stichting te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de vervangende zorg noodzakelijk is.
- Voorafgaand aan de vervangende zorg dienen wij een schriftelijke toestemming te hebben verleend.
- Wij rekenen de vergoeding af met deze stichting.

Voedingsmiddelen**Vergoeding:**

Er wordt een vergoeding van € 30,- per kalendermaand gegeven voor de extra kosten van voedingsmiddelen aan verzekerden die lijden aan Coeliakie van de darm of Dermatitis herpetiformis (coeliakie van de huid).

Voorwaarde:

- Uit de verklaring van de behandelend medisch specialist dient duidelijk te blijken dat de verzekerde lijdt aan Coeliakie van de darm of Dermatitis herpetiformis (coeliakie van de huid). Bovendien dient uit de verwijzing te blijken dat de verzekerde aangewezen is op een glutenvrij dieet.

Ziekenvervoer**Vergoeding:**

Een vergoeding van € 98,- per kalenderjaar en een dagvergoeding van € 2,50 voor de dag waarop vervoer plaatsvindt.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak op ziekenvervoer bestaan uit de standaardverzekering.
- De verzekerde dient gebruik te hebben gemaakt van openbaar vervoer en/of eigen vervoer.
- De kosten van dit vervoer bedragen € 98,- of meer per kalenderjaar vanaf de eerste reisdag voor de verzekerde en zijn/haar partner tezamen.
- De dagvergoeding van € 2,50 wordt pas gegeven nadat de vergoeding van € 98,- is bereikt.

Aanvullende Verzekering Top

Alternatieve geneeswijzen

Consulten en behandelingen

Vergoeding:

100% van de kosten tot een maximum van € 600,- per kalenderjaar voor consulten en behandelingen van:

- consulten van alternatieve artsen;
- consulten van alternatieve therapeuten;

Voorwaarden:

De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op www.aevitae.com.

Homeopathische geneesmiddelen

Vergoeding:

100% van de kosten van de door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geregistreerde homeopathische geneesmiddelen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de eigen huisarts, een arts die is ingeschreven bij de Vereniging voor Homeopathische Artsen in Nederland (V.H.A.N.), een klassiek homeopaat die is opgenomen in het Register van Klassiek Homeopaten van de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (N.O.V.K) of een klassiek homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.).
- Ze moeten geleverd zijn door een apotheek, door de eigen apotheekhoudende huisarts, door een klassiek homeopaat die is opgenomen in het Register van Klassiek Homeopaten van de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (N.O.V.K) of door een klassiek homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (N.V.K.H.).
- Bij de nota moet (een kopie van) het voorschrift worden gevoegd.
- Homeopathische geneesmiddelen voor uitwendig gebruik (zoals smeersels, neus- oor- en oogdruppels, sprays) worden niet vergoed.

Therapieën

Acnébehandeling

Vergoeding:

100% tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De behandelingen moeten gegeven zijn door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor acnébehandeling aanwezig is.

Camouflagetherapie

Vergoeding:

100% van de kosten van de lessen en de te gebruiken producten tot maximaal € 500,-.

Voorwaarden:

- De lessen moeten gegeven zijn door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts, plastisch chirurg of dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor camouflagetherapie aanwezig is.

Sexuologie

Vergoeding:

Maximaal € 75,- per behandeling tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Onder deze behandelingen vallen ook relatie- en partnertherapie.
- Er is een verwijzing nodig door de huisarts.
- Behandelingen sexologie dienen uitgevoerd te zijn door een sexuoloog die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Sexuologie (N.V.V.S.).

Fysiotherapie, Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Deze dekking geldt niet voor verzekerden die deelnemen aan een collectiviteit en zich verzekerd hebben voor de Zorgverzuimmodule. Voor deze verzekerden geldt de dekking van de ZorgVerzuimmodule.

Omschrijving:

Zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, waarbij inbegrepen oedeemtherapie.

Door:

(Kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut, die beschikt over een diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie van de Hogeschool Utrecht of de Hogeschool Eindhoven. Naast de gewone behandelingen bieden zij ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen.

Vergoeding:

Ten hoogste € 1.250,- per kalenderjaar.

- Als de zorgverlener geen overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding voor een Consult Direct Toegang Fysiotherapie (DTF) € 20,- voor het eerste consult.

De maximale vergoeding bedraagt € 35,- voor één behandeling per dag.

Bijzonderheden:

- 1 Er is een verwijzing nodig door de (huis) arts behalve als de behandeling volgt op een Consult Directe Toegang Fysiotherapie (DTF) bij een fysiotherapeut die daarvoor een overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten;
- 2 Voor behandelingen op grond van een chronische medische indicatie is voorafgaande schriftelijke toestemming (machtiging) van ons vereist;
- 3 Voor behandeling op grond van een niet chronische medische indicatie is voor de eerste éénentwintig behandelingen (standaardverzekering en aanvullende verzekering samen) een voorafgaande toestemming van Aevitae niet nodig.
- 4 Voor behandelingen daarna moet er een verwijzing van een arts zijn en/of behandelplan dat voldoet aan de richtlijnen van het KNGF. Verzekerde of zorgverlener is verplicht de verwijzing of het behandelplan binnen 10 dagen aan te leveren als wij daarom vragen.
De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen ten laste van de standaardverzekering;
- 5 Een overzicht van de door VGZ Zorgverzekeraar N.V. gecontracteerde zorgaanbieders en de voorkeursaanbieders is te raadplegen via www.aevitae.com of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 0900 369 33 33.

Iontoforese-apparaat (overmatig zweten)**Vergoeding:**

De aanschaf van een iontoforese-apparaat tot maximaal € 360,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden met een overmatige zweetproductie.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de behandelend dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor het gebruik van een iontoforese-apparaat aanwezig is. Bovendien dient uit de verwijzing te blijken dat de proefbehandelingen bij de verzekerde aantoonbare resultaten heeft opgeleverd.

Lichtlamp**Vergoeding:**

De aanschaf van een lichtlamp tot maximaal € 175,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden met ernstige lichtdermatose.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de specialist te zijn, die de begeleiding geeft bij de lichttherapie, waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie is voor het gebruik van een lichtlamp.

Ontharen

Vergoeding:

Elektrische epilatie, behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur:
100% maximaal € 500,- éénmalig.

Voorwaarden:

- De vergoeding is ongeacht de techniek van het ontharen.
- De vergoeding is voor vrouwelijke verzekerden met ernstige haargroei in het gelaat.
- De behandelserie kan maximaal twaalf maanden duren.

Elektrische epilatie:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor ontharen aanwezig is.
- Elektrische epilatie dient gegeven te worden door een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen, door een huidtherapeut, of een instelling.

Behandelingen met een laser of lichtflitsapparatuur:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of de specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor ontharen met behulp van een laser of lichtflitsapparatuur aanwezig is.
- Behandelingen met een laser of lichtflitsapparaat dienen gegeven te worden door een huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), of een schoonheidsspecialist die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) en in het bezit is van het diploma elektrisch ontharen en het diploma ontharen door middel van laser- of lichtflits therapie, of een medisch specialist.

Orthopedagogie

Vergoeding:

100 % van de kosten van een consult voor diagnostiek en behandeling tot een maximum van € 1.000,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De behandeling is voor verzekerden tot en met 17 jaar.
- Er is een verwijzing nodig door de huisarts of kinderarts.
- De behandeling moet gegeven zijn door een vrijgevestigde orthopedagoog met de beroepsbekwaamheidsregistratie (BBR) 'Diagnostiek' of in het bezit van de registratie Orthopedagoog- Generalist, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (N.V.O.).

Overgangsconsulente

Vergoeding:

100% van de kosten van consulten tot maximaal € 250,- éénmalig.

Voorwaarde:

De behandeling moet gegeven zijn door een vrijgevestigd overgangsconsulente die is aangesloten bij de vereniging Care for Women of bij de overgangspraktijk Women's Life.

Podotherapie

Vergoeding:

100% van de kosten voor consulten tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de behandelend medisch specialist of eigen huisarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor podotherapie aanwezig is.
- De behandeling moet gegeven zijn door een podotherapeut die erkend is door de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten, door een podoloog die bij het Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie is geregistreerd als Register-Podoloog of een pedicure die is opgenomen in het register van ProCERT met de aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet'.

Psoriasisbehandeling

Vergoeding:

100% van de kosten van behandelingen tot een maximum van € 1.800,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Er dient een schriftelijke verwijzing van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor psoriasisbehandeling aanwezig is.
- De behandeling moet gegeven zijn in een van de psoriasisbehandelingscentra te Ede, Utrecht, Rotterdam, Rhon, of door Skin Therapy te Schagen of in een centrum dat verbonden is aan een ziekenhuis in Nederland.

Stottertherapie

Vergoeding:

Maximaal € 600,- éénmalig.

Voorwaarden:

- Vergoed wordt stottertherapie volgens de methode Del Ferro of via het instituut Natuurlijk Spreken te Winterswijk.
- Er dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor stottertherapie aanwezig is.

Therapeutisch kamp

Vergoeding:

100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 300,- per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- De vergoeding is voor verzekerden tot en met 17 jaar met astma, diabetes, kanker, psoriasis, reumatoïde arthritis of cystic fibrose.

Therapeutisch zwemmen

Vergoeding:

100% tot een maximum van € 125,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De verzekerde met reumatoïde arthritis, fibromyalgie, Bechterew of hartproblemen moet lid zijn van een plaatselijke of regionale vereniging voor reuma-, Bechterew- of hartpatiënten.
- Er dient sprake te zijn van therapeutisch zwemmen in groepsverband.
- Het therapeutisch zwemmen moet georganiseerd zijn door een plaatselijke of regionale vereniging van reuma-, Bechterew- of hartpatiënten.

Hulpmiddelen

Bekkenbandages

Vergoeding:

100% van de aanschafkosten tot maximaal € 50,- per zwangerschap.

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een behandeling wegens een bekkenpijnsyndroom (bekkeninstabiliteit) tijdens en/of aansluitend aan de zwangerschap.
- Er dient een schriftelijk advies te worden overgelegd van een gecertificeerd therapeut waarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. een overeenkomst heeft gesloten voor behandeling van verzekerden met bekkenpijnsyndroom.

Brillenglazen en contactlenzen

Vergoeding:

100% van de kosten voor brillenglazen en lenzen tot maximaal € 400,- per kalenderjaar.

Indien binnen de gestelde vergoedingsperiode de sterkte van de brillenglazen of lenzen door een operatie een grote wijziging teweeg heeft gebracht, kan bovenvermelde vergoeding tussentijds worden toegekend.

Gebitsprothesen

Vergoeding:

100 % van de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor een volledige onder- en/of bovenprothese.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak zijn op een gebitsprothese uit de standaardverzekering.
- De kosten met betrekking tot luxe voorzieningen en extra infrastructuur blijven voor eigen rekening.
- De behandeling dient te geschieden door een in Nederland gevestigde tandarts-algemeen practicus die is ingeschreven als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG of een tandprotheticus die staat ingeschreven in het register van tandprothetici.
- Indien het een reparatie van een gebitsprothese betreft, mag de reparatie ook worden uitgevoerd door een tandtechnicus. De tandtechnicus dient de Instituut Vakopleiding Tandtechniek (IVT) of ROC ASA SBBO succesvol te hebben afgerond. Vergoeding vindt plaats conform de landelijk vastgestelde techniekkosten voor tandtechnici.

Inhalator voorzetstukken (zoals aerochamber, neбуhaler)

Vergoeding:

100% tot een maximum van € 28,50 per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Het inhalator voorzetstuk moet voorgeschreven zijn door de huisarts of specialist.
- Het moet geleverd zijn door een apotheek of door de eigen apotheekhoudend huisarts.

Plaswekkers

Vergoeding:

Een plaswekker in eigendom, of de kosten tot maximaal € 85,- voor de huur van een plaswekker voor een periode van maximaal 2,5 maand, éénmalig.

Voorwaarden:

- De vergoeding is voor verzekerden van 5 jaar en ouder.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de huisarts of kinderarts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat er een medische indicatie voor een plaswekker aanwezig is.
- Wij geven de leverancier, die een overeenkomst heeft voor de levering en de verhuur van plaswekkers, opdracht voor levering. De leverancier rekent de kosten rechtstreeks met ons af.

Pruiken

Vergoeding:

De vergoeding voor een pruik vanuit uw standaardverzekering is gemaximeerd. Het verschil tussen de aanschafprijs en de maximale vergoeding is uw eigen bijdrage. Uw aanvullende verzekering geeft een vergoeding van die eigen bijdrage tot maximaal € 560,-.

Voorwaarde:

- Er moet aanspraak zijn op verstrekking van een pruik uit de standaardverzekering.

Steunpessaria

Vergoeding:

De kosten van één steunpessarium per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- Het steunpessarium moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

Steunzolen

Vergoeding:

De kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar tot maximaal € 100,-.

Voorwaarde:

De steunzolen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts.

Verpleegartikelen

Vergoeding:

100% van de huur tot maximaal € 100,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Voor vergoeding van de huurkosten komen in aanmerking: een elektrische borstkolf, een babyweegschaal, een lichtapparaat (Bright Light), een hometrainer en een teletrimmer.
- Er mag geen aanspraak bestaan op vergoeding of gratis gebruik op grond van (wettelijke) regelingen.
- De verpleegartikelen moeten gehuurd zijn van een thuiszorgorganisatie.

Plastische chirurgie

Correcties oorstand

Vergoeding:

100% van de kosten éénmalig, indien de behandeling wordt uitgevoerd bij een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum die een overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten. Als de zorgverlener geen overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding € 1.000,- éénmalig.

Voorwaarde:

- De vergoeding is voor verzekerden t/m 12 jaar.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de behandelend medisch specialist te zijn.
- Voorafgaand aan de behandeling moeten wij schriftelijk toestemming hebben verleend.
- De behandeling dient uitgevoerd te worden door een medisch specialist.

Buitenland

Geneeskundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland (werelddekking)

Vergoeding:

Geneeskundige kosten Europa, in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee, op Madeira, de Canarische Eilanden, de Kaapverdische Eilanden of op de Azoren:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Geneeskundige kosten overige landen:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist tot maximaal 400% van de Nederlandse tarieven.
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse tot maximaal 400% van de Nederlandse tarieven.
- tandheelkundige hulp bij directe pijnklachten, tot maximaal € 345,- per verzekerde.
- genees- en verbandmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts in het verblijfsland tot maximaal 400% van de Nederlandse tarieven.
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi of ambulance naar de dichtstbijzijnde arts of naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis tot maximaal 400% van de Nederlandse tarieven.

Kosten hulpverlening:

- medisch noodzakelijke repatriëring door of in opdracht van de Alarmcentrale, anders dan met openbaar of eigen vervoer.
- vervoer van het stoffelijk overschot door of in opdracht van de Alarmcentrale.
- bemiddeling bij het overmaken van benodigd geld.
- het overbrengen van berichten door de Alarmcentrale.
- het organiseren en toezenden van medicijnen en hulpmiddelen.
- de kosten van telefoon, telegrammen etc. om contact op te nemen met de Alarmcentrale.

Voorwaarden:

- De verzekerde moet voor de dekking van geneeskundige hulp een standaardverzekering hebben afgesloten.
- Het verblijf in het buitenland mag niet langer dan twaalf maanden duren.
- De hulp moet een spoedeisend karakter hebben. De verzekerde mag niet vooraf de bedoeling gehad hebben hulp te vragen aan een buitenlandse arts of andere zorgaanbieder. Bij de aanvang van de reis mag niet te voorzien zijn geweest dat de verzekerde een beroep zou moeten doen op geneeskundige hulp.
- Niet vergoed wordt hulp die verband houdt met wedstrijd- en gevaarlijke sporten.
- Niet vergoed worden kosten die veroorzaakt zijn door omstandigheden in verband waarmee een negatief reisadvies is gegeven.
- Bij ziekenhuisopname en voor de organisatie van de hulpverlening moet onmiddellijk de hulp zijn ingeroepen van de Alarmcentrale. Telefoonnummer: +31 20 592 9229 voorafgegaan door het internationale toegangsnummer ter plaatse. Vanuit Nederland is het nummer van de Alarmcentrale: (020) 592 9229. Indien u medische kosten voor spoedeisende hulp in het buitenland declareert, dient u het schadeformulier medische kosten buitenland in te vullen en te ondertekenen.

Preventie buitenlandse vakantiereizen**Vergoeding:**

100% van de kosten.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven voor het toedienen van de geadviseerde vaccins (consult arts), de vaccins en de te gebruiken medicijnen.
- De vaccinaties moeten gedaan zijn door een medisch specialist, GGD-arts of (huis)arts.
- De medicijnen moeten voorgeschreven zijn door een arts.

Kuurreizen**Kuurreis Dode Zee te Israel****Vergoeding:**

Maximaal € 1000,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door of in opdracht van een patiëntenorganisatie.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde lijdt aan ernstig chronisch eczeem over het hele lichaam en dat alleen van de kuurreis redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- Voorafgaand aan de kuurreis dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Buitenlandse kuurreis reumatoïde arthritis- en Bechterewpatiënten**Vergoeding:**

Maximaal € 1000,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door of in opdracht van een patiëntenorganisatie.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van een arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde chronische reumatoïde arthritis of Bechterew heeft en daardoor in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren.
- Voorafgaand aan de kuurreis dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Kuren te Nieuweschan, Arcen of Skin Therapy te Schagen**Vergoeding:**

Maximaal € 750,- per kalenderjaar.

De vergoeding is voor verzekerden met psoriasis, chronische reumatoïde arthritis of Bechterew.

Voorwaarden:

- Bij psoriasis dient er een schriftelijke aanvraag van de dermatoloog te zijn waaruit duidelijk blijkt dat alleen van een kuurbehandeling in Nieuweschan, Arcen of Skin Therapy te Schagen redelijkerwijs verbetering verwacht kan worden.
- Bij chronische reumatoïde arthritis en Bechterew dient er een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de verzekerde als gevolg van zijn ziekte in ernstige mate beperkt wordt in het dagelijks functioneren. Voorafgaand aan het kuren dienen wij schriftelijke toestemming te hebben verleend.

Preventie

Preventief onderzoek

Integrale gezondheidstest waarbij vastgesteld wordt: cholesterol en bloedvetten, glucose, buikomtrek, BMI, vetpercentage, longinhoud en bloeddruk, gevolgd door advisering.

Vergoeding:

Maximaal € 50,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De nota dient gespecificeerd te zijn.

Cursussen

Vergoeding:

Maximaal € 50,- per kalenderjaar voor preventieve cursussen.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus is afgerond.
- De cursus moet georganiseerd zijn door een kruisorganisatie, thuiszorgorganisatie of door de Reuma Patientenvond. Uw eigen thuiszorg- of kruisorganisatie geeft kortingen op de cursussen. De hoogte daarvan kan verschillen.

Stoppen met roken

Vergoeding:

Maximaal € 150,- per kalenderjaar voor de cursus Stoppen met roken georganiseerd door de thuiszorgorganisatie, voor de cursus volgens Allen Carr of via de stichting Make it Easy of voor de laserbehandeling door een lid aangesloten bij de organisatie Prostop of bij de organisatie Lasercentra N.O. Nederland.

Voorwaarde:

- De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus of laserbehandeling is afgerond.

Sportadviezen

Vergoeding:

100% van de kosten van sportmedische adviezen, behalve licentiekeuringen, in een sportmedisch adviescentrum tot een maximum van € 250,- per kalenderjaar.

Voorwaarde:

- Het sportmedisch adviescentrum moet erkend zijn door de Federatie van Sportmedische Instellingen.

Voeding- en dieetadvisering

Uw standaardverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor voeding- en dieetadvisering. Deze is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op onderstaande vergoedingen.

Vergoeding:

Vergoeding van 100% van de kosten tot maximaal 10 uur voeding- en dieetadvisering per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Er is een verwijzing nodig van de behandelend (huis)arts.
- De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht meer bestaat op behandelingen ten laste van de standaardverzekering.
- Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt dat er sprake dient te zijn van een indicatie met het niveau 3 of 4 (bv. diabetes, CVA, voedselallergie) conform de indicatielijst van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).
- Voor verzekerden tot en met 17 jaar geldt voorgaande voorwaarde niet.
- De dieetadvisering moet gegeven zijn door een instelling of vrijgevestigd diëtist waarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. een overeenkomst heeft gesloten.

Bevalling/kraamzorg

Bevallingspakket

Vergoeding:

Verstreking van een pakket met verpleegartikelen voor de bevalling.

Voorwaarden:

Het bevallingspakket is voor vrouwelijke verzekerden.

- De verzekerde kan het pakket vanaf de 13e week van de zwangerschap aanvragen bij Aevitae Kraamzorg Service, tel. (079) 343 04 75.
- Het kraampakket wordt omstreeks de 28e zwangerschapsweek bij u thuis bezorgd.

Geboorte-uitkering

Vergoeding:

€ 100,- per kind.

Voorwaarde:

- Er bestaat alleen recht op de uitkering als het kind binnen zestig dagen na de geboorte bij ons als verzekerde wordt aangemeld.

Kraamzorg

Uw standaardverzekering geeft een vergoeding of betaalt kosten voor kraamzorg. Dit is echter niet onbeperkt. Vanuit uw aanvullende verzekering heeft u recht op onderstaande vergoedingen.

Vergoeding:

Maximaal twaalf uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, aansluitend aan de 10e dag na de bevalling, na verblijf in een ziekenhuis van de moeder en/of kind van zeven dagen of meer aansluitend op de bevalling.

Vergoeding:

Maximaal twaalf uur extra kraamzorg verspreid over zes dagen, na de 10e dag na de bevalling, als een kind binnen acht dagen na het verlaten van de couveuse uit het ziekenhuis wordt ontslagen.

Kraamzorg, eigen bijdrage

Vergoeding:

100% van de wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarde:

- Er moet aanspraak op kraamzorg bestaan uit de standaardverzekering.

Poliklinische bevalling

Vergoeding:

100% van de wettelijke eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling.

Voorwaarde:

Er dient sprake te zijn van een poliklinische bevalling op niet medische indicatie.

Diversen

Anticonceptiemiddelen

Vergoeding:

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. De vergoeding is volgens de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Medicijnen

Voor sommige geneesmiddelen waar u op grond van uw standaardverzekering aanspraak op kunt maken, bent u een eigen bijdrage verschuldigd. De eigen bijdrage die u verschuldigd bent komt voor vergoeding in aanmerking tot maximaal € 750,- per kalenderjaar. Een overzicht van de medicijnen waarvoor de eigen bijdrage wordt vergoed kunt u raadplegen via www.aevitae.com of via telefoonnummer 0900-369 33 33.

Voorwaarde:

- Er dient aanspraak te bestaan op verstrekking van het geneesmiddel ten laste van de standaardverzekering.

Circumcisie (besnijdenis) op niet medische indicatie**Vergoeding:**

Maximaal € 225,- voor verzekerden tot en met 17 jaar.

Voorwaarden:

- De behandeling dient door een in Nederland gevestigd medisch specialist of in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland plaats te vinden.

Comfort dekking

Bijdrage bij langerdurend verblijf in een ziekenhuis.

Vergoeding:

Maximaal € 10,- per dag, voor ten hoogste 21 dagen per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven als een bijdrage in de kosten voor extra luxe en comfort rond het ziekenhuisbed. Voorbeelden: kosten telefoon, televisie, internet/multimedia, krantbezorging, gebruik eigen koelkast, extra kosten luxere maaltijden, mee-eten door partner/kind(eren), consumpties bezoekers.
- De vergoeding geldt ingaande de zevende dag van een aaneengesloten opname in een ziekenhuis.
- De vergoeding vindt achteraf plaats na indiening van een declaratieformulier samen met de originele nota('s) van de afgenomen diensten door de verzekerde.

Cursus Nederlandse Kankerbestrijding**Vergoeding:**

Maximaal € 80,- per kalenderjaar voor de verzekerde en maximaal € 80,- voor zijn/haar partner.

Voorwaarde:

- De cursus moet georganiseerd zijn door de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF.

Herstellingsoord in Nederland**Vergoeding:**

Maximaal € 150,- per dag tot een maximum van € 3.000,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven bij verblijf in een herstellingsoord dat niet door de AWBZ wordt gefinancierd en door VGZ Zorgverzekeraar N.V. is erkend.
- Er dient een schriftelijke aanvraag van de behandelend arts te zijn waaruit duidelijk blijkt dat het verblijf in het herstellingsoord noodzakelijk is voor de behandeling.
- Voorafgaand aan het verblijf in een herstellingsoord dienen wij schriftelijk toestemming te hebben verleend.

Hospice**Vergoeding:**

Het verblijf in een hospice dat door VGZ Zorgverzekeraar N.V. is erkend zonder een eigen bijdrage.

Voorwaarde:

- De verzekerde dient een indicatie voor verblijf te hebben, ter beoordeling door het hospice.

Meerdaagse bootreizen of verblijf in vakantiehuis**Vergoeding:**

Maximaal € 150,- van de eigen bijdrage per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De indicatiestelling voor deelname aan de bootreis gebeurt door het Rode Kruis, de Zonnebloem of de Stichting Varende Recreatie.
- De indicatiestelling voor het verblijf in een vakantiehuis gebeurt door het Rode Kruis.

Ooglaserbehandeling

Laserbehandeling van de ogen.

Vergoeding:

Enmalig 100% van de kosten van de behandeling tot maximaal € 600,-.

Voorwaarde:

- De behandeling dient uitgevoerd te worden door een medisch specialist.

Personenalarmering

Vergoeding:

De abonnementskosten van de aansluiting bij een instelling waarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. daarvoor een overeenkomst heeft afgesloten.

Voorwaarde:

- De verzekerde moet aanspraak hebben op verstrekking van de apparatuur uit de standaardverzekering. Wij betalen de abonnementskosten rechtstreeks aan de instelling waarmee een overeenkomst is afgesloten.

Reiskosten bezoek ernstig zieke kinderen

Vergoeding:

€ 0,30 per km voor maximaal zeven bezoeken per week.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven aan een van de ouders/verzorgers van het kind.
- Het kind dat bezocht wordt mag niet ouder zijn dan 17 jaar, moet de standaardverzekering bij ons hebben afgesloten, en in een instelling voor gezondheidszorg in Nederland verblijven. De verpleging in deze instelling moet ten laste komen van de standaardverzekering.
- De verzekerde heeft een bewijs nodig van de gemaakte reiskosten.

Ronald Mc Donald huizen/familiehuis

Vergoeding:

100% van de bijdrage in de verblijfskosten tot een maximum van € 250,- per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven aan ouders/verzorgers van een ernstig ziek kind tot en met 17 jaar, dat is opgenomen in een (academisch) ziekenhuis.
- Het Ronald Mc Donald huis of familiehuis moet verbonden zijn aan het (academisch) ziekenhuis waarin het kind is opgenomen.
- De opnamekosten moeten voor rekening komen van de standaardverzekering.

Snurkbeugel

Vergoeding:

Eenmaal per 5 kalenderjaren maximaal € 300,- van de techniekkosten voor een snurkbeugel.

Voorwaarden:

- Indien de verzekerde geen recht heeft op vergoeding van de snurkbeugel ten laste van de standaardverzekering (snurken in combinatie met een door medisch-specialistisch onderzoek bewezen slaapapnoe syndroom).
- De snurkbeugel dient geplaatst te worden door een tandarts. De kosten van het onderzoek, plaatsen en de nazorg door de tandarts worden conform de voorwaarden van de afgesloten tandheelkundige verzekering vergoed.

Sterilisatie

Vergoeding:

100% van de kosten tot een maximum van € 1.200,- van een sterilisatie voor zowel vrouwelijke als mannelijke verzekerden. De kosten omvatten die van het ziekenhuis en de medisch specialist.

Voorwaarden:

- De behandeling dient in een erkend ziekenhuis in Nederland plaats te vinden.
- Hersteloperaties komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vervangende mantelzorg**Vergoeding:**

Maximaal € 125,- per dag plus de reiskosten van de vervangende zorgverlener, voor maximaal vijftien dagen per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- De vergoeding wordt gegeven voor vervangende zorg voor thuisverblijvenden die aangewezen zijn op mantelzorg wegens vakantie van de mantelzorger.
- De vervangende zorg moet verleend worden via de Stichting Mantelzorgvervangend Nederland (Handen-in-huis).
- Er dient een schriftelijke aanvraag van deze stichting te zijn waaruit duidelijk blijkt dat de vervangende zorg noodzakelijk is. Voorafgaand aan de vervangende zorg dienen wij een schriftelijke toestemming te hebben verleend.
- Wij rekenen de vergoeding af met deze stichting.

Voedingsmiddelen**Vergoeding:**

Er wordt een vergoeding van € 30,- per kalendermaand gegeven voor de extra kosten van voedingsmiddelen aan verzekerden die lijden aan Coeliakie van de darm of Dermatitis herpetiformis (coeliakie van de huid).

Voorwaarde:

- Uit de verklaring van de behandelend medisch specialist dient duidelijk te blijken dat de verzekerde lijdt aan Coeliakie van de darm of Dermatitis herpetiformis (coeliakie van de huid). Bovendien dient uit de verwijzing te blijken dat de verzekerde aangewezen is op een glutenvrij dieet.

Ziekenvervoer**Vergoeding:**

Een vergoeding van € 98,- per kalenderjaar en een dagvergoeding van € 2,50 voor de dag waarop vervoer plaatsvindt.

Voorwaarden:

- Er moet aanspraak op ziekenvervoer bestaan uit de standaardverzekering.
- De verzekerde dient gebruik te hebben gemaakt van openbaar vervoer en/of eigen vervoer.
- De kosten van dit vervoer bedragen € 98,- of meer per kalenderjaar vanaf de eerste reisdag voor de verzekerde en zijn/haar partner tezamen.
- De dagvergoeding van € 2,50 wordt pas gegeven nadat de vergoeding van € 98,- is bereikt.

Tandarts Basis Pakket

Het Tandarts Basis Pakket vergoedt 80% van de kosten van tandartsbehandelingen en bijbehorende techniekkosten, zoals beschreven in de prestatiebeschrijvingbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit, tot een maximum van € 250,- per kalenderjaar met uitzondering van de volgende prestaties:

- Orthodontie
- Uitwendig bleken
- Keuringsrapporten
- Niet nagekomen afspraken
- Materialen voor thuisbleken

Tandarts Uitgebreid Pakket

Het Tandarts Uitgebreid Pakket vergoedt 80% van de kosten van tandartsbehandelingen en bijbehorende techniekkosten, zoals beschreven in de prestatiebeschrijvingbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit, tot een maximum van € 750,- per kalenderjaar met uitzondering van de volgende prestaties:

- Orthodontie
- Uitwendig bleken
- Keuringsrapporten
- Niet nagekomen afspraken
- Materialen voor thuisbleken

Voor orthodontie wordt 80% van de kosten vergoed tot een maximum van:

- € 2.000,- voor de gehele behandelduur voor verzekerden jonger dan 18 jaar
- € 350,- voor de gehele behandelduur voor verzekerden vanaf 18 jaar

Tandarts Totaal Pakket

Het Tandarts Totaal Pakket vergoedt 100% van de kosten van tandartsbehandelingen en bijbehorende techniekkosten, zoals beschreven in de prestatiebeschrijvingbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit, tot een maximum van € 1.250,- per kalenderjaar met uitzondering van de volgende prestaties:

- Uitwendig bleken
- Keuringsrapporten
- Niet nagekomen afspraken
- Materialen voor thuisbleken

Voor orthodontie wordt 100% van de kosten vergoed. Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt een maximum van € 500,- voor de gehele behandelduur.

Tandarts Top Pakket

Het Tandarts Top Pakket vergoedt 100% van de kosten van tandartsbehandelingen en bijbehorende techniekkosten, zoals beschreven in de prestatiebeschrijvingbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit, tot een maximum van € 1.750,- per kalenderjaar met uitzondering van de volgende prestaties:

- Uitwendig bleken
- Keuringsrapporten
- Niet nagekomen afspraken
- Materialen voor thuisbleken

Voor orthodontie wordt 100% van de kosten vergoed.

ZorgVerzuimmodule

De ZorgVerzuimmodule biedt de verzekerde extra vergoedingen en diensten op het gebied van zorg die daarnaast ook vaak het verzuim verminderen en een gezonde leefwijze bevorderen. Behalve zorgdekkingen die klachten verhelpen of verminderen zoals fysiotherapie en 1e lijnspsychologie zijn er ook preventieve dekkingen opgenomen zoals de grieprik, preventieve cursussen en sportgeneeskundig onderzoek.

De ZorgVerzuimmodule kan door de werkgever worden aangeboden binnen een collectief contract. De verzekering wordt echter, net als de standaardverzekering en eventuele andere aanvullende verzekeringen, door de werknemer afgesloten. Indien de ZorgVerzuimmodule in de collectiviteit wordt aangeboden dan kunnen ook gezinsleden deze dekking sluiten.

Werknemers- en gezinsdeel van de zorgverzuimmodule, preventie

Preventieve Bedrijfsfysiotherapie

Omschrijving:

Preventieve fysiotherapie voor bedrijfsgerelateerde klachten, ter voorkoming van medisch geïndiceerde fysiotherapeutische behandelingen. De werknemer kan zich rechtstreeks, zonder verwijzing van de huisarts, tot de fysiotherapeut wenden voor een advies en een eventueel vervolgtraject.

Vergoeding:

Per kalenderjaar 1 consult DTF (DirecteToegang Fysiotherapie).

Uitvoerder:

Een fysiotherapeut met wie VGZ Zorgverzekeraar N.V. een overeenkomst heeft afgesloten voor DTF (DirecteToegang Fysiotherapie)

Naar aanleiding van het DTF consult kan de fysiotherapeut een van onderstaande adviezen geven:

- geen verdere behandeling noodzakelijk;
- er is een indicatie voor medisch geïndiceerde fysiotherapeutische behandelingen. Deze komen ten laste van de standaard-/aanvullende verzekering van de werknemer;
- bedrijfsgerelateerde preventieve consulten;
- een ergonomisch werkplekonderzoek;

De verzekerde heeft per kalenderjaar recht op een van de onderstaande vervolgtrajecten.

Advies:

Bedrijfsgerelateerde preventieve consulten.

Vergoeding:

2 bedrijfsgerelateerde preventieve consulten per kalenderjaar.

Advies:

Een ergonomisch werkplekonderzoek.

Vergoeding:

1 ergonomisch werkplekonderzoek per verzekerde per kalenderjaar tot een maximum van € 100,- per jaar.

Uitvoerder:

Een fysiotherapeut met wie VGZ Zorgverzekeraar N.V. een overeenkomst heeft afgesloten voor bedrijfsgerelateerde preventieve consulten en ergonomisch werkplekonderzoeken.

Fysiofitness

Omschrijving:

Fysiofitness is een trainingsprogramma, dat in groepverband onder leiding van een fysiotherapeut wordt gevolgd en waarbij gebruik wordt gemaakt van trainingstoestellen.

Het doel is de fysieke belastbaarheid van het lichaam te verhogen om recidieven te voorkomen.

Vergoeding:

De kosten van fysiofitness tot max. € 75,- per kalenderjaar.

Uitvoerder:

Een fysiotherapeut met wie VGZ Zorgverzekeraar N.V. een overeenkomst heeft afgesloten voor fysiofitness.

Bijzonderheden:

De fysiofitness dient gevolgd te worden direct aansluitend op een medisch geïndiceerde fysiotherapeutische behandelserie.

Preventive Cursussen

Omschrijving:

Deelname aan de volgende preventieve cursussen:

- voorkomen RSI;
- omgaan met stress;
- stoppen met roken;
- traumaverwerking;
- rouwverwerking;
- omgaan met agressie.

Vergoeding:

Max. € 75,- per kalenderjaar.

Sportgeneeskundig onderzoek

Omschrijving:

Een sportgeneeskundig onderzoek om de lichamelijke conditie en gezondheid vast te stellen. Een onderzoek om verzekerde inzicht te geven in mogelijke aandachtspunten.

Vergoeding:

Max. € 150,- voor maximaal een onderzoek per twee kalenderjaren.

Uitvoerder:

Een sportarts die werkzaam is in een sportmedisch adviescentrum erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen.

Griepvaccinaties

Omschrijving:

Vaccinatie ter voorkoming van het griepvirus.

Vergoeding:

Volledig, eenmaal per jaar.

Uitvoerder:

De vaccinatie wordt door ons georganiseerd en aangeboden op de werklocatie.

Bijzonderheden:

In overleg met de werkgever wordt eenmaal per jaar een datum afgesproken. Hiervoor moet voor 1 juni van het betreffende jaar een aanvraag gedaan worden, onder opgave van het aantal werknemers dat gevaccineerd wil worden in het laatste kwartaal van het jaar. De werkgever stelt binnen zijn bedrijf een ruimte beschikbaar tenzij wij binnen het bedrijventerrein een andere oplossing aandragen.

Vervoer van en naar het werk

Omschrijving:

Taxivervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de werklocatie voor zover vervoer per openbaar vervoer of eigen auto wegens medische redenen niet mogelijk is.

Vergoeding:

Maximaal € 250,- per kalenderjaar.

Uitvoerder:

Een vervoerder met wie VGZ Zorgverzekeraar N.V. daarvoor een overeenkomst heeft afgesloten.

Bijzonderheden:

Om voor deze vergoeding in aanmerking te komen dient:

- er een voorschrift van de bedrijfsarts te zijn;
- het voorschrift vergezeld te gaan van een verklaring van die bedrijfsarts waaruit blijkt dat vervoer per openbaar vervoer of eigen auto niet mogelijk is in verband met ernstige beperking van de mobiliteit.

Huishoudelijke ondersteuning**Omschrijving:**

- het bieden van huishoudelijke ondersteuning aan de verzekerde, die een huishoudelijke hulpvraag heeft, omdat de verzekerde of de partner op dat moment tijdelijk is uitgevallen door bijvoorbeeld ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname;
- het bieden van huishoudelijke ondersteuning aan de verzekerde om herstel van diens letsel te bevorderen.

Op het moment van aanvragen van huishoudelijke ondersteuning wordt een hervatting van de werkzaamheden binnen drie maanden verwacht.

De huishoudelijke ondersteuning omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de verzorging van kleding, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten, de verzorging van dieren en het halen van boodschappen.

De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij ons bekend is.

Het doel van de huishoudelijke ondersteuning is:

- voorkomen van verzuim bij calamiteiten in de gezinssituatie;
- bevordering van herstel van letsel.

Vergoeding:

Volledig, eenmaal per kalenderjaar tot ten hoogste 30 uur. De hulp wordt aangeboden in blokken van ten minste 4 uur per dag. Dit betekent maximaal 8 blokken van 4 uur. De hulp dient in een periode van 4 tot maximaal 6 weken ingepland te worden.

Uitvoerder:

Een organisatie met wie VGZ Zorgverzekeraar N.V. een overeenkomst heeft afgesloten. De hulp kan op werkdagen van 07.00 uur tot 20.00 uur worden ingezet. Weekenden en feestdagen uitgesloten.

Indicatie:

Tijdelijke uitval, dat verzuim tot gevolg heeft, van de verzekerde of de partner door ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname waarbij een herstel binnen 3 maanden te verwachten is.

Verwijzing:

Bedrijfsarts.

Bijzonderheden:

- voor huishoudelijke ondersteuning kan tijdens kantooruren, van 09.00 tot 17.00 uur, contact opgenomen worden met ons, telefoonnummer: 0900 369 33 33 (Werkgevers-/ werknemersdesk);
- de huishoudelijke ondersteuning wordt binnen 2 werkdagen na aanmelding bij ons geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
- er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke ondersteuning als de tijdelijke uitval verband houdt met een chronische aandoening;
- de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
- onder huishoudelijke ondersteuning wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging.

Vitaliteitstesten op locatie**Omschrijving:**

Een vitaliteitstest bestaat uit de volgende testen/metingen:

- suiker;
- cholesterol;
- BMI (Body Mass Index);
- bloeddruk;
- longinhoud;
- vetpercentage.

Vergoeding:

Volledig, eenmaal per 2 kalenderjaren.

Uitvoerder:

Deze test wordt door ons georganiseerd en aangeboden op de werklocatie.

Werknemers- en gezinsdeel van de zorgverzuimmodule curatief

Fysiotherapie, Oefentherapie Cesar/Mensendieck**Omschrijving:**

Zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, waarbij inbegrepen oedeemtherapie.

Door:

(Kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut, die beschikt over een diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie van de Hogeschool Utrecht of de Hogeschool Eindhoven.

VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft voor fysiotherapie speciale afspraken gemaakt met ketens van fysiotherapiepraktijken. Dit zijn de voorkeursaanbieders van VGZ Zorgverzekeraar N.V. Naast de gewone behandelingen bieden zij ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen.

Vergoeding:

Ten hoogste € 1.250,- per kalenderjaar.

- Als de zorgverlener geen overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten, bedraagt de maximale vergoeding voor een Consult Direct Toegang Fysiotherapie (DTF) € 15,- voor het eerste consult.

De maximale vergoeding bedraagt € 30,- voor een behandeling per dag.

Bijzonderheden:

- 1 Er is een verwijzing nodig door de (huis) arts behalve als de behandeling volgt op een Consult Directe Toegang Fysiotherapie (DTF) bij een fysiotherapeut die daar voor een overeenkomst met VGZ Zorgverzekeraar N.V. heeft afgesloten;
- 2 Voor behandelingen op grond van een chronische medische indicatie is voorafgaande schriftelijke toestemming (machtiging) van ons vereist;
- 3 Voor behandeling op grond van een niet chronische medische indicatie is voor de eerste éénentwintig behandelingen (standaardverzekering en aanvullende verzekering samen) een voorafgaande toestemming van Aevitae niet nodig. Voor behandelingen daarna moet er een verwijzing van een arts zijn en/of een behandelplan dat voldoet aan de richtlijnen van het KNGF. Verzekerde of zorgverlener is verplicht de verwijzing of het behandelplan binnen 10 dagen aan te leveren als wij daar om vragen. Hiervoor dient de behandelend fysiotherapeut het Aevitae-aanvraagformulier in te dienen voorzien van een behandelplan.
- 4 De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen ten laste van de standaardverzekering;
- 5 Een overzicht van de door VGZ Zorgverzekeraar N.V. gecontracteerde zorgaanbieders en de voorkeursaanbieders is te raadplegen via www.aevitae.com of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 0900 369 33 33.

Werkgeversdeel van de zorgverzuimmodule

Korting op verplichte bedrijfscursussen**Omschrijving:**

Voor onderstaande verplichte bedrijfscursussen wordt een korting gegeven op het cursusgeld.

- Cursus preventie-medewerker
- Cursus bedrijfshulpverlening

Vergoeding:

Door het bedrijf dat de cursus verzorgt wordt een korting verleend op het reguliere cursusgeld.

Uitvoerder:

Een organisatie waarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. afspraken heeft gemaakt over het verlenen van korting op het reguliere tarief voor de betreffende cursus.

Bijzonderheden:

De korting wordt door het bedrijf dat de cursus verzorgt, direct op de aan de werkgever in rekening te brengen kosten in mindering gebracht.

Korting op arbogerelateerde producten**Omschrijving:**

Naast deze vergoedingen biedt VGZ Zorgverzekeraar N.V. u een aantal interessante kortingen op arbo gerelateerde producten. Bijvoorbeeld: ergonomische inrichting van werkplekken en beeldschermbrillen.

