

Polisvoorwaarden 2018

Avéro Achmea Aanvullende Verzekering

Optimaal

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen		Vergoedingen Optimaal	8
Avéro Achmea	4	Alternatief	8
1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?	4	1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	8
2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?	4	Botten, spieren en gewrichten	9
3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?	5	2 Ergotherapie	9
4 Wat betaalt u?	5	3 Beweegprogramma's	9
5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	6	4 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma	10
6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in?	6	5 Pedicurezorg bij een reumatische-, diabetische- of medische voet	10
En hoe wijzigt u deze?	6	6 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie en (sport)steunzolen	12
7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?	6	Buitenland	12
8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?	7	7 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)	12
9 Hoe gaan wij om met materiële controle?	7	8 Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland	12
10 Begripsbepalingen	7	9 Zorg in het buitenland	13

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck 15

10	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	15
----	--	----

Huid 18

11	Huidverzorging	18
----	----------------	----

Hulpmiddelen 19

12	Hulpmiddelen	19
----	--------------	----

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten 20

13	Farmaceutische zorg	20
----	---------------------	----

Mond en tanden (mondzorg) 22

14	Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar	22
15	Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten	23
16	Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder	23

Ogen en oren 23

17	Brillen en contactlenzen	23
18	Ooglaseren en lensimplantatie	24
19	Oorstandcorrectie voor verzekerden tot 18 jaar (zonder medische noodzaak)	24

Spoken en lezen 24

20	Stottertherapie	24
----	-----------------	----

Vervoer 25

21	Eigen bijdrage vervoerskosten	25
----	-------------------------------	----

Ziekenhuis, behandeling en verpleging 25

22	Mammaprint	25
23	Overnachting in een gasthuis en vervoer bezoek bij ziekenhuisverblijf	25
24	Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus	26
25	Sterilisatie	26
26	2e Arts Online	26
27	Second opinion door Royal Doctors	26

Zwanger (worden)/baby/kind 27

28	Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie	27
29	Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg	27
30	Borstkolfapparaat	27
31	Kraampakket	27
32	Kraamzorg	28
33	Lactatiekundige zorg	28
34	TENS bij bevalling	28
35	Zelfhulpprogramma “Slimmer Zwanger”	28
36	Zwangerschapscursus	29

Overig 29

37	Hospice	29
38	Hulp aan huis voor verzekerden van 18 jaar en ouder bij ADL-uitval na ziekenhuisverblijf	29
39	Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s)	30
40	Leefstijlinterventies	30
41	Hulp bij mantelzorg	33
42	Sportmedische onderzoeken sportarts	33
43	Sportmedische begeleiding	34
44	Sport- of koelbrace	34
45	Hardloopcoaching bij blessures	34
46	Therapeutische vakantiecampen	34

Dit zijn de voorwaarden van de aanvullende verzekeringen van Avéro Achmea

Deze polisvoorwaarden zijn op de aanvullende verzekeringen van Avéro Achmea van toepassing. Wilt u weten welke verzekeringen u heeft afgesloten? Kijk dan op uw polisblad.

Hoe zit het met gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekeringen?

Voor de aanvullende verzekeringen geldt dat u recht heeft op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg. Toch kan het voor de aanvullende verzekering zo zijn dat u een lagere vergoeding krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat. Als dit zo is, staat dit bij het artikel in het hoofdstuk 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen' beschreven. In dat geval staat er ook bij hoe hoog deze lagere vergoeding is. Ook kan het in de aanvullende verzekering zo zijn dat wij de zorg alléén vergoeden als deze door een door ons gecontracteerde zorgverlener wordt verleend. U krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners dan niets vergoed. Ook dit staat dan beschreven in deze voorwaarden.

Hoe vindt u een gecontracteerde zorgverlener?

Het is dus belangrijk om te weten met welke zorgverleners Avéro Achmea wel of geen contract heeft. Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen Avéro Achmea een contract heeft? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.

Welke informatie vindt u in deze voorwaarden?

In deze voorwaarden leest u welke zorg u wel en niet vergoed krijgt uit de aanvullende verzekering(en).

De voorwaarden zijn, als volgt, ingedeeld:

- de 'Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen';
- de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'.

Hoe vindt u de zorg die u zoekt?

Uw zorg kan vergoed worden uit uw basisverzekering en/of uw aanvullende verzekering(en). De vergoedingen van de aanvullende verzekeringen vindt u op pagina 8 t/m 41.

Let op! Het kan zijn dat uw zorg uit zowel de basisverzekering als uw aanvullende verzekering vergoed wordt. U moet dan ook de polisvoorwaarden van uw basisverzekering raadplegen om de totale vergoeding te vinden.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat, dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen. U kunt deze toestemming telefonisch, per post of per e-mail bij ons aanvragen. Meer informatie over toestemming aanvragen vindt u op onze website. Hier kunt u ook de aanvraagformulieren downloaden.

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen Avéro Achmea

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzondering hierop is: artikel 1.1 lid a-d (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel 4.3 (Niet gecontracteerde zorgverleners).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen. Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

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

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag als:

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

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

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

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

2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

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

Vergoeding niet gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

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

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

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 9 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

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

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

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

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

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

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

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

- de basisverzekering;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekering

3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekeringen geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

4 Wat betaalt u?

4.1 Hoogte van uw premie

Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Stijgt uw premie doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt? Dan wijzigt de premie per 1 januari van het volgende jaar waarin u die leeftijd bereikt.

Heeft één van de ouders bij ons een basisverzekering en aanvullende verzekering afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering. Wordt deze persoon 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin deze persoon 18 jaar wordt.

4.2 Als u de premie niet op tijd betaalt

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

Is uw premieachterstand voldaan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar opnieuw een aanvullende verzekering afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan.

5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

5.1 Wij kunnen uw premie en/of voorwaarden wijzigen

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

5.2 Als u niet akkoord gaat met de wijzigingen

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

5.3 Soms is opzeggen na wijzigingen niet mogelijk

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

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

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

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

6.1 Uw aanvullende verzekering gaat in op 1 januari

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

6.2 Uw aanvullende verzekering wijzigen

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

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

Heeft u eerder dan in dit kalenderjaar een uitneembare volledige gebitsprothese laten plaatsen? En heeft u het lopende kalenderjaar nog geen kosten gedeclareerd op de aanvullende tandartsverzekering? Dan heeft u het recht om uw aanvullende tandartsverzekering te wijzigen of stop te zetten. Dan gaat de wijziging in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin wij het verzoek tot wijziging hebben ontvangen.

7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?

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

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

8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?

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

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

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

- a als u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (eventueel schriftelijk), terwijl die inlichtingen nodig zijn om de aanvullende verzekering goed uit te voeren;
- b als achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of als blijkt dat u omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang zijn;
- c als u fraude pleegt en dit is aangetoond. Wat wij onder fraude verstaan, staat in artikel 20 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering.

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

9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

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

10 Begripsbepalingen

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

Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekeringen die u heeft afgesloten als aanvulling op uw basisverzekering:

- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekering.

Ongeval

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

Wij/ons

Aon B.V.

Zorgverzekeraar

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

Vergoedingen Optimaal

Alternatief

1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

De kosten van consulten of behandelingen van alternatief genezers of therapeuten (artsen en niet-artsen) die wij vergoeden zijn:

Alternatief algemeen

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

Alternatieve geneeswijzen (bewegingsapparaat)

- a chiropractie
- b haptotherapie
- c manuele geneeskunde/orthomanipulatie
- d neuromusculaire therapie
- e orthopedische geneeskunde
- f osteopathie

Alternatieve geestelijke hulpverlening (mentale gezondheid)

- a gestalttherapie
- b haptotherapie
- c hypno- en regressietherapie
- d integratieve en/of lichaamsgerichte therapie
- e vaktherapie

Antroposofische geneeskunde

- a antroposofische geneeskunde door een antroposofisch arts
- b euritmitherapie
- c kunstzinnige therapie
- d psychische hulpverlening

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

- Optimaal homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.

Botten, spieren en gewrichten

2 Ergotherapie

Vergoeden wij de kosten van 10 uur ergotherapie vanuit de basisverzekering? Dan vergoeden wij als aanvulling op deze vergoeding, de kosten van extra uren ergotherapie.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor het recht op vergoeding van deze extra uren gelden dezelfde voorwaarden als voor vergoeding van ergotherapie vanuit de basisverzekering (zie artikel 1 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

- Optimaal 4 uur per persoon per kalenderjaar

3 Beweegprogramma's

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

In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten:

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

- Optimaal maximaal € 350,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

4 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

● Optimaal maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

5 Pedicurezorg bij een reumatische-, diabetische- of medische voet

Wij vergoeden de kosten van pedicurezorg bij een reumatische voet (5.1), een diabetische voet (5.2) of een medische voet (5.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

5.1 Pedicurezorg bij een reumatische voet

Heeft u een reumatische voet? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een medisch pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
 - artritis psoriatica (gewrichtsontsteking bij mensen met de huidziekte psoriasis)
 - Bechterew (Ziekte van)
 - chondrocalcinosis
 - jeugdreuma
 - chronische jicht aan de voet(en)
 - paget (botziekte)
 - polyneuropathie Chronische reactieve artritis
 - reumatoïde artritis
 - sclerodermie
 - ziekte van Still (jeugdreuma)
 - ernstige artrose aan de voet, met standsafwijkingen en/of vergroeiingen
- 2 De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP).
- 3 Gaat het om een (pedicure-)chiroprodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 4 Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
- 5 Bij een reumatische voet moet uit de nota blijken dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en welk type reumatische voet het gaat.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

5.2 Pedicurezorg bij een diabetische voet

Heeft u een diabetische voet met Zorgprofiel 1? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde aan de pedicure geven. Uit deze verklaring moet blijken dat u valt onder Zorgprofiel 1.
- 2 De pedicure moet ingeschreven staan één van de volgende registers:
 - in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert met de aantekening 'voetverzorging diabetici' (DV) of als medisch pedicure (MP).
 - het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV), dat beheerd wordt door KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) in samenwerking met de NMMV (Nederlandse Maatschappij van/voor Medisch Voetzorgverleners).

- 3 Gaat het om een (pedicure-)chiroprodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 4 Op de nota moet de zorgverlener het Zorgprofiel vermelden. Ook moet op de nota staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a voetonderzoek. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 38 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').
- b behandelingen vanaf Zorgprofiel 2. Deze vallen onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 38 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').
- c het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- d het knippen van nagels zonder medische reden.

5.3 Pedicurezorg bij een medische voet

Heeft u een medische voet? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure, pedicure-chiroprodist of pedicure in de zorg. U heeft een medische voet als er sprake is van 1 van onderstaande aandoeningen. En er medische klachten ontstaan als u niet behandeld wordt.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
 - perifere neuropathie;
 - HMSN;
 - parese voet (bijvoorbeeld door CVA);
 - dwarslaesie;
 - Sudeckse dystrofie/posttraumatische dystrofie;
 - arteriosclerose obliterans;
 - chronische tromboflebitis;
 - tromboangitis obliterans (ziekte van Buerger);
 - arteriële insufficiëntie;
 - ernstige standafwijkingen (met als gevolg veel eelt en likdoornvorming);
 - hamertenen;
 - keratoderma palmoplantaris;
 - tylootisch eczeem;
 - recidiverende erysipelas;
 - psoriasis nagels;
 - chemotherapie met problemen aan de nagels en voeten;
 - problemen aan de nagels en voeten door MS, ALS, spasme, morbus Kahler, Parkinson en epidermolysis bullosa.
- 2 De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert als medisch pedicure (MP).
- 3 Gaat het om een (pedicure-)chiroprodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 4 Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
- 5 Uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en welk type medische voet het gaat.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

- Optimaal maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 5.1, 5.2 en 5.3 samen

6 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie en (sport)steunzolen

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

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De podotherapeut moet geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Paramedici.
- 2 De behandelend sporttherapeut moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).
- 3 De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- 4 De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn geregistreerd bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- 5 De steunzolen moeten zijn geleverd of worden gerepareerd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij de NVOS Orthobanda. Sportsteunzolen moeten zijn geleverd door een sportpodotherapeut die gecertificeerd is door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS) of het VSO-Netwerk. U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportpodotherapeuten via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional. De leden van het VSO-netwerk kunt u vinden via de website www.vsonetwerk.nl. Het mag ook een steunzolenleverancier zijn die voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVOS Orthobanda of het VSO-Netwerk.
- 6 Uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, een behandeling, een hulpmiddel of een speciale techniek.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

● Optimaal maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar (sport)steunzolen

Buitenland

7 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Het ziekenvervoer moet voortvloeien uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- 2 Eurocross Assistance moet vooraf toestemming hebben gegeven en het vervoer regelen.

● Optimaal 100%

8 Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Gaat u op reis naar het buitenland? Dan vergoeden wij de kosten van consulten

noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland.

Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR) noodzakelijk zijn.

Op de website www.lcr.nl/Landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Hebben wij uw zorgverlener niet gecontracteerd? Dan kan een eigen betaling gelden voor consulten en vaccinaties.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen.

- Optimaal consulten en vaccinaties:
 - 100% bij een gecontracteerde zorgverlener
 - maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener
 - preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): 100% bij een gecontracteerde apotheek

9 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (9.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (9.2), vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.3), overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.4) en overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland (9.5). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

9.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

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

Wij vergoeden de kosten voor:

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- 2 U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via Eurocross Assistance.

- Optimaal aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

9.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

● Optimaal maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

9.3 Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

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

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
- 2 Er moet sprake zijn van wachttijdverkorting.
- 3 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Wij bepalen of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft.

● Optimaal taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,30 per kilometer

9.4 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

Wordt u vanuit Nederland voor zorg opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 9.3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'? Dan vergoeden wij voor uw gezinsleden:

- a de overnachtingskosten in een gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt;
- b het vervoer per eigen auto, openbaar vervoer of taxivervoer van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,30 per kilometer.

Voorwaarde voor vergoeding

- 1 Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
- 2 Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoers- en/of overnachtingskosten heeft gemaakt.

● Optimaal maximaal € 35,- per nacht tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen voor de gemaakte overnachtings- en vervoerskosten.

9.5 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet- spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij:

- a de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
- b vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
- b overnachtings- en /of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
- c overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk maar momenteel in Nederland niet beschikbaar is en/of niet kan worden uitgevoerd en waar u redelijkerwijs op inhoud en omvang bent aangewezen. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
 - 2 U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
 - 3 U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
 - 4 De medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.
- Optimaal overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht
vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer.
Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

10 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder (10.1), voor verzekerden tot 18 jaar (10.2). Ook vergoeden wij, bij een geselecteerd aantal aandoeningen, de kosten van fysiotherapeutische nazorg (10.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

10.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder

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

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.1 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'). De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 2 Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kinderfysiotherapie
 - bekkenfysiotherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrische fysiotherapie
 - psychosomatische fysiotherapie
 - kinderoefentherapie
 - psychosomatische oefentherapieWilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.
- 3 Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.
- 4 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelingen daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- e een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel 3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'.

- Optimaal maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie)

10.2 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

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

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.1 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 2 Ontvangt u bijzondere fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VVOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kinderfysiotherapie
 - bekkenfysiotherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrische fysiotherapie
 - psychosomatische fysiotherapie
 - kinderoefentherapie
 - psychosomatische oefentherapieWilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.
- 3 Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.
- 4 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelingen daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- e een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel 3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'.

● Optimaal 100% (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie)

10.3 Fysiotherapeutische nazorg

Wij vergoeden de kosten van fysiotherapeutische nazorg in verband met:

- a oncologische nazorg: behandeling voor behoud of verbetering van fitheid rondom de medische behandeling van kanker én op herstel gerichte behandeling van klachten van (dreigend) lymfoedeem, littekenweefsel of andere problemen als gevolg van de medische behandeling van kanker;
- b CVA nazorg: fysiotherapeutische zorg na een beroerte (CVA, cerebro vasculair accident) door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie;
- c hart- en vaatziekten door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.1 en/of 3.4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

Voorwaarde voor vergoeding

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

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Wilt u alle behandelingen vergoed krijgen? Dan moet u de fysiotherapeutische nazorg volgen bij een PlusPraktijk fysiotherapie die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Kiest u voor een zorgverlener die wij hiervoor niet gecontracteerd hebben? Dan heeft u alleen recht op vergoeding vanuit artikel 10.1 en 10.2.

Wilt u weten met welke PlusPraktijken fysiotherapie wij hiervoor een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.

● Optimaal 100%

11 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (11.1), lessen in camouflage (11.2) en elektrische, IPL- of laserepilatie (11.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden:

11.1 Acnébehandeling

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische middelen.

- Optimaal maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

11.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van lessen in camouflage door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut en de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 Het moet gaan om de behandeling van littekens, wijnvlekken of pigmentvlekken in hals en gezicht.
- 3 De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.
- 4 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

- Optimaal maximaal € 200,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

11.3 Elektrische epilatie, IPL- of laserepilatie

Wij vergoeden de kosten van:

- a elektrische epilatie en Intense Pulsed Lightbehandelingen (IPL-behandelingen) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichts- en/of halsbehaarung hebben;
- b laserepilatiebehandelingen door een huidtherapeut of een instelling waar een dermatoloog aan is verbonden, bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichts- en/of halsbehaarung hebben.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen van cosmetische aard.

- Optimaal maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

12 Hulpmiddelen

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

12.1 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor pruiken.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een pruik vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

- Optimaal maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

12.2 Hoofdbedekking of toupim bij een medische behandeling of alopecia (haarverlies)

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

- Optimaal maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

12.3 Persoonlijke alarmeringapparatuur op medische indicatie

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van persoonlijke alarmeringsapparatuur.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet recht hebben op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van 'het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').
- 2 Bij een niet-gecontracteerde leverancier moet u van ons vooraf toestemming hebben gekregen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Hebben wij uw leverancier niet gecontracteerd? Dan vergoeden wij een deel van de abonnementskosten.

U kunt rechtstreeks contact opnemen met de gecontracteerde leverancier. Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.

- Optimaal 100% bij een door ons gecontracteerde leverancier of
bij een niet-gecontracteerde leverancier maximaal € 60,- per kalenderjaar

12.4 Plakstrips mammaprothese

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

- Optimaal 100%

12.5 Kunsttepels of mamillaprothese (maatwerktepelprothese)

Wij vergoeden de kosten van een zelfklevende tepel die door vrouwen gebruikt kan worden op een borst- of een deelprothese. Dit is ook bedoeld voor vrouwen met een borstreconstructie, die wachten op een permanente tepelreconstructie. Wij vergoeden een mamillaprothese (maatwerktepelprothese) als deze prothese niet onder de vergoedingsregeling van de basisverzekering valt.

● Optimaal 100%

12.6 Plaswekker

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

● Optimaal maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

12.7 Trans-therapie

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodempfysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.

● Optimaal 100%

12.8 Handspalk

Wij vergoeden de kosten van een handspalk wanneer deze nodig is voor fysiotherapeutische nazorg bij specialistische handproblematiek.

Voorwaarde voor vergoeding

De handspalk moet zijn geleverd door een handtherapeut, die het certificaat handtherapeut (CHT-NL bezit). U vindt de CHT-NL gecertificeerde handtherapeuten via de website www.handtherapie.com/zoek-uw-handtherapeut.

● Optimaal maximaal € 40,- per persoon per kalenderjaar voor een kleine vinger- of duimspalk
maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar voor een pols-, hand- of grote duimspalk
maximaal € 90,- per persoon per kalenderjaar voor een dynamische of statische spalk

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

13 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor farmaceutische zorg (13.1). Ook vergoeden wij de kosten van sommige geneesmiddelen: melatonine (13.2), anticonceptiva (13.3) en geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden (13.4). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

13.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Sommige medicijnen betaalt u deels zelf en vergoeden wij deels vanuit de basisverzekering. Het deel dat u zelf moet betalen is de wettelijke eigen bijdrage. Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om farmaceutische zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering of de aanvullende verzekering. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. Hierbij maken wij onderscheid in de vergoeding voor de eigen bijdrage voor geneesmiddelen met methylfenidaat retard, atomoxetine, dexamfetamine en guanfacine (artikel 13.1.1) en de vergoeding voor de eigen bijdrage voor overige geneesmiddelen (artikel 13.1.2).

13.1.1 Wettelijke eigen bijdrage methylfenidaat retard, atomoxetine, dexamfetamine en guanfacine

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS) van de volgende geneesmiddelen:

- 1 Methylfenidaat retard
- 2 Atomoxetine
- 3 Dexamfetamine
- 4 Guanfacine

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a De eigen bijdrage die u moet betalen, omdat u het maximum overschrijdt van de maximale vergoedingen voor de (deel) prestaties farmacie geneesmiddelen en dieetpreparaten.
- b De wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om andere geneesmiddelen dan met methylfenidaat retard, atomoxetine, dexamfetamine of guanfacine. Alleen als u een aanvullende verzekering heeft afgesloten, worden deze (deels) kosten vergoed vanuit artikel 13.1.2.
- c De wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS) voor anticonceptiva. Alleen als u een aanvullende verzekering heeft afgesloten, worden deze kosten vergoed vanuit artikel 13.3.

● Optimaal maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

13.1.2 Wettelijke eigen bijdrage overige geneesmiddelen

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS) voor andere geneesmiddelen dan met methylfenidaat retard, atomoxetine, dexamfetamine of guanfacine.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a de eigen bijdrage die u moet betalen, omdat u het maximum overschrijdt van de maximale vergoedingen voor de (deel) prestaties farmacie geneesmiddelen en dieetpreparaten.
- b de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om geneesmiddelen met methylfenidaat retard, atomoxetine, dexamfetamine of guanfacine in verband met de behandeling van bijvoorbeeld Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) die vergoed worden vanuit de basisverzekering. Alleen als u de aanvullende verzekering Optimaal of Excellent heeft afgesloten worden deze kosten vergoed vanuit artikel 13.1.1.
- c de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS) voor anticonceptiva. Alleen als u een aanvullende verzekering heeft afgesloten, worden deze kosten vergoed vanuit artikel 13.3.

● Optimaal maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

13.2 Melatonine

Wij vergoeden de kosten van generieke melatoninetabletten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De melatoninetabletten moeten zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog die verbonden is aan een instelling die wij hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.
- 2 U moet de melatoninetabletten ontvangen van internetapotheek eFarma.

● Optimaal 100%

13.3 Anticonceptiva

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden:

- a van 21 jaar en ouder de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld.
- b de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om anticonceptiva die vergoed wordt vanuit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist moet het anticonceptiemiddel hebben voorgeschreven.
- 2 Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist noodzakelijk.

- 3 Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.
- 4 Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een apotheek.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorragie (hevig bloedverlies).

● Optimaal 100%

13.4 Geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden

Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de geneesmiddelen en apotheekbereidingen in één van de volgende gevallen:

- a als ze niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor vergoeding zijn opgenomen;
- b als apotheekbereidingen niet vanuit de basisverzekering vergoed worden.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- 2 Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.
- 3 Het geneesmiddel moet worden gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een lijst die wij hebben opgesteld. Op deze lijst staan geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist of een huisarts met wie wij een contract hebben. Daarnaast moet het geneesmiddel zijn geleverd door een apotheek die wij hebben gecontracteerd. Kiest u voor een medisch specialist, huisarts of apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke zorgverleners en apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.

● Optimaal maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticen, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 14 tot en met 17) gaan wij hierop in. Heeft u ook een aanvullende tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de aanvullende tandartsverzekeringen en daarna vanuit deze aanvullende verzekeringen, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

14 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

● Optimaal 90% tot maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

15 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij alleen de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- 2 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?

● Optimaal 100%

Let op! De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel 14 van deze polisvoorwaarden.

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

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

● Optimaal maximaal € 10.000,- per ongeval

Ogen en oren

17 Brillen en contactlenzen

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
- b prismabrillen;
- c de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen en/of lenzen die worden vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen');
- d losse monturen en/of accessoires;
- e gekleurde contactlenzen.

- Optimaal maximaal € 200,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

18 Ooglaseren en lensimplantatie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van ooglaseren (19.1) en lensimplantatie (19.2).

18.1 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG). Is de specialist niet geregistreerd bij het NOG, dan moet hij voldoen aan de richtlijnen van dit genootschap en zich houden aan de criteria gesteld in de consensus refractiechirurgie.

Let op! In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.

18.2 Lensimplantatie

Wij vergoeden de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij vergoeding van een staaroperatie uit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Als u recht heeft op vergoeding van lensimplantatie vanuit de basisverzekering geldt deze vergoeding voor de meerkosten.
- 2 Bij implantatie van een torische lens moet u of uw arts een medische verklaring kunnen overhandigen waarin staat waarom u geen bril verdraagt.

- Optimaal maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering voor de kosten onder de artikelen 19.1 en 19.2 samen
Excellent maximaal € 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering voor de kosten onder de artikelen 19.1 en 19.2 samen

19 Oorstandcorrectie voor verzekerden tot 18 jaar (zonder medische noodzaak)

Wij vergoeden voor verzekerden tot 18 jaar de kosten van cosmetisch chirurgische correctie van de oorstand door een medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De correctie van de oorstand moet uitgevoerd worden door een zorgverlener die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Kiest u voor een zorgverlener die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.

- Optimaal 100%

Spreken en lezen

20 Stottertherapie

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

- Optimaal maximaal € 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Vervoer

21 Eigen bijdrage vervoerskosten

Heeft u recht op vergoeding van vervoer op grond van artikel 19 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage die u hiervoor verschuldigd bent.

- Optimaal 100% van de wettelijke eigen bijdrage

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

22 Mammaprint

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

Voorwaarde voor vergoeding

Het laboratorium Agendia moet het onderzoek uitvoeren.

- Optimaal 100%

23 Overnachting in een gasthuis en vervoer bezoek bij ziekenhuisverblijf

Verblijft u in een ziekenhuis in Nederland, België of Duitsland? Dan vergoeden wij voor uw bezoek de kosten van:

- a overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt;
- b het vervoer per eigen auto of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis. En de kosten van vervoer tussen gasthuis en ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,30 per kilometer;
- c openbaar vervoer (tweede klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis. En de kosten van openbaar vervoer tussen gasthuis en ziekenhuis.

Voorwaarde voor vergoeding

- 1 U moet verblijven in een ziekenhuis dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt.
- 2 Verblijft u in een ziekenhuis in België of Duitsland? Dan vergoeden wij de kosten alleen, als er geen sprake is van zorgbemiddeling zoals bedoeld in artikel 9.4 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'.
- 3 Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
- 4 Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoers- en/of overnachtingskosten heeft gemaakt.

- Optimaal maximaal € 35,- per nacht voor de gemaakte overnachtingskosten. Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten

24 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

- Optimaal maximaal € 35,- per nacht

25 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie.

Voorwaarden voor vergoeding

De behandeling moet plaatsvinden in:

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet u laten behandelen door een hiertoe bevoegde huisarts of een medisch specialist die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Kiest u voor een huisarts die hiervoor niet bevoegd is of een medisch specialist die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke medisch specialisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.

- Optimaal 100%

26 2e Arts Online

Wij vergoeden de kosten van 2e Arts Online. Dit is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U neemt contact op met de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 071 – 751 00 98. Uw persoonlijke zorgcoach stuurt de aanvraag naar 2e Arts Online. U kunt deze aanvraag op de tool via een inlogcode zelf aanvullen en een eigen medisch specialist van het betreffende specialisme kiezen. De medisch specialist van 2e Arts Online krijgt via de online tool uw vraag en beantwoordt deze binnen 3 werkdagen met een toelichting over de gestelde diagnose, behandeling en/of onderzoek.

- Optimaal 100%

27 Second opinion door Royal Doctors

Wij vergoeden de kosten van een second opinion door Royal Doctors. De second opinion wordt uitgevoerd door een (internationale) specialist uit het netwerk van Royal Doctors. De beoordeling vindt plaats op basis van uw bestaande medisch dossier. U wordt niet fysiek door een specialist van Royal Doctors onderzocht.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet deze second opinion vooraf telefonisch aanvragen bij ons.

- Optimaal 100%

28 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

- Optimaal adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur
óf
medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

29 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg

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

- Optimaal 100%

30 Borstkolfapparaat

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a losse onderdelen van het borstkolfapparaat;
- b de aanschaf van tweedehands borstkolven.

- Optimaal maximaal € 75,- per zwangerschap

31 Kraampakket

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

- Optimaal 100%

32 Kraamzorg

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

32.1 Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum

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

● Optimaal 100%

32.2 Eigen bijdrage kraamzorg in een ziekenhuis, zonder medische indicatie

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

● Optimaal 100%

32.3 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een kraamcentrum. Met uitgestelde kraamzorg wordt bedoeld, kraamzorg verleend na de 10e dag van de geboorte van het kindje.

Voorwaarde voor vergoeding

Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

● Optimaal maximaal 15 uur per zwangerschap

33 Lactatiekundige zorg

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

● Optimaal maximaal € 80,- per persoon per kalenderjaar

34 TENS bij bevalling

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

Alleen gecontracteerd vergoed

Let op! U moet de TENS laten leveren door een leverancier die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.

● Optimaal 1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

35 Zelfhulpprogramma “Slimmer Zwanger”

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

● Optimaal 1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

36 Zwangerschapscursus

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

- a die u tijdens de zwangerschap voorbereiden op de bevalling en/of die u begeleiden tijdens de bevalling;
- b die uw fysieke herstel na de bevalling bevorderen.

Voorwaarden voor vergoeding

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

● Optimaal maximaal € 75,- per persoon per zwangerschap

Overig

37 Hospice

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

● Optimaal maximaal € 40,- per dag

38 Hulp aan huis voor verzekerden van 18 jaar en ouder bij ADL-uitval na ziekenhuisverblijf

Heeft u langer dan 24 uur in een ziekenhuis gelegen? En mocht u na het ontslag naar huis? Dan geven wij verzekerden van 18 jaar en ouder een vergoeding (budget) voor extra hulp aan huis. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de mate van ADL-uitval (algemene dagelijkse levensverrichtingen, denk aan wassen en aankleden). Met dit budget kunt u zelf aanvullende zorg inkopen om zo uw ADL-uitval te compenseren.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wilt u in aanmerking komen voor deze vergoeding? Neem dan binnen 10 werkdagen na ontslag uit het ziekenhuis vooraf contact op met de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 071 751 00 98.
- 2 De mate van de ADL uitval wordt door de Persoonlijke Zorgcoach aan de hand van een protocol vastgesteld. Op basis van de uitkomst stellen wij de financiële vergoeding vast. De vragen dienen naar waarheid te worden beantwoord en, als wij hierom vragen met bewijsmateriaal te kunnen worden aangetoond.
- 3 De vergoeding voor hulp aan huis mag alleen aansluitend na een ziekenhuisverblijf met ontslag naar huis worden aangevraagd.
- 4 Er is maar 1 keer recht op vergoeding als er binnen 8 weken meerdere ziekenhuisverblijven zijn.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

- a na verblijf in een ziekenhuis als gevolg van een bevalling, tenzij er sprake is van een complicatie;
- b na verblijf op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een (psychiatrisch) ziekenhuis;
- c na revalidatie of eerstelijnsverblijf in een zorginstelling die aansluitend is aan de ziekenhuisopname;
- d na een poliklinische behandeling waarbij u binnen een dag (24 uur) naar huis gaat;
- e wanneer u na de 10e werkdag na ontslag uit het ziekenhuis met ons belt.

- Optimaal – maximaal € 1.000,- per persoon na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)

39 Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s)

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De kinderopvang moet worden geregeld en geleverd door een instelling voor kinderopvang waarmee wij een contract hebben afgesloten. Kiest u voor een instelling die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke kinderopvang wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

- Optimaal – maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%

40 Leefstijlinterventies

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

40.1 Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of (sport)diëtist

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

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De gewichtsconsulent moet aangesloten zijn bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de BGN.
- 2 De sportdiëtist moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportdiëtisten via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a én voedingsvoorlichting én diëtetiek (41.1) voor dezelfde diagnose
- b groepsbehandelingen voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent

- Optimaal – maximaal € 120,- per persoon per kalenderjaar

40.2 (Preventieve) cursussen

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

- a Bij hartproblemen een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen. De cursus wordt georganiseerd door een thuiszorginstelling. Wij vergoeden niet de kosten van een sportvereniging of fitnesscentrum.
- b Bij lymfoedeem een bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus met als doel patiënten te leren zelf actief bij te dragen aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent. Deze docent moet de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem hebben gevolgd bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN). Een lijst met bevoegde docenten vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

- c Bij reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hun ziekte. De cursus moet worden georganiseerd door het Reumafonds of een thuiszorginstelling.
- d Bij diabetes type 2 een patiënten-, basis- of vervolgeducatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.
- e Bij afvallen 1 van onderstaande geselecteerde cursussen voor voedingsadvies:
 - 1 van de schriftelijke en online programma's georganiseerd door Happy Weight;
 - het cursusaanbod van Biamed Nederland;
 - het cursusaanbod van Lekker Puh!;
 - het cursusaanbod van Weight Watchers;
 - de cursus Sportief afvallen bij een thuiszorgorganisatie;
 - de cursus goede voeding voor ouderen georganiseerd door een thuiszorgorganisatie.
- f Een basis reanimatiecursus via een opleidingsinstituut welke geregistreerd is bij de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).
- g Een EHBO cursus die opleidt tot het diploma Eerste Hulp van het Oranje Kruis of het certificaat Eerste Hulp van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).
- h Een cursus eerste hulp bij kinderongevallen die opleidt tot het certificaat van het Oranje Kruis of het certificaat van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).
- i Een cursus lekker in je vel. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- j Cursussen georganiseerd door patiëntenverenigingen. De cursus moet worden georganiseerd door een patiëntenvereniging die aangesloten is bij Patiëntenfederatie Nederland of bij het netwerk leder(in).
- k Een cursus kanjertraining. De cursus moet worden gegeven door licentiehouders aangesloten bij Instituut voor Kanjertrainingen B.V..
- l Het programma Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO).

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

● Optimaal maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar

40.3 Voedings- en beweegprogramma 'Afvallen & Afblijven'

Wij vergoeden de kosten van het 12 weekse voedings- en beweegprogramma 'Afvallen & Afblijven'.

Voorwaarde voor vergoeding

Het programma moet georganiseerd zijn door een aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

Wilt u weten met welke aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.

● Optimaal maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

40.4 Slaapcursus

Wij vergoeden de kosten van:

- a een online slaapcursus of 'de slaapproach', waarbij u online professioneel advies en praktische oplossingen krijgt om beter te slapen. De cursus moet worden georganiseerd door Somnio.
- b Een cursus slapen kun je leren. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

● Optimaal maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

40.5 Cursus verminderen alcoholgebruik

Wij vergoeden de kosten van (preventieve) cursussen voor het verminderen van alcoholgebruik.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

● Optimaal maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

40.6 Mindfulness

Wij vergoeden de kosten van een Mindfulness training.

Voorwaarde voor vergoeding

De Mindfulness training moet gegeven worden door een trainer die is aangesloten bij de Vereniging Mindfulness Based trainers in Nederland en Vlaanderen (VMBN). Deze kunt u vinden op de website www.vmbn.nl.

● Optimaal maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

40.7 Counselling

Wij vergoeden de kosten van counselling. Counseling is een kortdurende vorm van individuele psychosociale begeleiding.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandelend counsellor moet zijn aangesloten bij de Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC).

● Optimaal maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

40.8 Zorg voor vrouwen

Wij vergoeden de kosten van gezondheidsadviezen, Overgangsklachten, Zwanger worden & Zwangerschap, Menstruatieproblemen, Anticonceptie en Borstzelfonderzoek.

Voorwaarde voor vergoeding

Het consult moet worden gegeven door een zorgverlener die is aangesloten bij Care for Women. U mag voor de overgangsklachten ook naar een overgangsconsulent van de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVO). Of een zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van voedingssupplementen of geneesmiddelen.

● Optimaal maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

40.9 Zelfhulpprogramma IncoCure

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met incontinentieproblemen de kosten van het online behandelingstraject van IncoCure.

Dit zelfhulpprogramma bestaat uit een digitale vragenlijst, waarna u online een diagnose krijgt. U krijgt behandeladvies op maat. Voor het invullen van de vragenlijst kunt u rechtstreeks naar de website van IncoCure: www.incocure.com.

● Optimaal maximaal € 15,- per persoon per kalenderjaar

40.10 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal 1 basis leefstijltraining voor:

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

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 2 De cursus moet zijn georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching.

● Optimaal maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

40.11 health Check

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

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Wij vergoeden deze zorg bij verpleegkundigen van Care for Human die wij hiervoor hebben gecontracteerd of een andere aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u een afspraak maken met een verpleegkundigen van Care for Human? Ga dan naar hun website. Kiest u voor een aanbieder die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.

- Optimaal 1 keer per persoon per kalenderjaar

41 Hulp bij mantelzorg

Bent u mantelzorger of ontvangt u mantelzorg? Dan geven wij een vergoeding (bedrag) voor de kosten van noodzakelijke ondersteuning ter voorkoming van uitval van de mantelzorger voor u als mantelzorger of voor u als u mantelzorg ontvangt. Dit bedrag kunt u bijvoorbeeld inzetten:

- tals u thuis mantelzorg ontvangt. Dan kunt u bij tijdelijke afwezigheid van die mantelzorg de kosten van vervangende zorg betalen;
- tvoor tijdelijke professionele ondersteuning door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, financiën etc. (mantelzorgmakelaar);
- tvoor mantelzorginstructies, mantelzorgcoaching en mantelzorgcursussen.

U ontvangt voor de ondersteuning het bedrag wat hiervoor nodig is tot maximaal het verzekerde bedrag.

Van mantelzorg is sprake als er onbetaald, langdurig en/of intensief wordt gezorgd voor een chronisch zieke of gehandicapte.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet vooraf toestemming van ons hebben gekregen. U kunt hiervoor telefonisch contact opnemen met uw Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 071 – 751 00 98. De Persoonlijke Zorgcoach bekijkt eerst of zij u voldoende informatie en hulp kan geven en bepaalt daarna welke ondersteuning u nodig heeft en hoeveel dit kost. Vervolgens stelt de Persoonlijke Zorgcoach de hoogte van het te ontvangen bedrag vast.
- 2 Als de mantelzorger en degene die mantelzorg ontvangt, beiden een aanvullende verzekering hebben die recht geeft op vergoeding van hulp bij mantelzorg, wordt hulp bij mantelzorg eerst vergoed op grond van de aanvullende verzekering van de mantelzorger en pas daarna op grond van de aanvullende verzekering van degene die mantelzorg ontvangt. Als er meerdere mantelzorgers voor 1 hulpbehoevende zijn, wordt de vergoeding hulp bij mantelzorg aan 1 mantelzorger verleend.
- 3 Wanneer u de vergoeding wilt inzetten voor vervanging van de mantelzorger, dan moet de mantelzorger afwezig zijn op moment dat de vervangende mantelzorg wordt ingezet.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

- a Kosten kunnen maar 1 keer gedeclareerd worden. Wij vergoeden de kosten voor de verleende diensten niet aan zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.
- b Wij vergoeden de kosten voor de verleende diensten niet wanneer er sprake is van betaalde mantelzorg en deze kosten worden vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (JW) of Wet langdurige zorg (Wlz).
- c Wij vergoeden de kosten voor vervangende (mantel)zorg niet als er sprake is van een betaalde mantelzorger via een PGB.
- d Wij vergoeden de kosten voor u niet als u minder dan 3 maanden en minder dan 8 uur per week mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt.
- e Wij vergoeden niet de kosten van het inzetten van extra uren mantelzorg bij (tijdelijke) achteruitgang in de gezondheidssituatie. U dient hiervoor een indicatie aan te vragen.

- Optimaal maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar (afhankelijk van het bedrag dat nodig is voor de noodzakelijke ondersteuning)

42 Sportmedische onderzoeken sportarts

Wij vergoeden de volgende kosten door een sportarts in een Sportmedische Instelling:

- a een sportmedisch onderzoek;
- b een sportkeuring;
- c een inspanningsonderzoek.

Voorwaarde voor vergoeding

De sportarts of Sportmedische Instelling moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

- Optimaal maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

43 Sportmedische begeleiding

Wij vergoeden de kosten van sportmedische begeleiding (trainingsadvies en individueel trainingsschema op basis van uitkomsten sportmedisch onderzoek) door een sportarts in een Sportmedische instelling.

Voorwaarde voor vergoeding

- 1 Er moet vooraf een sportmedisch onderzoek door een sportarts zijn uitgevoerd in een Sportmedische Instelling.
- 2 De Sportmedische Instelling moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

- Optimaal maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

44 Sport- of koelbrace

Wij vergoeden de kosten van een sport-of koelbrace.

- Optimaal 1 sport- of koelbrace per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 50,-

45 Hardlooptcoaching bij blessures

Wij vergoeden de kosten van het online coachingstraject van FysioRunning. Dit traject bestaat uit een screening en begeleiding van maximaal 13 weken.

Voor registratie/screening kunt u rechtstreeks naar de website www.fysiorunning.nl.

- Optimaal 1 online coachingstraject van FysioRunning per persoon per kalenderjaar

46 Therapeutische vakantiekampen

Wij vergoeden de kosten van therapeutische vakantiekampen voor kinderen (47.1) en voor gehandicapten (47.2). Op deze vakantiekampen leert u omgaan met uw ziekte, aandoening of handicap, door training met lotgenoten.

46.1 Therapeutisch vakantiekamp voor kinderen

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een betalingsbewijs aan ons geven.

- Optimaal maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

46.2 Therapeutisch vakantiekamp voor gehandicapten

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een betalingsbewijs aan ons geven.

- Optimaal – maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar