

POLISVOORWAARDEN 2009

T@KE 1	T@ND 50
T@KE 2	T@ND 250
T@KE 3	T@ND 500



**TAKE
CARE
NOW!**
100% Agis Zorgverzekeringen

BESTE VERZEKERDE,

Dit zijn polisvoorwaarden van de TakeCareNow! internet aanvullende verzekeringen.

TakeCareNow maakt deel uit van Agis Zorgverzekeringen.

In deel I vind je de voorwaarden van de t@ke 1, t@ke 2 en de t@ke 3, in deel II de voorwaarden van de t@nd 50, de t@nd 250 en de t@nd 500. In de polisvoorwaarden kun je lezen waar je als verzekerde recht op hebt en hoe je van deze rechten gebruik kunt maken.

INHOUDSOPGAVE

De inhoudsopgave wijst je de weg in de dekkingsrubrieken.

LIJST VAN VERSTREKKINGEN

In deze lijst vind je omschreven onder welke voorwaarden je kosten zijn gedekt, welke vormen van zorg onder deze verzekering vallen en in welke mate deze voor vergoeding in aanmerking komen.

In de omschrijving van de dekkingen wordt per dekkingsonderdeel zo veel mogelijk uitgegaan van: Omschrijving, Zorgverlening, Vergoeding, Voorschrift en Bijzonderheden.

Agis Zorgverzekeringen

Oktober 2008

INHOUDSOPGAVE

ALGEMENE VOORWAARDEN	5
DEEL I T@KE 1, T@KE 2 EN T@KE 3	8
LIJST VAN VERSTREKKINGEN	8
1 PREVENTIE	8
a Gezondheids- en zelfmanagement cursussen	8
b Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen	8
c Anticonceptiva (condooms)	9
2 ZIEKENHUIS EN DAARMEE SAMENHANGENDE ZORG	9
a Correctie flaporen	9
b Sterilisatie	9
c Ouderverblijf bij opname kind	10
d Verblijfkosten (partner) na transplantatie	10
3 ZORG IN VERBAND MET DE GEBORTE VAN EEN KIND	10
a Kinderwensconsult (preconceptiezorg)	10
b Niet-klinische bevalling (eigen bijdrage)	11
c Topkraamzorg	11
d Kraamzorg na ziekenhuisopname	11
e Kraamzorg na adoptie	11
f Zwangerschapscursus	12
g Heupondersteuningsband bij zwangerschap	12
h Hulp bij borstvoedingsproblemen	12
4 THUISZORG	12
a Vervangende mantelzorg tijdens vakantie	12
5 HULPMIDDELEN	13
a Hoortoestel (eigen bijdrage)	13
b Brillen en/of contactlenzen	13
c Orthopedisch/allergeenvrij schoeisel of verbandschoenen (eigen bijdrage)	13
d Plaswekker	14
e Pruik (eigen bijdrage)	14
f Probe (elektrode ten behoeve van apparatuur gebruikt bij bekkenbodemplachten)	14
6 MONDZORG	14
a Orthodontie	14
b Mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar (met uitzondering van orthodontie en de uitneembare volledige gebitsprothese)	15
7 PARAMEDISCHE HULP	15
a Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	15
b Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar	16
c Oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar	17
d Oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar	18
e Beweegprogramma's	18

8 PSYCHISCHE ZORGVERLENING	19
a Aanvullende eerstelijnspsychologische zorg	19
b (Kortdurende) psychosociale hulp	19
c Eerstelijnspsychologische zorg (eigen bijdrage)	20
9 ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN, OVERIGE PSYCHISCHE ZORGVERLENING EN ANTROPOSOFISCHE GENEESKUNDE	20
a Alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening	20
1 Alternatieve geneeswijzen	20
2 Overige psychische zorgverlening	20
b Antroposofische geneeskunde	21
10 THERAPIËN	22
a Acnétherapie	22
b Camouflagetherapie	22
c Elektrische- of laserepilatie	22
d Stottertherapie	23
e Begeleid bewegen in verwarmd water	23
1 Groepszwemmen bij patiëntenvereniging voor MS, reuma- en hartpatiënten	23
2 Warmwaterbad	23
f Podo(posturaal)therapie en/of steunzolen	23
g Psoriasis therapie	24
h UVB lichttherapie (huur cabine)	24
11 EXTRA VERGOEDINGEN	24
a Sport Medisch Advies	24
b Zorghotel en/of herstellingsoord	24
c Kuurbehandeling	25
d Therapeutisch kamp	25
e Lidmaatschap patiëntenvereniging en ouderenbond	25
f Besnijdenis	25
g Vakantiereis van de Nederlandse Branchevereniging Aangepaste Vakanties	26
h Reiskosten ziekenbezoek	26
i Pedicure bij diabetes- of reumapatiënten	26
12 SPOEDEISENDE HULP IN HET BUITENLAND (WERELDDEKING)	27
BIJLAGE BEROEPSVERENIGINGEN/REGISTERS	30
DEEL II FACULTATIEVE DEKKING MONDZORG T@ND 50, T@ND 250 EN T@ND 500	32

ALGEMENE VOORWAARDEN

1 TOEPASSELIJKHEID ALGEMENE VOORWAARDEN

- 1 De Algemene Voorwaarden van de Agis hoofdverzekering (zie de begripsomschrijving aldaar) gelden integraal ook voor de Agis aanvullende verzekeringen, inclusief de tandartsverzekeringen.
Terzake van de premiebetaling en de gevolgen van premieschuld geldt echter altijd de hieronder volgende paragraaf 3.
- 2 Voor de dekking van de verschillende polissen geldt hetgeen in de lijst van verstrekkingen van de desbetreffende polis staat vermeld.
Naast of in afwijking van de in artikel 1, lid 1 bedoelde integraal geldende Algemene Voorwaarden van de hoofdverzekering gelden de hieronder staande specifieke voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen, inclusief de tandartsverzekeringen.

2 DIVERSE SPECIFIEKE BEPALINGEN DIE VAN TOEPASSING ZIJN OP DE AANVULLENDE VERZEKERINGEN (INCLUSIEF TANDARTSVERZEKERINGEN)

- 1 De verzekeraar is bevoegd een aspirant-verzekerde de toelating tot de aanvullende verzekering te weigeren:
 - a in geval een hoofdverzekering of aanvullende verzekering wegens wanbetaling door verzekeraar is beëindigd en als is komen vast te staan dat de verzekeraar in het verleden schade heeft geleden door onrechtmatige gedraging van de aspirant-verzekerde.
 - b voor bepaalde tandartsverzekeringen geldt medische acceptatie.
- 2 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering (tenzij de verzekeraar toestemming geeft hiervan af te wijken).
- 3 De aanvullende verzekering geldt gedurende een kalenderjaar. Wanneer de inschrijving in de loop van het kalenderjaar plaatsvindt, heeft de verzekering een looptijd vanaf de dag waarop de inschrijving plaatsvindt tot het einde van het betreffende kalenderjaar. De verzekering wordt telkenmale stilzwijgend met een kalenderjaar verlengd, tenzij de verzekeringnemer deze overeenkomst opzegt als bepaald in artikel 6 (van de Algemene Voorwaarden in de hoofdverzekering).
- 4 Als de verzekerde is ingeschreven voor een aanvullende verzekering wordt dat vermeld op het polisblad van de hoofdverzekering.
- 5 Als de verzekeringnemer tegelijkertijd inschrijving vraagt voor zowel de hoofdverzekering als de aanvullende verzekering, wordt de verzekerde ingeschreven op de dag waarop deze op grond van de hoofdverzekering aanspraak kan maken op prestaties. Deze gelijktijdige inschrijving vindt echter niet plaats als de verzekerde met terugwerkende kracht voor de hoofdverzekering wordt ingeschreven. In dat geval gaat de aanvullende verzekering in op de datum van binnenkomst van het aanvraagformulier dan wel wijzigingsformulier en de acceptatie door verzekeraar van de verzekeringnemer. De leden 2 en 4 van dit artikel zijn onverminderd van toepassing.
- 6 De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering binnen 14 dagen na verzending van het polisblad schriftelijk opzeggen. De aanvullende verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan.
Dit houdt in dat de verzekeraar de eventueel reeds betaalde premie terugstort en de verzekeringnemer is gehouden de eventueel betaalde zorgkosten terug te betalen.

- 7 Door aanvaarding van het polisblad neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat hij in voor de juistheid en volledigheid van de aan verzekeraar verstrekte mededelingen.
- 8 De verzekeringnemer heeft eenmaal per jaar - en wel telkens per 1 januari - de gelegenheid om van pakket te veranderen. Bij omzetting naar een andere tandartsverzekering behoudt de verzekeraar zich het recht voor medische acceptatie als voorwaarde te kunnen stellen voor inschrijving.
Wijzigingen kunnen worden doorgegeven binnen 30 dagen na ontvangst van de dekkingsen polisvoorwaarden voor het komende jaar.
- 9 In geval van pakketwijziging als bedoeld in lid 8 is er terzake van de termijnen van zorgaanspraken sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen wijziging in het verzekeringspakket heeft plaatsgevonden. De binnen de genoemde termijnen gedane vergoedingen worden echter wel meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding in het kader van het nieuw afgesloten verzekeringspakket.
Een voor de wijziging afgegeven machtiging blijft na de wijziging geldig voor het erop vermelde bedrag en de termijn.
- 10 Indien de verzekeraar het pakket aanvullende verzekeringen wijzigt, eventueel onder nieuwe naamgeving van de polissen, wordt aan de verzekerde een verzekering aangeboden die inhoudelijk het meest overeenstemt met de oude (lopende) verzekering. Dit wordt beschouwd als wijziging van de voorwaarden van de oude verzekering en niet als het afsluiten van een nieuwe verzekering.
Lid 9 is van overeenkomstige toepassing.
- 11 De behandeling moet in Nederland worden gegeven, tenzij in de lijst van verstrekkingen uitdrukkelijk wordt vermeld dat zorgaanspraken in het buitenland worden vergoed.

3 PREMIEBETALING EN OVERIGE FINANCIËLE VERPLICHTINGEN

- 1 De premie wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar.
- 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de 1e dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt bereikt, behalve bij de tandverzekeringen daar geldt een leeftijd van 22 jaar.
- 3 Voor de verzekeringnemer geldt het navolgende:
 - a de premie wordt weergegeven op het polisblad;
 - b de verzekeringnemer heeft de mogelijkheid om de premie maandelijks, per kwartaal, per half jaar of jaarlijks bij vooruitbetaling te voldoen, bij voorkeur via automatische incasso. Indien de verzekeringnemer kiest voor een andere betaalwijze dan automatische incasso brengt de zorgverzekeraar hiervoor administratiekosten bij de verzekeringnemer in rekening. Deze administratiekosten worden vermeld op het polisblad. De premie is verschuldigd vanaf de 1e vervaldag nadat de verzekering van kracht is geworden;
 - c de premie en administratiekosten dan wel eventuele overige verschuldigde bedragen zijn verschuldigd op de premievervaldag. De premievervaldag is de laatste dag van de periode voorafgaande aan de periode waarover de premie is verschuldigd;
 - d indien de verzekeringnemer de verschuldigde premies en/of administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen niet of niet geheel op de premievervaldag dan wel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden heeft voldaan, is de verzekeringnemer nalatig. De nalatige verzekeringnemer wordt eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde premie, administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling.

De nalatige verzekeringnemer is gehouden tot vergoeding van de door de zorgverzekeraar gemaakte buitengerechtelijke incassokosten van 15% alsmede de incassokosten als hierna bedoeld onder f;

- e indien de nalatige verzekeringnemer niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief (aanmaning) de verschuldigde premie en administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen heeft voldaan, is hij in verzuim. De zorgverzekeraar schorst dan in het geval van premieschuld de verzekeringsovereenkomst, hetgeen de verplichting van de verzekeringnemer tot betaling van de verschuldigde bedragen onverlet laat. De schorsing van de dekking houdt in dat de dekking vervalt voor zorgaanspraken die hebben plaatsgevonden vanaf de meest recente premievervaldag. De dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag waarop het totaal verschuldigde bedrag door de verzekeringnemer is betaald en door de zorgverzekeraar is ontvangen;
 - f indien de verzekeringnemer de premie en administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen niet op de premievervaldag dan wel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden, heeft betaald, is de zorgverzekeraar gerechtigd incassokosten bij de verzekeringnemer in rekening te brengen. Per verstuurde herinneringsbrief of aanmaning bedragen deze kosten minimaal € 1,-;
 - g vanaf de datum dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke verdragingsrente over de verschuldigde premie te voldoen;
 - h de zorgverzekeraar kan volledige betaling van de premie of andere schuld weigeren, zonder zelf in verzuim te komen, als daarbij niet tevens de rente en kosten door de verzekeringnemer worden voldaan. Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de door hem nog verschuldigde bedragen toe te rekenen aan verschillende openstaande posten, zoals kosten of verschuldigde premie uit verschillende maanden;
 - i de zorgverzekeraar kan de door de verzekeringnemer verschuldigde bedragen (die bijvoorbeeld kunnen bestaan uit de verschuldigde premie, eigen risico, administratiekosten, buitengerechtelijke incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en/of executiekosten) verrekenen met aan de verzekeringnemer verschuldigde bedragen; het omgekeerde is de verzekeringnemer niet toegestaan;
 - j bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalendermaand waarvoor premie is betaald vindt premierestitutie plaats vanaf de dag van beëindiging. Bij wijziging van de premie in de loop van een kalendermaand vindt premierestitutie (bij verlaging) respectievelijk premiesuppletie (bij verhoging) plaats en wel vanaf de dag van wijziging;
 - k indien verzekeringnemer overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over zijn vermogen te beschikken dan zijn ieder van de overige verzekerden voor de aanvullende verzekering hoofdelijk aansprakelijk voor de betaling van de voor die verzekering verschuldigde bedragen.
- 4 De zorgverzekeraar is gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste 2 maanden nalatig is met het voldoen van de premie.
- 5 De zorgverzekeraar is gerechtigd de verzekering te schorsen indien buiten de premie de verzekerde een schuld aan de zorgverzekeraar heeft die in hoogte overeenkomt met één maand premieschuld en de verzekerde in verzuim is (zie onder 3e) en is gerechtigd de verzekering te beëindigen bij een schuld ter hoogte van 2 maanden premieschuld. Het hierboven in 3e bepaalde omtrent schorsing is onverminderd van toepassing.

DEEL I T@KE 1, T@KE 2 EN T@KE 3

LIJST VAN VERSTREKKINGEN



De kosten worden vergoed op basis van het, op het moment van behandeling, door of namens Agis met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen Agis en zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt Agis genoemde kosten in principe op basis van het rechtsgeldige dan wel gangbare tarief, tenzij in de lijst van verstrekkingen anders wordt bepaald.

1 PREVENTIE

A GEZONDHEIDS- EN ZELFMANAGEMENT CURSUSSEN

1 GEZONDHEIDSCURSUSSEN

Omschrijving: volgen en afronden van een (preventieve) cursus ter bevordering van de gezondheid.

Zorgverlening: thuiszorgorganisatie, patiëntenverenigingen aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF), GGZ instellingen of andere organisaties waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.

2 ZELFMANAGEMENT CURSUSSEN

Omschrijving: cursus ter bevordering van leren omgaan met je ziekte.

Zorgverlening: GGZ instellingen en patiëntenverenigingen aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF).

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van de onder 1 en 2 genoemde cursussen.
t@ke 3 maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van de onder 1 en 2 genoemde cursussen.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een (kopie) certificaat of (kopie) bewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

B VACCINATIE EN/OF PREVENTIEVE GENEESMIDDELEN

Omschrijving: kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland.

Zorgverlening: centrum of een arts genoemd op www.lcr.nl of huisarts.

Vergoeding: t@ke 1 maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 2 maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen in verband met beroepsmatige reizen naar en beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

C ANTICONCEPTIVA (CONDOOMS)

Omschrijving: vergoeding van geselecteerde condooms.

Zorgverlening: aanbieder waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: t@ke 1 maximaal 50 stuks per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 2 maximaal 50 stuks per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 maximaal 50 stuks per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: hoe je de condooms kunt aanvragen vind je op www.takecarenow.nl of bel de TakeCareNow! klantenservice 0900 202 19 21 (€ 0,03 p/min).

TIP

Overige anticonceptiva (zoals pil en spiraaltje) worden vergoed vanuit de basisverzekering.

2 ZIEKENHUIS EN DAARMEE SAMENHANGENDE ZORG

A CORRECTIE FLAPOREN

Omschrijving: correctie van flaporen bij kinderen tot en met 16 jaar.

Zorgverlening: in een erkend ziekenhuis of ZBC.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2

- door Agis gecontracteerde zorgverlener: volledige vergoeding per behandeling
- door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 80% van het gemiddelde door Agis gecontracteerde tarief.

t@ke 3

- door Agis gecontracteerde zorgverlener: volledige vergoeding per behandeling
- door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 80% van het gemiddelde door Agis gecontracteerde tarief.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Bijzonderheden:

- vergoeding kan alleen plaatsvinden indien de verzekerde op het moment van aanvang van de behandeling niet ouder is dan 16 jaar;
- een overzicht van gecontracteerde zorgverleners vind je terug onder Zorggids op www.takecarenow.nl. Je kunt hiervoor ook contact opnemen met onze Klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterpagina van deze polisvoorwaarden.

B STERILISATIE

Omschrijving: sterilisatie man of vrouw.

Zorgverlening: gecertificeerd huisarts of specialist in een erkend ziekenhuis of ZBC.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2

- door Agis gecontracteerde zorgverlener: volledige vergoeding per behandeling.
- door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 80% van het gemiddelde door Agis gecontracteerde tarief.

t@ke 3

- door Agis gecontracteerde zorgverlener: volledige vergoeding per behandeling.
- door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 80% van het gemiddelde door Agis gecontracteerde tarief.

- Bijzonderheden:
- de kosten voor het ongedaan maken van een kunstmatige steriliteit komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - een overzicht van gecontracteerde zorgverleners vind je terug onder Zorggids op www.takecarenow.nl. Je kunt hiervoor ook contact opnemen met onze Klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterpagina van deze polisvoorwaarden.

C OUDERVERBLIJF BIJ OPNAME KIND

Omschrijving: bijdrage in de kosten van noodzakelijk verblijf van ouders in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een op de polis verzekerd kind (tot 18 jaar).

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 € 10,- per nacht.
t@ke 3 volledig.

- Bijzonderheden:
- recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien ouders en kind bij Agis verzekerd zijn.
 - de polis van het kind is bepalend voor de hoogte van de vergoeding.

D VERBLIJFKOSTEN (PARTNER) NA TRANSPLANTATIE

Omschrijving: bijdrage in de kosten van een verblijf in of nabij een ziekenhuis, wanneer de partner een transplantatie van beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, long, hart/long, nierpancreas of lever (orthotoop) ondergaat.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 geen vergoeding.
t@ke 3 € 20,- per nacht.

- Bijzonderheden:
- recht op de bijdrage bestaat uitsluitend als ook de partner bij Agis verzekerd is, en de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis 40 kilometer of meer bedraagt;
 - de polis van de opgenomen partner is bepalend voor de hoogte van de vergoeding.

3 ZORG IN VERBAND MET DE GEBORTE VAN EEN KIND

A KINDERWENSCONSULT (PRECONCEPTIEZORG)

Omschrijving: het advies over medicatie, voeding en leefstijl voorafgaande aan de zwangerschap volgens de richtlijn van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Zorgverlening: verloskundige met certificaat preconceptiezorg.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 40,- voor de duur van de verzekering.
t@ke 3 maximaal € 40,- voor de duur van de verzekering.

B NIET-KLINISCHE BEVALLING (EIGEN BIJDRAGE)

Omschrijving: vergoeding eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer ingeval van een niet-medische geïndiceerde niet-klinische bevalling (verblijf korter dan 24 uur).

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 geen vergoeding.
t@ke 3 volledig.

C TOPKRAAMZORG

Omschrijving: • volledig kraampakket;
• vergoeding wettelijke eigen bijdrage bij kraamzorg thuis.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 volledig.
t@ke 3 volledig.

Bijzonderheden: de verzekerde die gebruik maakt van Agis Topkraamzorg ontvangt een kraampakket in de 6e of 7e maand van de zwangerschap.

BELANGRIJK

Agis Topkraamzorg

telefoon 0900 88 07 (€ 0,03 p/min) of ga naar www.agisweb.nl (thema's – gezinnen)
Om voor kraamzorg en het kraampakket in aanmerking te komen dien je uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevalling contact op te nemen met het centrale meldpunt van Agis Topkraamzorg. Agis helpt je graag om jouw keuze te maken uit de kraamverzorgenden in jouw regio. Ook jouw verloskundige kan je daarbij helpen. Agis heeft met gecontracteerde kraamverzorgenden uitgebreide afspraken gemaakt over de kwaliteit van de zorg, zoals tijdige assistentie van de kraamverzorgenden bij thuisbevalling en deskundige begeleiding bij borstvoeding.

D KRAAMZORG NA ZIEKENHUISOPNAME

Omschrijving: uitgestelde kraamzorg door een door Agis gecontracteerde kraamverzorgende, na een verlengde ziekenhuisopname van moeder en/of kind.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 geen vergoeding.
t@ke 3 maximaal 5 dagen 5-uurs kraamzorg.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de zorg op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelaar.

Bijzonderheden: er bestaat recht op uitgestelde kraamzorg thuis als de verzekerde of de baby na een bevalling om medische redenen na de 10e kraamdag nog een (korte) periode (maar maximaal 10 weken) in een ziekenhuis moet blijven. Dit geldt alleen als er geen normale kraamperiode mogelijk was.

E KRAAMZORG NA ADOPTIE

Omschrijving: kraamzorg door een door Agis gecontracteerde kraamverzorgende.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 geen vergoeding.
t@ke 3 maximaal 5 dagen 5-uurs kraamzorg.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de zorg op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelaar.

Bijzonderheden: recht op vergoeding bestaat alleen indien het adoptiekind jonger is dan 3 maanden.

F ZWANGERSCHAPSCURSUS

Omschrijving: het door een vrouwelijke verzekerde volgen en afronden van een zwangerschapscursus.

Zorgverlening: thuiszorgorganisatie; gekwalificeerde zorgverlener die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevallen; fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 25,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een (kopie) bewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

G HEUPONDERSTEUNINGSBAND BIJ ZWANGERSCHAP

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 geen vergoeding.
t@ke 3 maximaal € 50,- voor de duur van de verzekering.

Voorschrift: huisarts, specialist of fysiotherapeut.

H HULP BIJ BORSTVOEDINGSPROBLEMEN

Omschrijving: vergoeding van begeleiding door een lactatiekundige van vrouwen met borstvoedingsproblemen.

Zorgverlening: gekwalificeerde lactatiekundige die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 geen vergoeding.
t@ke 3 consulten, maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: verloskundige of huisarts.

Bijzonderheden: hulpmiddelen voor borstvoeding komen niet voor vergoeding in aanmerking.

4 THUISZORG

A VERVANGENDE MANTELZORG TIJDENS VAKANTIE

Omschrijving: vervangende verzorging thuis door vrijwilligers bij vakantie van de vaste mantelzorgers van een gehandicapte of dementerende verzekerde.

Zorgverlening: Handen-In-Huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland).

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 geen vergoeding.
t@ke 3 maximaal 15 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

5 HULPMIDDELEN

TIP

Agis heeft met meerdere ketens kortingsafspraken gemaakt voor het leveren van party plugs (gehoorbescherming) aan TakeCareNow! klanten. Informatie hierover vind je op www.takecarenow.nl. Je kunt ook bellen met de TakeCareNow! klantenservice op 0900 202 19 21 (€ 0,03 p/min).

A HOORTOESTEL (EIGEN BIJDRAGE)

Omschrijving: vergoeding voor de eigen bijdrage die je mogelijk verschuldigd bent bij aanschaf van een hoortoestel dat op basis van de Regeling zorgverzekering wordt verstrekt.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 35,- per toestel.
t@ke 3 maximaal € 50,- per toestel.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als kan worden aangetoond dat vergoeding krachtens de hoofdverzekering op basis van de Regeling zorgverzekering heeft plaatsgevonden.

B BRILLEN EN/OF CONTACTLENZEN

Omschrijving: brillen met enkfocuss glazen of enkfocuss contactlenzen.

Vergoeding: t@ke 1 maximaal € 50,- per verzekerde per 2 kalenderjaren.
t@ke 2 maximaal € 75,- per verzekerde per 2 kalenderjaren.
t@ke 3 maximaal € 100,- per verzekerde per 2 kalenderjaren.

Bijzonderheden:

- zonnebrillen, gekleurde contactlenzen zonder sterkte komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- brillen en/of contactlenzen gekocht in een ander land dan Nederland komen ook voor vergoeding in aanmerking;
- brillen en/of contactlenzen multifocaal of bifocaal (voor zowel ver weg als dichtbij) komen niet voor vergoeding in aanmerking.

!

Agis heeft met meerdere ketens kortingsafspraken gemaakt voor het leveren van brillen en contactlenzen aan TakeCareNow! klanten. Informatie hierover vind je op www.takecarenow.nl. Je kunt ook bellen met de TakeCareNow! klantenservice op 0900 202 19 21 (€ 0,03 p/min).

C ORTHOPEDISCH/ALLERGEENVRIJ SCOEISEL EN/OF VERBANDSCHOENEN (EIGEN BIJDRAGE)

Omschrijving: vergoeding wettelijke eigen bijdrage die bij aanschaf van orthopedisch/allergeenvrij schoeisel en/of verbandschoenen op basis van de Regeling zorgverzekering verschuldigd is.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 25,- per paar.
t@ke 3 maximaal € 50,- per paar.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als kan worden aangetoond dat vergoeding krachtens de hoofdverzekering op basis van de Regeling zorgverzekering heeft plaatsgevonden.

D PLASWEKKER

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 geen vergoeding.
t@ke 3 maximaal € 80,- voor de duur van de verzekering voor verzekerden vanaf 7 jaar.

Voorschrift: behandelend (school)arts.

E PRUIK (EIGEN BIJDRAGE)

Omschrijving: vergoeding eigen bijdrage die je mogelijk verschuldigd bent bij aanschaf van een pruik op basis van de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 50,- per pruik.
t@ke 3 maximaal € 100,- per pruik.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als kan worden aangetoond dat vergoeding krachtens de hoofdverzekering op basis van de Regeling zorgverzekering heeft plaatsgevonden.

F PROBE (ELEKTRODE TEN BEHOEVE VAN APPARATUUR GEBRUIKT BIJ BEKKENBODEMKLACHTEN)

Omschrijving: vergoeding voor de kosten van een probe die wordt gebruikt bij bekkenbodempfysotherapie.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 30,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 maximaal € 30,- per verzekerde per kalenderjaar.

6 MONDZORG

A ORTHODONTIE

Zorgverlening: orthodontist of tandarts.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2

- tot 18 jaar 90% tot maximaal € 750,- per verzekerde voor de duur van de verzekering;
- 18 jaar en ouder maximaal € 250,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

t@ke 3

- tot 18 jaar 90% tot maximaal € 1.500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering;
- 18 jaar en ouder maximaal € 500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Bijzonderheden: niet vergoed wordt vervanging en/of reparatie van orthodontische apparatuur na onzorgvuldig gebruik.



Orthodontie wordt vergoed vanuit de aanvullende verzekering van TakeCareNow!, indien de behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts. Tandartsen zijn bevoegd om orthodontie behandelingen uit te voeren. Orthodontisten zijn echter de specialisten op dit gebied, die getraind zijn om alle situaties op het gebied van orthodontie optimaal te kunnen behandelen. Daarnaast zijn tarieven van orthodontisten in het algemeen lager dan van tandartsen, zodat je meer zorg krijgt voor jouw polis. Dit kunnen overwegingen zijn bij het maken van jouw keuze in een orthodontie behandelaar.

B MONDZORG VOOR VERZEKERDEN TOT 22 JAAR (MET UITZONDERING VAN ORTHODONTIE EN DE UITNEEMBARE VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE)

Zorgverlening: tandarts, centrum voor bijzondere tandheelkunde, instelling voor mondzorg of een instelling voor jeugdtandverzorging.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 volledig, inclusief techniekkosten, per verzekerde per gebeurtenis.
t@ke 3 volledig, inclusief techniekkosten, per verzekerde per gebeurtenis.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling op basis van een aanvraag door of namens de verzekerde.

Bijzonderheden: met betrekking tot het onder **a en b** genoemde:

- de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de betreffende mondzorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ en;
- de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
- vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens Agis met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent Agis de genoemde vergoeding op basis van het door de NZa krachtens de WMG vastgestelde (maximum) tarief. Indien en voorzover geen op basis van de WMG vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Uitsluitingen: met betrekking tot het onder **a en b** genoemde: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak en het bleken van elementen anders dan als gevolg van een endodontische behandeling.

7 PARAMEDISCHE HULP

A FYSIOTHERAPIE VOOR VERZEKERDEN TOT 18 JAAR

Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, bekkenbodentherapie, oedeemtherapie (oedeemtherapie kan ook geleverd worden door een huidtherapeut) voor verzekerden tot 18 jaar als aanvulling op behandeling uit de hoofdverzekering.

Zorgverlening: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oedeemtherapeut.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding
t@ke 2

- door Agis gecontracteerde zorgverlener: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.
- door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

t@ke 3

- door Agis gecontracteerde zorgverlener: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.
- door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

- Bijzonderheden
- de vergoeding wordt uitsluitend verleend als kan worden aangetoond dat vergoeding krachtens de hoofdverzekering heeft plaatsgevonden;
 - de aanspraak in de hoofdverzekering omvat 18 behandelingen per kalenderjaar;
 - een overzicht van gecontracteerde fysiotherapeuten en gecertificeerde fysiotherapeuten vind je terug onder Zorggids op www.takecarenow.nl. Je kunt hiervoor ook contact opnemen met onze Klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterpagina van deze polisvoorwaarden;
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden;
 - per dag wordt één paramedische behandeling (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) vergoed;
 - onder behandeling zijn bij verschillende paramedische disciplines (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) wordt vergoed na beoordeling van de medische noodzakelijkheid, aangevraagd door de zorgverlener en op verzoek van de behandelend arts.
- Uitsluitingen:
- toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten dan wel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten op verzoek van derden;
 - door de fysiotherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

B FYSIOTHERAPIE VOOR VERZEKERDEN VANAF 18 JAAR

Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, bekkenbodetherapie, oedeemtherapie (oedeemtherapie kan ook geleverd worden door een huidtherapeut) voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Zorgverlening: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oedeemtherapeut.

- Vergoeding:
- | | |
|--------|--|
| t@ke 1 | <ul style="list-style-type: none"> • maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. <ul style="list-style-type: none"> - door Agis gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 100%. - door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling van 80% van het door Agis gecontracteerde tarief. |
| t@ke 2 | <ul style="list-style-type: none"> • maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar of maximaal 6 behandelingen en 1 beweegprogramma (zie artikel 7e) per verzekerde per kalenderjaar; <ul style="list-style-type: none"> - door Agis gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 100%. - door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 80% van het door Agis gecontracteerde tarief. |
| t@ke 3 | <ul style="list-style-type: none"> • door Agis gecontracteerde zorgverlener: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis. • door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. |

- Bijzonderheden:
- een overzicht van gecontracteerde fysiotherapeuten en gecertificeerde fysiotherapeuten vind je terug onder Zorggids op www.takecarenow.nl. Je kunt hiervoor ook contact opnemen met onze Klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterpagina van deze polisvoorwaarden;
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

- per dag wordt één paramedische behandeling (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) vergoed;
- onder behandeling zijn bij verschillende paramedische disciplines (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) wordt vergoed na beoordeling van de medische noodzakelijkheid, aangevraagd door de zorgverlener en op verzoek van de behandelend arts.

Uitsluitingen: • toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten dan wel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten op verzoek van derden;
• door de fysiotherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

C OEFENTHERAPIE CESAR/MENSENDIECK VOOR VERZEKERDEN TOT 18 JAAR

Omschrijving: medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar als aanvulling op behandeling uit de hoofdverzekering.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding
t@ke 2 • door Agis gecontracteerde zorgverlener: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.
• door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 • door Agis gecontracteerde zorgverlener: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.
• door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: • de vergoeding wordt uitsluitend verleend als kan worden aangetoond dat vergoeding krachtens de hoofdverzekering heeft plaatsgevonden;
• de aanspraak in de hoofdverzekering omvat 18 behandelingen per kalenderjaar;
• onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
• op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode, indicatiecode en de behandeldatum te vermelden;
• een overzicht van gecontracteerde oefentherapeuten vind je terug onder Zorggids op www.takecarenow.nl. Je kunt hiervoor ook contact opnemen met onze Klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterpagina van deze polisvoorwaarden;
• per dag wordt één paramedische behandeling (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) vergoed;
• onder behandeling zijn bij verschillende paramedische disciplines (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) wordt vergoed na beoordeling van de medische noodzakelijkheid, aangevraagd door de zorgverlener en op verzoek van de behandelend arts.

Uitsluitingen: prestatie: instructie/overleg met ouders van patiënt.

D OEFENTHERAPIE CESAR/MENSENDIECK VOOR VERZEKERDEN VANAF 18 JAAR

Omschrijving: medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

- Vergoeding: t@ke 1
- door Agis gecontracteerde oefentherapeut: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.
 - door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.
- t@ke 2
- door Agis gecontracteerde oefentherapeut: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.
 - door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.
- t@ke 3
- door Agis gecontracteerde oefentherapeut: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.
 - door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

- Bijzonderheden:
- onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode, indicatiecode en de behandeldatum te vermelden;
 - een overzicht van gecontracteerde oefentherapeuten vind je terug onder Zorggids op www.takecarenow.nl. Je kunt hiervoor ook contact opnemen met onze Klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterpagina van deze polisvoorwaarden;
 - per dag wordt één paramedische behandeling (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) vergoed;
 - behandeling door verschillende paramedische disciplines (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) wordt vergoed na beoordeling van de medische noodzakelijkheid, aangevraagd door de zorgverlener en op verzoek van de behandelend arts.

Uitsluitingen: prestatie: instructie/overleg met ouders van patiënt.

E BEWEEGPROGRAMMA'S

Omschrijving: Agis beweegprogramma's voor verzekerden met een chronische aandoening.

Zorgverlening: organisaties waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.

- Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
- t@ke 2 maximaal 1 beweegprogramma per verzekerde per kalenderjaar, conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis. Per beweegprogramma is een eigen bijdrage verschuldigd. Indien een beweegprogramma wordt gevolgd wordt de aanspraak voor fysiotherapie verminderd tot maximaal 6 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar (zie artikel 7b).
- t@ke 3 maximaal 1 beweegprogramma per verzekerde per medische indicatie per kalenderjaar, conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis. Per beweegprogramma is een eigen bijdrage verschuldigd.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist.

- Bijzonderheden:
- op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden;
 - een overzicht van beweegprogramma's vind je op www.takecarenow.nl of bel de TakeCareNow! klantenservice **0900 202 19 21** (€ 0,03 p/min);
 - per dag wordt één paramedische behandeling (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) vergoed;
 - onder behandeling zijn bij verschillende paramedische disciplines (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) wordt vergoed na beoordeling van de medische noodzakelijkheid, aangevraagd door de zorgverlener en op verzoek van de behandelend arts.

8 PSYCHISCHE ZORGVERLENING

A AANVULLENDE EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG

Omschrijving: aanvulling op kortdurende eerstelijnspsychologische zorg in de hoofdverzekering.

Zorgverlening: zorgverlener die de zorg heeft verleend ten laste van de hoofdverzekering (extramuraal werkende eerstelijnspsycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog of seksuologisch hulpverlener).

- Vergoeding:
- | | |
|--------|---|
| t@ke 1 | geen vergoeding. |
| t@ke 2 | <ul style="list-style-type: none">• door Agis gecontracteerde zorgverlener: aanspraak op maximaal 4 zittingen per kalenderjaar.• door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding van € 53,- per zitting tot maximaal 4 uren per kalenderjaar. |
| t@ke 3 | <ul style="list-style-type: none">• door Agis gecontracteerde zorgverlener: aanspraak op maximaal 4 zittingen per kalenderjaar.• door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding van € 53,- per zitting tot maximaal 4 uren per kalenderjaar. |

- Bijzonderheden:
- de vergoeding wordt uitsluitend verleend als kan worden aangetoond dat vergoeding krachtens de hoofdverzekering heeft plaatsgevonden;
 - de aanspraak in de hoofdverzekering omvat 8 zittingen per kalenderjaar.
 - een dubbele, een halve, een kwart of één vijfde zitting is ook mogelijk.

B (KORTDURENDE) PSYCHOSOCIALE HULP

Omschrijving: (kortdurende) oncologische psychosociale hulp en psychosociale hulp ten behoeve van chronisch zieken.

Zorgverlening: instellingen die worden genoemd op www.ipso.nl of Simonton therapeuten, aangesloten bij het Gilde van Simonton therapeuten.

- Vergoeding:
- | | |
|--------|--|
| t@ke 1 | geen vergoeding. |
| t@ke 2 | maximaal € 300,- per verzekerde voor de duur van de verzekering. |
| t@ke 3 | maximaal € 500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering. |

Bijzonderheden: psychosociale hulp aan chronisch zieken enkel bij Simonton therapeuten.

C EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG (EIGEN BIJDRAGE)

Omschrijving: vergoeding wettelijke eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg die verschuldigd is ten laste van de hoofdverzekering.

Vergoeding: t@ke 1 volledig.
t@ke 2 volledig.
t@ke 3 volledig.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als kan worden aangetoond dat vergoeding krachtens de hoofdverzekering op basis van de Regeling zorgverzekering heeft plaatsgevonden.

9 ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN, OVERIGE PSYCHISCHE ZORGVERLENING EN ANTROPOSOFISCHE GENEESKUNDE

A ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN EN/OF OVERIGE PSYCHISCHE ZORGVERLENING

1 ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Omschrijving:

- acupunctuur;
- chiropractie;
- cranio sacraal therapie;
- homeopathie (klassiek);
- manuele geneeskunde;
- mesologie;
- Moermantherapie;
- natuurgeneeswijzen;
- neuraaltherapie;
- orthomanipulatie;
- orthomoleculaire geneeskunde;
- orthopedische geneeskunde;
- osteopathie;
- reflexzonetherapie;
- Shiatsu therapie.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging/register genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

2 OVERIGE PSYCHISCHE ZORGVERLENING

Omschrijving: gestalttherapie, haptotherapie, hypnotherapie, integratieve psychotherapie, lichaamsgerichte psychotherapie, postural integration en andere behandelvormen.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging/register genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van consulten en behandeling van de genoemde alternatieve geneeswijzen en/of overige psychische zorgverlening. De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HM hebben.

t@ke 3 maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van consulten en behandeling van de genoemde alternatieve geneeswijzen en/of overige psychische zorgverlening. De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HM hebben.

- Bijzonderheden:
- homeopathische geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als deze zijn voorgeschreven door de behandelend arts of een klassiek homeopaat en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker, apotheekhoudende huisarts of (klassiek) homeopaat;
 - voedingssupplementen en de homeopathische zelfzorgmiddelen: Arnica zalf, VSM Arniflor, VSM Spiroflor komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - indien het laboratoriumonderzoek extern plaatsvindt worden de laboratoriumkosten alleen vergoed indien het een in het kader van de hoofdverzekering gecontracteerd laboratorium betreft.

B ANTROPOSOFISCHE GENEESKUNDE

- Omschrijving:
- antroposofische geneesmiddelen;
 - consultatiebureau;
 - consult en behandeling door antroposofisch arts;
 - dieettherapie;
 - eurithmie;
 - kunstzinnige therapie;
 - psychische hulpverlening;
 - uitwendige therapiën.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging/register genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.

t@ke 2 maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van consulten en behandeling van antroposofische geneeskunde. De vergoeding is inclusief de kosten van antroposofische en homeopathische geneesmiddelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben.

t@ke 3 maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van consulten en behandeling van antroposofische geneeskunde. De vergoeding is inclusief de kosten van antroposofische en homeopathische geneesmiddelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben.

Voorschrift: antroposofisch arts.

- Bijzonderheden:
- antroposofische en homeopathische geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als deze zijn voorgeschreven door de behandelend antroposofisch arts en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudende huisarts;
 - voedingssupplementen en de homeopathische zelfzorgmiddelen Arnica zalf, VSM Arniflor, VSM Spiroflor komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - bij samenloop van antroposofische psychische hulpverlening en eerstelijnspsychologie kan slechts bij één verstrekkingensoort aanspraak op vergoeding worden gemaakt;
 - indien het laboratoriumonderzoek extern plaatsvindt worden de laboratoriumkosten alleen vergoed indien het een in het kader van de hoofdverzekering gecontracteerd laboratorium betreft.

10 THERAPIEËN

A ACNÉTHERAPIE

Omschrijving: huidtherapie bij actieve ernstige acné in het gelaat of peeling bij genezen acné met sterk ontsierende littekens in het gelaat.

Zorgverlening: gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH).

Vergoeding: t@ke 1 maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 2 maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: behandelend arts.

Bijzonderheden: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om een acné behandeling en/of peeling in het gelaat.

B CAMOUFLAGETHERAPIE

Omschrijving:

- lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat of de hals, inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke;
- tepelhof tatoeage.

Zorgverlening: gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH).

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 200,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.
t@ke 3 maximaal € 250,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Bijzonderheden: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om sterk ontsierende littekens of huidvlekken in gelaat en/of hals.

C ELEKTRISCHE- OF LASEREPILATIE

Omschrijving: behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat en/of de hals.

Zorgverlening:

- elektrische epilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of door een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste, die bij de Algemene Nederlandse Branche organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) staat geregistreerd als gediplomeerd in elektrische epilatie;
- laserepilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog is verbonden.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 600,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.
t@ke 3 maximaal € 950,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Verwijzing: behandelend arts.

Bijzonderheden: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om ontsierende haargroei in het gelaat en/of de hals.

D STOTTERTHERAPIE

Zorgverlening: het Del Ferro instituut, instituut De Pauw of Instituut Natuurlijk Spreken.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 350,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.
t@ke 3 maximaal € 500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Verwijzing: huisarts.

E BEGELEID BEWEGEN IN VERWARMD WATER

1 GROEPSZWEMMEN BIJ PATIËNTENVERENIGING OF INSTELLING VOOR MS, REUMA- EN HARTPATIËNTEN

Omschrijving: in groepsverband zwemmen in extra verwarmd water voor verzekerden met MS, een reumatische aandoening of na een hartinfarct.

Zorgverlening: een patiëntenvereniging of instelling waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.

Verwijzing: behandelend arts of reumatoloog.

Bijzonderheden: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om een verzekerde met MS, een reumatische aandoening of na een hartinfarct.

2 WARMWATERBAD

Omschrijving: kosten voor de toegang tot het warmwaterbad die gemaakt worden in verband met een fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck groepsbehandeling in verwarmd water.

Zorgverlening: fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Bijzonderheden: uit de declaratie moet blijken dat er sprake is van een fysiotherapie of oefentherapie groepsbehandeling.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van de onder 1 en 2 genoemde vormen van zorg.
t@ke 3 maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van de onder 1 en 2 genoemde vormen van zorg.

F PODO(POSTURAAL)THERAPIE EN/OF STEUNZOLEN

Omschrijving: onderzoek, consult, orthesen, nagelbeugels, therapeutische zolen of steunzolen.

Zorgverlening: gekwalificeerd podotherapeut of podoposturaal therapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden of een orthopedisch instrumentmaker of orthopedisch schoentechnicus waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

G PSORIASISTHERAPIE

Omschrijving: intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken.

Zorgverlening: centrum waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.

Verwijzing: behandelend arts.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 maximaal € 600,- per verzekerde per kalenderjaar.

H UVB LICHTTHERAPIE (HUUR CABINE)

Omschrijving: behandeling van ernstige vormen van psoriasis, vitiligo of andere huidaandoeningen waarbij andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken.

Zorgverlening: leverancier waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 geen vergoeding.
t@ke 3 maximaal € 600,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: de UVB lichtcabine wordt in bruikleen verstrekt.

11 EXTRA VERGOEDINGEN

A SPORT MEDISCH ADVIES

Omschrijving: blessureconsult, onderzoek, advies en sportkeuringen.

Zorgverlening: Sportmedische Instelling (SMI).

Vergoeding: t@ke 1 maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 2 maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: de SMI dient aangesloten te zijn bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

B ZORGHOTEL EN/OF HERSTELLINGSOORD

Omschrijving: behandeling in een centrum dat hulp biedt aan personen die na een lichamelijke ziekte en/of daar aan verbonden medische behandeling gedurende 24 uur per dag tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben.

Zorgverlening: een zorghotel of herstellingsoord waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 € 35,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 € 70,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: verblijf in een zorghotel of herstellingsoord voor psychische klachten valt onder de hoofdverzekering.

C KUURBEHANDELING

Omschrijving: kuurbehandeling in verband met een reumatische aandoening in Nederland of in het buitenland. Onder kuurbehandeling wordt verstaan het in zijn geheel doorlopen van een kuurprogramma onder (para)medische begeleiding.

Zorgverlening: kuurcentrum waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 700,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 maximaal € 950,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: reumatoloog.

Bijzonderheden:

- de verwijzing van de reumatoloog hoeft slechts 1 maal te worden meegestuurd;
- privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (en vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- kosten kunnen worden gedeclareerd nadat de kuur heeft plaatsgevonden tegen overlegging van een betalingsbewijs en een kuurverslag. Een kuurverslag is een opgave van de gevolgde kuren tijdens de behandeling;
- om de kwaliteit van het kuuraanbod te kunnen garanderen kan Agis u vragen een enquête in te vullen over de geleverde zorg in het kuuroord.

D THERAPEUTISCH KAMP

Omschrijving: verblijfkosten in een therapeutisch kamp voor lichamelijk gehandicapte jongeren, astmatische jongeren, diabetes jongeren, obesitas jongeren en autistische jongeren tot 18 jaar.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 € 5,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 € 10,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

- vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een betalingsbewijs;
- vergoeding voor verblijfkosten van obesitas jongeren indien georganiseerd door 'Victory for life'.

E LIDMAATSCHAP PATIËNTENVERENIGING EN OUDERENBOND

Omschrijving: lidmaatschapskosten van een patiëntenvereniging en/of ouderenbond die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) of Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG Raad).

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 25,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.
t@ke 3 maximaal € 25,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een betalingsbewijs.

F BESNIJDENIS

Omschrijving: circumcisie bij mannelijke verzekerden.

Zorgverlening: zorgverlener die voldoet aan de eisen van Agis of een zorgverlener waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 150,- per verzekerde.
t@ke 3 maximaal € 230,- per verzekerde of volledige vergoeding bij verzekerden tot 18 jaar bij zorgverlener waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.

Bijzonderheden: een lijst van zorgverleners die voldoen aan de eisen van Agis of waarmee Agis afspraken heeft gemaakt vind je op www.takecarenow.nl. Je kunt hiervoor ook contact opnemen met onze klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterpagina van deze polisvoorwaarden.

G VAKANTIEREIS VAN DE NEDERLANDSE BRANCHEVERENIGING AANGEPASTE VAKANTIES

Omschrijving: aangepaste vakantie reizen voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap of chronisch ziekten.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 maximaal € 60,- per verzekerde per kalenderjaar.
t@ke 3 maximaal € 60,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

- kosten kunnen worden gedeclareerd nadat de reis heeft plaatsgevonden tegen overlegging van een betalingsbewijs;
- informatie over welke reizen NBAV organiseert vindt je op www.nbav.nl;
- van een vakantie reis is sprake als deze langer dan 2 dagen duurt.

H REISKOSTEN ZIEKENBEZOEK

Omschrijving: vervoer in verband met ziekenbezoek aan een (mee)verzekerde gezinslid/leden die is opgenomen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland die op een enkelvoudige afstand van 40 kilometer of meer gelegen is van het woonadres van het bezoekende gezinslid.

Vergoeding: t@ke 1 geen vergoeding.
t@ke 2 € 0,20 per kilometer bij gebruik van auto of kosten openbaar vervoer op basis van 2e klasse tot maximaal € 125,- per opgenomen periode.
t@ke 3 € 0,20 per kilometer bij gebruik van auto of kosten openbaar vervoer op basis van 2e klasse tot maximaal € 250,- per opgenomen periode.

Bijzonderheden:

- voor de bepaling van de enkelvoudige afstand wordt uitgegaan van de kortste gebruikelijke route;
- de vergoeding wordt berekend over de totale reisafstand;
- de vergoeding wordt verleend per opgenomen gezinslid ongeacht het aantal bezoekende personen;
- uitsluitend als de totale duur van één opname een aaneengesloten periode van 2 weken overschrijdt;
- recht op bijdrage bestaat uitsluitend als ook het opgenomen gezinslid bij Agis verzekerd is;
- de polis van het opgenomen gezinslid is bepalend voor de hoogte van de vergoeding.

I PEDICURE BIJ DIABETES- OF REUMAPATIËNTEN

Omschrijving: behandeling van diabetische of reumatische voet.

Zorgverlening: gekwalificeerd pedicure in het bezit van de aantekening diabetische voet respectievelijk reumatische voet, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een brancheorganisatie genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

- Vergoeding: @ke 1 geen vergoeding.
@ke 2 maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.
@ke 3 maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om een diabetische of reumatische voet.

12 SPOEDEISENDE HULP IN HET BUITENLAND (WERELDDEKKING)

Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan: hulp die redelijkerwijs niet was voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (of woonland).

- Vergoeding:
- geneeskundige kosten, in aanvulling van de vergoeding op basis van de hoofdverzekering of verdrag:
 - volledig, werelddekking;
 - tandheelkundige kosten: 75% tot maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten) mits er sprake is van acute pijnklachten;
 - ziekenvervoer: volledig, voor medisch noodzakelijk ambulancevervoer binnen het land van verblijf;
 - repatriëring: volledig, mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale, voor de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van zieke of gewonde verzekerde vanuit het buitenland naar een instelling in Nederland alsmede de kosten van medisch noodzakelijke begeleiding;
 - vervoer stoffelijk overschot: volledig, mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale;
 - Agis Alarmcentrale: volledig, voor het organiseren van hulpverlening door de Agis Alarmcentrale, telefoonnummer +31 71 364 17 02.

- Bijzonderheden:
- ziekenhuisopname wordt uitsluitend vergoed als Agis via de Agis Alarmcentrale voor opname, binnen 24 uur na opname, of zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, goedkeuring heeft verleend. Agis kan ook besluiten tot repatriëring;
 - de kosten verbonden aan opname in een ziekenhuis worden uitsluitend vergoed voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen;
 - geneesmiddelen worden uitsluitend vergoed onder overlegging van het doktersvoorschrift;
 - voor declaratie moet de verzekerde het volledig ingevulde declaratieformulier, samen met de originele nota's indienen;
 - vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoersen van munteenheden van EU/EER landen of Zwitserland vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen. Voor zover er sprake is van een munteenheid van een verdragsland dan wel een niet-verdragsland, geldt de omrekenkoers op de dag waarop Agis de desbetreffende vergoedingen uitkeert;
 - Agis kan besluiten om kosten van behandeling in het buitenland te vergoeden. Voorwaarde hiervoor is dat de toestemming wordt gegeven voordat de behandeling plaatsvindt. Agis zal alleen toestemming geven, als er sprake is van een uitzonderlijke situatie en behandeling in het buitenland naar het oordeel van Agis medisch noodzakelijk is.

Het recht op vergoeding van ziektekosten bestaat uitsluitend als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- het verblijf in het buitenland heeft niet uitsluitend of mede ten doel aldaar een opname of behandeling te ondergaan, en de hulpverlening houdt geen verband met wedstrijd sport;
- de hulpverlening heeft een spoedeisend karakter en kan niet worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland;
- als, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.



Neem altijd als je naar het buitenland gaat jouw klantenpas met het telefoonnummer van de Agis Alarmcentrale mee: +31 71 364 17 02.

Bij een tijdelijk verblijf in een EU-/EER-land raden wij je aan tevens de European Health Insurance Card (EHIC) te gebruiken. Je klantenpas is tevens je European Health Insurance Card.

Uitsluitingen: kosten in verband met of ten gevolge van de volgende omstandigheden komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- werkzaamheden waaraan bijzondere arbeids- of bedrijfsgevaaren zijn verbonden;
- de beoefening van alle soorten wintersport, met uitzondering van sleeën, schaatsen, langlaufen en skiën binnen de piste;
- bergtochten over wegen of terreinen die niet zonder bezwaar voor onge oefenden begaanbaar zijn;
- de beoefening van gevaarlijke sporten zoals vechtsporten, alpinisme, speleologie, bungee-jumping alsmede andere sporten die een meer dan normaal risico met zich meebrengen;
- deelname aan of voorbereiding voor snelheids-, record- en betrouwbaarheidsritten met motorrijtuigen;
- het gebruik maken van luchtvaartuigen van welke aard dan ook, anders dan als passagier van een voor het openbaar personenvervoer toegelaten vliegtuig;
- het gebruik maken van vaartuigen buitengaats, tenzij hieraan geen bijzondere gevaren zijn verbonden.

TIP

Agis heeft servicecentra in Turkije, Marokko en Suriname. De servicecentra zijn voor hulp ingeval van spoedeisende problemen met de gezondheid. De servicecentra zijn 7 dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar. Ook biedt Agis haar leden de mogelijkheid om in Turkije een aantal planbare behandelingen (niet-spoedeisend) te ondergaan, zoals staaroperaties, galblaasoperaties, ingrepen aan de baarmoeder of prostaat of het plaatsen van heup- en knieprothesen. Bovendien kun je ook terecht voor een aantal mondzorgbehandelingen in Turkije.

Het Agis Servicecentrum Turkije is bereikbaar op:

Vanuit Turkije: +90 212 444 24 47.

Vanuit Nederland: 0900 202 29 12.

Het Agis Servicecentrum Marokko is bereikbaar op +212 (0) 22 39 40 40.

Het Agis Servicecentrum Suriname is bereikbaar op +31 33 330 11 11.

EU-/EER (of daarmee gelijkgestelde) landen

België
Bulgarije
Cyprus (Griekse deel)
Denemarken
Duitsland
Engeland (Groot-Britannië)*
Estland
Finland
Frankrijk**
Griekenland
Hongarije
Ierland
Italië
Letland
Litouwen
Luxemburg

Malta
Oostenrijk
Polen
Portugal
Roemenië
Slovenië
Slowakije
Spanje***
Tsjechië
Zweden

Liechtenstein
Noorwegen
IJsland
Zwitserland

Verdragslanden

Australië ****
Bosnië-Herzegovina
Kaapverdië
Kroatië
Macedonië
Marokko
Servië-Montenegro
Tunesië
Turkije

* inclusief Gibraltar

** inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, Reunion, St. Pierre en Miquelon

*** inclusief Ceuta en Melilla

**** alleen tijdelijk verblijf

Niet onder de EU-/EER- of verdragslanden vallen: Aruba, Andorra, Kanaaleilanden (Guernsey, Jersey en Olderley), eiland Man, Monaco, Nederlandse Antillen, San Marino en Vaticaanstad

BIJLAGE BEROEPSVERENIGINGEN/REGISTERS

ACUPUNCTUUR

- Internationaal register voor klassieke acupunctuur (IFU)
- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV)
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA)
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG)
- Nederlandse Beroepsvereniging voor Chinese Geneeswijze (NBCG YI)

ANTROPOSOFIE

- Consult en behandeling: Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA)
- Dieettherapie: Nederlandse Vereniging van Diëtisten werkzaam vanuit de Antroposofie (NVDA)
- Eurythmie: Nederlandse Vereniging voor Eurythmietherapie
- Kunstzinnige therapie: Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKT)
- Beroepsvereniging van Actief Beeldende Therapeuten, SAMPO
- Psychische hulpverlening:
Nederlandse Vereniging ter bevordering van Antroposofische Psychotherapie
Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de antroposofie
- Uitwendige therapieën:
Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten (NVAF)
Verpleegkundigen & Verzorgende Nederland antroposofische zorg (V&VN antroposofische zorg)

CHIROPRACTIE

- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA)
- Dutch Chiropractic Federation (DCF)
- Stichting Chiropractie Nederland (SCN)
- Stichting Nationaal Register Chiropractoren (SNRC)

CRANIO SACRAAL THERAPIE

- Nederlandse Cranio Sacraal Vereniging (NCSV)
- Register CranioSacraal therapie Nederland (RCN)

HOMEOPATHIE (KLASSIEK)

- Artsenvereniging voor homeopathie (VHAN)
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)
- Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH)

MANUELE GENEESKUNDE

- Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG)

MESOLOGIE

- Nederlandse vereniging voor Mesologie (NVVM)

MOERMANTHERAPIE

- Artsen vereniging voor Niet-Toxische Tumor Therapie (ANTTT)
- Moermanvereniging voor natuurlijke kankerbestrijding

NATUURGENEESWIJZEN

- Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde (ABNG-2000)
- Beroepsorganisatie Therapeuten & Belangen associatie Consumenten (BATC)

- Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT)
- Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG)
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de natuurlijke geneeskunst (NWP)
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG) (uitsluitend A licentiehouders)
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)

NEURAALTHERAPIE

- Nederlandse Vereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)

ORTHOMANIPULATIE

- Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG)

ORTHOMOLECULAIRE GENEESKUNDE

- Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)

ORTHOPEDISCHE GENEESKUNDE

- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG)

OSTEOPATHIE

- Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF)
- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)

OVERIGE PSYCHISCHE ZORGVERLENING

- Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH)
- Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH)
- Nederlands Gilde voor Health Counseling en Psychotherapie (NGVHealth)
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT)
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPTTea)
- Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT)
- Vereniging integrale vitaliteitkunde (VIV)
- Vereniging van Haptotherapeuten (VVH)

PEDICURE

- ProVoet

PODOPOSTURAALTHERAPIE EN PODOTHERAPIE

- Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)
- Omni Podo Genootschap (OPG)
- Stichting LOOP

REFLEXZONETHERAPIE

- Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT)

SHIATSUTHERAPIE

- Kata Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG)
- IOKAI Shiatsu
- Zen Shiatsu vereniging
- Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST)
- Nederlandse Beroepsvereniging voor Chinese Geneeswijze (NBCG YI)

DEEL II FACULTATIEVE DEKKING MONDZORG

T@ND 50, T@ND 250 EN T@ND 500

Omschrijving: mondzorg voor verzekerden vanaf 22 jaar (met uitzondering van orthodontie en de uitneembare volledige gebitsprothese).

Zorgverlening: tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, instelling voor mondzorg, tandprotheticus of een mondhygiënist.

- Vergoeding: t@ke 1
- een vergoeding van 75% tot maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten) indien t@nd 50 is meeverzekerd.
 - een vergoeding van 75% tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten) indien t@nd 250 is meeverzekerd.
- t@ke 2
- een vergoeding van 75% tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten) indien t@nd 250 is meeverzekerd.
 - een vergoeding van 75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten) indien t@nd 500 is meeverzekerd.
- t@ke 3
- een vergoeding van 75% tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten) indien t@nd 250 is meeverzekerd.
 - een vergoeding van 75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten) indien t@nd 500 is meeverzekerd.

- Bijzonderheden:
- de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de betreffende mondzorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ en;
 - de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
 - vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens Agis met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent Agis de genoemde vergoeding op basis van het door de NZa krachtens de Wmg vastgestelde (maximum) tarief. Indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Uitsluitingen: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak en het bleken van elementen anders dan als gevolg van een endodontische behandeling.



Binnen de mondzorg worden er veel verschillende materialen gebruikt. Dit is vooral van toepassing bij kroon- en brugwerk, maar ook bij implantaten. Verschillen komen tot uiting in kwaliteit en prijs. Dit heeft direct effect op de hoogte van jouw eigen bijdrage en indirect op de hoeveelheid zorg die je kunt genieten vanuit jouw aanvullende tandpolis. Het kan nuttig zijn om vooraf bij jouw zorgverlener te informeren naar de verschillende alternatieven.







BELANGRIJKE TELEFOONNUMMERS

TakeCareNow! Klantenservice **0900 202 19 21** (€ 0,03 per minuut)

Agis Helpt! **0900 266 94 63** (€ 0,03 per minuut)

Agis Alarmcentrale **+31 (0)71 364 17 02**

Agis Topkraamzorg **0900 88 07** (€ 0,03 per minuut)

HEB JE VRAGEN?

Je kunt TakeCareNow! op 2 manieren bereiken.

VIA INTERNET

Veel informatie over onze zorgverzekeringen kun je zelf vinden op onze site: www.takecarenow.nl.

Heb je toch een vraag, dan kun je die naar ons mailen via de button contact op www.takecarenow.nl.

TELEFONISCH

Onze Klantenservice staat je graag te woord.

Bel **0900 202 19 21** (€ 0,03 per minuut)