

Voorwaarden 2016 Care4Me Aanvullende verzekeringen

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen	2	Aanspraken Aanvullende verzekeringen	7
Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?	2	Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	7
Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?	2	Artikel 2 Anticonceptie	7
Artikel 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?	3	Artikel 3 Brillen en contactlenzen	8
Artikel 4 Wat betaalt u?	3	Artikel 4 Buitenland	8
Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	3	Artikel 5 Fysiotherapie en oefentherapie	9
Artikel 6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?	3	Artikel 6 Podotherapie / podologie / podoposturale therapie / steunzolen	9
Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?	4	Artikel 7 Sportarts	10
Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?	4	Artikel 8 Sportmedisch onderzoek	10
Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?	4	Artikel 9 Mammaprint	10
Artikel 10 Begripsbepalingen	4	Artikel 10 Mondzorg	10
Servicepakket	6		
Artikel 1 Inleiding	6		
Artikel 2 Service	6		

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor het Select Zorg Plan, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzondering hierop zijn:

- a artikel 1.1 lid a-c (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op);
- b artikel 4.3 (Niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van het Select Zorg Plan 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.

Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 DE AANVULLENDE VERZEKERING AANVRAGEN

Iedereen die recht heeft op het Select Zorg Plan, 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 Select Zorg Plan;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

1.3 KINDEREN DEZELFDE AANVULLENDE VERZEKERING ALS DE OUDER

Voor kinderen jonger dan 18 jaar kan alleen een aanvullende verzekering afgesloten worden die even uitgebreid is als de aanvullende verzekering van (één van) de bij ons verzekerde ouders.

Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 WAT WIJ VERGOEDEN

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

2.2 VERGOEDING ZORG BIJ VERBLIJF IN HET BUITENLAND

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

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

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 10 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 WAT WIJ NIET VERGOEDEN (SAMENLOOP VAN KOSTEN)

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

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

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

2.4 KOSTEN DIE VOORTVLOEIEN UIT TERRORISME

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

- het Select Zorg Plan;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekeringen.

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

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

Artikel 4 Wat betaalt u?

4.1 HOOGTE VAN UW PREMIE

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

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

4.2 ALS U DE PREMIE NIET OP TIJD BETAALT

Betaalt u (verzekeringnemer) uw premie niet op tijd? Dan gebeurt in aanvulling op artikel 9 en 10 van de algemene voorwaarden van het Select Zorg Plan 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 dezelfde aanvullende verzekering(en) opnieuw afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan. Als de aanvraag akkoord is, sluiten wij de aanvullende verzekering af op de eerste dag van de maand volgend op de maand van uw aanvraag.

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

5.1 WIJ KUNNEN UW PREMIE EN/OF VOORWAARDEN WIJZIGEN

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

5.2 ALS U NIET AKKOORD GAAT MET DE WIJZIGINGEN

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

5.3 SOMS IS OPZEGGEN NA WIJZIGINGEN NIET MOGELIJK

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

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

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

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

6.1 UW AANVULLENDE VERZEKERING GAAT IN OP 1 JANUARI

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

6.2 UW AANVULLENDE VERZEKERING WIJZIGEN

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

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

Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?

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

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

Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?

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

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

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

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

Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

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

Artikel 10 Begripsbepalingen

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

Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekeringen die u heeft afgesloten als aanvulling op uw Select Zorg Plan:

- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekeringen.

Budgethouder

Persoon aan wie ingevolge de Wlz en/of de Wmo een persoonsgebonden budget (PGB) is toegekend. Deze budgethouder moet de besteding van het PGB verantwoorden.

Mantelzorger

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

Ongeval

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

Wij/ons

C4Me serviced by Aevitae.

Zorgregelaar

Degene die:

- complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, Wlz en de Wmo beantwoordt;
- zoekwerk verricht en adviseert op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën;
- (als dat nodig is) de daarmee gepaard gaande regeltaken van de verzekerde en/of mantelzorger kan overnemen.

Dit doet de zorgregelaar voor zover deze zorg niet gedekt wordt vanuit de wettelijke zorgaanspraken.

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.

Servicepakket

Artikel 1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de overige service en aanspraken vanuit de verzekeringsovereenkomst beschreven.

Artikel 2 Service

A ALARMCENTRALE

Als u tijdens uw tijdelijk verblijf in het buitenland onverwachts ziek wordt en spoedeisende hulp nodig heeft, neem dan contact op met de Alarmcentrale. Bij een ziekenhuisopname is dit verplicht.

De hulpverleners van de Alarmcentrale staan dag en nacht klaar om te helpen als u een arts wil bezoeken, opgenomen moet worden in een ziekenhuis of als u advies nodig heeft over een medisch probleem. U bereikt de helpdesk 24 uur per dag. Het telefoonnummer kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

U kunt rekenen op de volgende service:

- 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bereikbaarheid voor advies en hulp
- Wereldwijde kennis van de lokale gezondheidszorg en de kwaliteit ziekenhuizen
- Regelmatig contact met uw behandelend arts in het buitenland door het medisch team van de Alarmcentrale tijdens opname
- Begeleiding tot en met uw herstel in het buitenland
- Het organiseren van een medische repatriëring indien noodzakelijk (in geval u een basisverzekering met aanvullende dekking heeft).

Vergoed worden:

- de kosten van het organiseren van de hulpverlening door de Alarmcentrale.
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de helpdesk van de Alarmcentrale.

In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met de Alarmcentrale. Het telefoonnummer kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

B ZORGBEMIDDELING EN ZORGGARANTIE

In verband met wachttijden voor sommige behandelingen in de Nederlandse ziekenhuizen kunt u een beroep doen op Zorgbemiddeling. Een team van gespecialiseerde en gekwalificeerde medewerkers gaat op uw verzoek actief op zoek naar een andere zorginstelling met een kortere wachttijd. Of dat lukt en hoeveel tijd dat scheelt, hangt van de situatie af. Maar in verreweg de meeste gevallen zijn wij er tot nu toe in geslaagd met een sneller alternatief te komen.

Zorggarantie

Voor een groot aantal behandelingen geven wij een Zorggarantie af. Dit betekent dat voor deze behandelingen wordt gegarandeerd dat binnen vijf werkdagen een eerste consult kan plaatsvinden. Daarnaast garanderen wij voor deze behandelingen dat binnen 10 werkdagen de behandeling kan plaatsvinden, mits de diagnose van de medisch specialist dit toelaat en er geen andere diagnostiek vereist is.

Verzekerde kan zijn verzoek indienen bij de afdeling Medische Garanties.

C REISARTS

Stel, u bent met uw gezin op vakantie en één van uw kinderen heeft al 2 dagen last van buikpijn. Gaat u dan naar de plaatselijke arts? Of besluit u toch nog maar even te wachten? Voor deze twijfelgevallen is er de Reisarts.

Vanaf uw vakantieadres kunt u voor gratis advies bij niet-spoedeisende medische hulp bellen naar de Reisarts op telefoonnummer +31 (0) 71 364 18 02. U krijgt dan een Nederlands sprekende deskundige hulpverlener aan de lijn.

D INENTINGSADVIES

Als u op reis gaat naar het buitenland kunt u advies inzake uw inentingen krijgen. Daarnaast kunt u worden doorverwezen naar instanties waar de benodigde inentingen tegen gunstige tarieven verkregen kunnen worden (rekening houdend met een maximale reisafstand). Voor nadere informatie over het Inentingsadvies kunt u contact opnemen met 020 - 592 91 32.

Aanspraken Aanvullende verzekeringen

Voorwaarden en vergoedingen aanvullende verzekeringen. Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u bij ons heeft afgesloten.

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van alternatieve genezers of therapeuten (artsen en niet-artsen) die aangesloten zijn bij beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen op het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in de lijst is opgenomen.

Wij vergoeden ook de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voorgeschreven door een arts. Voor deze geneesmiddelen gelden de door ons vastgestelde maximale vergoedingen.

Voorwaarden

- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheekhoudende.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is;
- van (laboratorium)onderzoek;
- van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- en schoolgerelateerde coaching.

■ C4Me+	geen dekking.
■ C4Me++	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 240, - per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.
■ C4Me+++	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 350, - per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.

Artikel 2 Anticonceptie

A HORMONALE ANTI CONCEPTIVA EN SPIRAALTJES (IUD'S) VOOR VERZEKERDEN VAN 21 JAAR EN OUDER

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor de geneesmiddelen gelden de door ons vastgestelde maximale vergoedingen.

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn opgenomen in het GVS.
- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een door ons gecontracteerde apotheekhoudende.

De door ons gecontracteerde apotheekhoudenden kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS).

■ C4Me+	100%
■ C4Me++	100%
■ C4Me+++	100%

B CONDOOMS

Wij vergoeden de kosten van anticonceptiemiddelen die ook bescherming bieden tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA).

■ C4Me+	geen dekking
■ C4Me++	maximaal € 20 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van condooms
■ C4Me+++	maximaal € 20 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van condooms

Artikel 3 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) tezamen per periode van 3 kalenderjaren. Een periode omvat hele kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december en begint in het jaar van de eerste aanschaf.

Voorwaarde

De brillen en contactlenzen moeten zijn geleverd door een opticien of optiekbedrijf.

■ C4Me+	geen dekking
■ C4Me++	maximaal € 50,- per verzekerde per periode van 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen
■ C4Me+++	maximaal € 100,- per verzekerde per periode van 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen

Kortingsregeling bij Eye Wish, Specsavers en het Collectief van Zelfstandige Opticiens (CvZO)

Naast bovenstaande vergoeding kunnen alle verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Eye Wish, Specsavers en het Collectief van Zelfstandige Opticiens (CvZO) gebruik maken van een kortingsregeling.

Informatie over de kortingsregeling kunt u vinden op onze website of bij ons of bij de opticiens opvragen.

Artikel 4 Buitenland

A SPOEDEISENDE ZORG

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van het (Select) Zorg Plan recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit het Select Zorg Plan zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Alarmcentrale.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer ze onder de aanspraak van artikel 12 van deze polis vallen.

■ C4Me+	aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden
■ C4Me++	aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden
■ C4Me+++	aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden

B REPATRIËRING VERZEKERDE EN VERVOER STOFFELIJK OVERSCHOT NAAR NEDERLAND

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden

- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- De Alarmcentrale moet vooraf toestemming hebben gegeven.

■ C4Me+	100%
■ C4Me++	100%
■ C4Me+++	100%

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

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een reis naar het buitenland:

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera (of een verklaring/cholera stempel 'cholera not indicated');
- rabiës (hondsdolheid);
- Früh Sommer Meningo Encephalitis (tekenbeet);
- hepatitis A/B.

Voor geneesmiddelen en vaccinaties gelden de door ons vastgestelde maximale vergoedingen.

Voorwaarden

Consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van rabiës komen alleen voor vergoeding in aanmerking als u gedurende langere tijd in een land verblijft, waar rabiës endemisch is en waar tevens adequate medische hulp slecht toegankelijk is. Daarnaast dient er aan minimaal één van onderstaande voorwaarden voldaan te zijn:

- u gaat een meerdaagse wandel- of fietstocht buiten toeristische oorden ondernemen;
- u trekt langer dan 3 maanden op met of overnacht bij lokale bevolking;
- u verblijft buiten een resort of beschermde omgeving;
- u bent jonger dan 12 jaar.

■ C4Me+	consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100% geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100% of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij een niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
■ C4Me++	consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100% geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100% of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij een niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar
■ C4Me+++	consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100% geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100% of consulten, vaccinaties en geneesmiddelen bij een niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 5 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut.

Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van het (Select) Zorg Plan recht hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Dit noemen wij directe toegang fysiotherapie/oefentherapie (DTF/DTO). Bij DTF/DTO geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Bij DTF door een PlusPraktijk geldt dit samen slechts als 1 behandeling. De hiervoor door ons gecontracteerde zorgverleners en PlusPraktijken kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

- Wij vergoeden niet de kosten van een individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Wij vergoeden niet de kosten van de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

■ C4Me+	maximaal 6 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
■ C4Me++	maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
■ C4Me+++	maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 6 Podotherapie / podologie / podoposturale therapie / steunzolen

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

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van een podoloog alleen wanneer u bent doorverwezen door een arts.
- 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.
- De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn aangesloten bij de beroepsvereniging Omni Podo Genootschap.
- De steunzolen moeten zijn geleverd of worden gerepareerd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of die voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoenaanpassingen.
- Wij vergoeden niet de kosten van voetonderzoek en behandeling van diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger). Deze behandeling valt onder de aanspraak van de (Select) Zorg Plan (zie artikel 29).

■ C4Me+	geen dekking
■ C4Me++	maximaal € 70,- per verzekerde per kalenderjaar
■ C4Me+++	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 7 Sportarts

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

Voorwaarde

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

■ C4Me+	maximaal € 130,- per verzekerde per kalenderjaar
■ C4Me++	maximaal € 130,- per verzekerde per kalenderjaar
■ C4Me+++	maximaal € 130,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 8 Sportmedisch onderzoek

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

Voorwaarde

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek die wordt uitgevoerd door een sportarts ter beoordeling van de individuele gezondheid en geschiktheid van de verzekerde om een specifieke sport uit te oefenen of om toegelaten te worden tot een sportopleiding.

■ C4Me+	maximaal € 100,- per verzekerde per 2 kalenderjaren
■ C4Me++	maximaal € 100,- per verzekerde per 2 kalenderjaren
■ C4Me+++	maximaal € 100,- per verzekerde per 2 kalenderjaren

Artikel 9 Mammaprint

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

Voorwaarde

Het onderzoek moet worden uitgevoerd door het laboratorium Agendia.

■ C4Me+	100%
■ C4Me++	100%
■ C4Me+++	100%

Artikel 10 Mondzorg

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of een tandprotheticus.

Wij vergoeden bij een tandarts bij de AV++ en AV+++ de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%. Mondhygiëne en kleine vullingen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts.

Een mondhygiëniste kan, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel M-codes als T-codes (parodontologische behandelingen) declareren. Wanneer een mondhygiëniste T-codes declareert, dan krijgt u een vergoeding van maximaal 75% bij de AV++ en de AV+++ met inachtneming van totale maximale vergoeding.

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor maximaal 75% wanneer u de AV++ en de AV+++ heeft. Behandeling van tandvleesaandoeningen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende behandelingen:

- keuringsrapporten en tandheelkundige verklaring (C70, C75 en C76);
- niet nagekomen afspraken (C90);
- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- orthodontie;
- abonnementen.

■ C4Me+	geen dekking
■ C4Me++	C-codes, M-codes, V-codes en H codes: 100% overige codes: 75% totale vergoeding is maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar
■ C4Me+++	C-codes, M-codes, V-codes en H codes: 100% overige codes: 75% totale vergoeding is maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar