

## Polisvoorwaarden 2013

---

t@ke 1

t@nd 50

t@ke 2

t@nd 250

t@ke 3

t@nd 500



## 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, Bijzonderheden en Uitsluitingen.

TakeCareNow!

Oktober 2012

# Inhoudsopgave

	<b>Algemene Voorwaarden</b>	<b>5</b>
<b>Deel I</b>	<b>t@ke 1, t@ke 2, t@ke 3</b>	<b>8</b>
	<b>Lijst van verstrekkingen</b>	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>Preventie</b>	<b>8</b>
	a Gezondheids cursussen	8
	b Lifestyle cursussen	8
	c Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen	9
	d Condooms	9
	e Anticonceptiva	9
<b>2</b>	<b>Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg</b>	<b>10</b>
	a Verblijfkosten (partner) na transplantatie	10
	b Ooglaseren	10
<b>3</b>	<b>Zorg in verband met de geboorte van een kind</b>	<b>10</b>
	a Kinderwensconsult en Zorgeloos Zwanger	10
	b Niet-klinische bevalling (eigen bijdrage)	11
	c Kraamzorg	11
	d Kraamzorg na ziekenhuisopname	11
<b>4</b>	<b>Thuiszorg</b>	<b>12</b>
	a Vervangende mantelzorg	12
<b>5</b>	<b>Hulpmiddelen</b>	<b>12</b>
	a Brillen en/of contactlenzen	12
	b Gehoorbeschermers (op maat gemaakt)	12
	c Orthopedisch/allergeenvrij schoeisel of verbandschoenen (eigen bijdrage)	13
	d Pruik (eigen bijdrage)	13
	e Probe (elektrode ten behoeve van apparatuur gebruikt bij bekkenbodemplachten)	13
<b>6</b>	<b>Orthodontie</b>	<b>13</b>
	a Orthodontie	13
<b>7</b>	<b>Paramedische hulp</b>	<b>13</b>
	a Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	13
	b Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar	14
	c Oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar	15
	d Oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar	15
	e Bewegprogramma's	16
<b>8</b>	<b>Psychische zorgverlening</b>	<b>17</b>
	a Eerstelijnspsychologische zorg (eigen bijdrage)	17
	b Aanvullende eerstelijnspsychologische zorg	17
	c (Kortdurende) psychosociale hulp	17
	d Herstel en Balans	18
<b>9</b>	<b>Alternatieve geneeswijzen, overige psychische zorgverlening en antroposofische geneeskunde</b>	<b>18</b>
	a Alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening	18
	b Antroposofische geneeskunde	19

<b>10</b>	<b>Therapieën</b>	<b>19</b>
a	Acnétherapie	19
b	Camouflagetherapie	20
c	Elektrische, IPL- of laserepilatie	20
d	Stottertherapie	20
e	Begeleid bewegen in verwarmd water	20
1	Groepszwemmen bij patiëntenvereniging voor MS, reuma- en hartpatienten	20
2	Warmwaterbad	21
f	Voetzorg	21
g	Psoriasisbehandeling	22
<b>11</b>	<b>Extra vergoedingen</b>	<b>23</b>
a	Sport Medisch Advies	23
b	Reumakuurbehandeling	23
c	Lidmaatschap patiëntenvereniging	23
d	Reiskosten ziekenbezoek	24
<b>12</b>	<b>Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)</b>	<b>24</b>

<b>Deel II</b>	<b>Mondzorg</b>	
	<b>t@nd 50, t@nd 250 en t@nd 500</b>	<b>27</b>
	(met uitzondering van orthodontie en de uitneembare volledige gebitsprothese)	
	<b>Bijlage beroepsverenigingen/registers</b>	<b>28</b>

# 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 Indien je geen hoofdverzekering bij Agis hebt kun je de Algemene Voorwaarden vinden in het boekje Agis Algemene Voorwaarden aanvullende verzekeringen.
- 3 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 tandverzekeringen.

## 2 Diverse specifieke bepalingen die van toepassing zijn op de aanvullende verzekeringen (inclusief tandverzekeringen)

- 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.
- 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 per email 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 dekkings- en 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.
- 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 via automatische incasso. De premie is verschuldigd vanaf de 1e vervaldag nadat de verzekering van kracht is geworden;
  - c de premie 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 de wijze van betaling van verschuldigde bedragen, niet zijnde premie, die bijvoorbeeld kunnen bestaan uit eigen risico en eigen bijdrage, vindt plaats op de bij de zorgverzekeraar bekende en vastgelegde premiebetaalwijze. De zorgverzekeraar kan in voorkomende situaties hiervan afwijken;
  - e 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;
  - f de zorgverzekeraar kan de premiebetaalfrequentie van de nalatige verzekeringnemer met kwartaal, halfjaar of jaarbetaling met terugwerkende kracht aanpassen naar maandbetaling. De premiekorting voor halfjaar of jaarbetaling komt hiermee te vervallen. De nalatige verzekeringnemer wordt hiervan schriftelijk in kennis gesteld;
  - g blijft de verzekeringnemer na eventuele toepassing van het in lid f gestelde nalatig, dan wordt hij eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde premie, administratiekosten danwel 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 buitengerechtigde incassokosten van 15% alsmede de incassokosten als hierna bedoeld onder i;
  - h 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;
  - i 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 € 2,50;
  - j vanaf de datum dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke verdragingsrente over de verschuldigde premie te voldoen;

- k 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;
  - l de zorgverzekeraar kan de door de verzekeringnemer verschuldigde bedragen (die bijvoorbeeld kunnen bestaan uit de verschuldigde premie, eigen risico, administratiekosten, buitengerechtigde incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en/of executiekosten) verrekenen met aan de verzekeringnemer verschuldigde bedragen. Het omgekeerde is de verzekeringnemer niet toegestaan;
  - m 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 premie-suppletie (bij verhoging) plaats en wel vanaf de dag van wijziging;
  - n 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 3h) en is gerechtigd de verzekering te beëindigen bij een schuld ter hoogte van 2 maanden premieschuld. Het hierboven in 3h bepaalde omtrent schorsing is onverminderd van toepassing.

## Deel 1 t@ke 1, t@ke 2, t@ke 3

### Lijst van verstrekkingen



#### 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. Het onderzoek moet worden uitgevoerd door het laboratorium Agendia. Mammaprint is alleen geschikt voor vrouwen, op [www.mammaprint.nl](http://www.mammaprint.nl) kunt u een test doen. De uitkomsten overlegt u met uw behandelend arts. Agis vergoedt de kosten van een Mammaprint, ongeacht welke verzekering u bij ons heeft. Dit doen we omdat wij het belangrijk vinden om nieuwe ontwikkelingen in de zorg te ondersteunen en te stimuleren.

## 1 Preventie

### a Gezondheids cursussen

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

Hieronder vallen:

- cursusaanbod van de thuiszorgorganisaties zoals babymassage, EHBO bij kinderen, lekker in je vel, leven met diabetes, slapen kun je leren, sportief afvallen;
- droogbedtraining bij GG&GD;
- cursusaanbod van de GGZ instellingen;
- cursusaanbod van de patiëntenverenigingen aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF);
- cursusaanbod van De Helderheid (Stichting);
- hart in beweging bij de HIB beweegorganisaties;
- kanjertraining van licentiehouders aangesloten bij Instituut voor Kanjertrainingen BV;
- EHBO/reanimatiecursus die opleidt tot certificering door het Nederlandse Rode Kruis, Het Oranje Kruis of de Nederlandse Reanimatieraad;
- Oei, ik groei! eCursus van Twise Victory B.V.;
- cursusaanbod van andere instellingen dan hier genoemd waar Agis afspraken mee heeft gemaakt.

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

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

### b Lifestyle cursussen

#### 1 Overgewicht

**Omschrijving:** volgen en afronden van een (preventieve) cursus om overgewicht te voorkomen of te bestrijden.

Hieronder vallen:

- cursusaanbod van de Beroepsvereniging Gewichticonsulenten Nederland;
- cursusaanbod van Biamed Nederland;
- cursusaanbod van Lekker Puh!;
- cursus Afvallen & Afblijven bij Achmea Health Center;
- cursusaanbod van Weight Watchers.

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



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

**Uitsluitingen:** online cursussen.

## 2 Stoppen met roken

**Omschrijving:** volgen en afronden van een (preventieve) cursus om te stoppen met roken. Hieronder vallen:

- cursusaanbod bij Allen Carr;
- behandeling bij Lasercentra Noord Oost Nederland;
- Moos Methode;
- behandeling bij Prostop lasercentra;
- behandeling bij Smoke Free lasercentrum.

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

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

**Uitsluitingen:** vergoeding van geneesmiddelen om te stoppen met roken.

## c Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen

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

**Zorgverlening:** centrum of een arts genoemd op [www.lcr.nl](http://www.lcr.nl) of huisarts. Geneesmiddelen kunnen door een apothekhoudende geleverd worden.

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

**Bijzonderheden:** voor vaccins en preventieve geneesmiddelen geleverd door een apothekhoudende gelden de door Agis overeengekomen tarieven.

**Uitsluitingen:** vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen in verband met beroepsmatige reizen naar en beroepsmatig verblijf in het buitenland.

## d 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](http://www.takecarenow.nl) (tik in de zoekbalk de term condooms in) of bel de TakeCareNow! klantenservice **0900 202 19 21** (€ 0,03 p/min).

## e Anticonceptiva

**Omschrijving:** vergoeding van orale anticonceptiva ('de pil') en overige anticonceptiemiddelen voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder.

**Zorgverlening:** door Agis gecontracteerde (internet)apotheek.

- Vergoeding:** **t@ke 1** volledig (onder aftrek van eventuele GVS-bijdrage), benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde per kalenderjaar.
- t@ke 2** volledig (onder aftrek van eventuele GVS-bijdrage), benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde per kalenderjaar.
- t@ke 3** volledig (onder aftrek van eventuele GVS-bijdrage), benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde per kalenderjaar.
- Voorschrift:** huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit of medisch specialist (voor 'de pil' is alleen voor de eerste aanschaf is een recept nodig).
- Bijzonderheden:**
- vergoeding vindt plaats tot maximaal het door Agis overeengekomen tarief;
  - onder overige anticonceptiemiddelen vallen de prikpil, anticonceptie spiraaltje, pleisterpil, anticonceptie ring, morning after pil, anticonceptiestaaftje, anticonceptiepessarium;
  - verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking;
  - voor de morning after pil, het anticonceptiepessarium, het anticonceptiespiraaltje en het implanteerbare anticonceptiestaaftje geldt het benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde;
  - GVS-bijdrage: is de wettelijke eigen bijdrage die verschuldigd is boven de, krachtens het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS), gemaximeerde vergoeding voor geneesmiddelen.
- Uitsluitingen:** condooms maken geen deel uit van deze verstrekking, voor condooms verwijzen wij je naar artikel 1d.

## 2 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

### a Verblijfkosten (partner) na transplantatie

- Omschrijving:** bijdrage in de kosten van een verblijf in of nabij een ziekenhuis, wanneer de partner een transplantatie van weefsel en/of organen ondergaat.
- Vergoeding:** **t@ke 1** geen vergoeding.  
**t@ke 2** geen vergoeding.  
**t@ke 3** maximaal € 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.
- ### b Ooglaseren
- Omschrijving:** vergoeding van behandeling ter correctie van de ogen door middel van refractiechirurgie.
- Zorgverlening:** zorgverlener waar Agis afspraken mee heeft gemaakt.
- Vergoeding:** **t@ke 1** geen vergoeding.  
**t@ke 2** geen vergoeding.  
**t@ke 3** maximaal € 500,- voor de duur van de verzekering.
- Bijzonderheden:**
- een overzicht van de zorgverleners waar Agis afspraken mee heeft gemaakt vind je op [www.takecarenow.nl](http://www.takecarenow.nl) (zoekfunctie ooglaseren). Je kunt ook bellen met de TakeCareNow! Klantenservice via nummer **0900 202 19 21** (€ 0,03 p/min), zij kunnen je informatie verstrekken over het dichtstbijzijnde behandelcentrum;
  - vergoeding vindt alleen plaats wanneer er sprake is van een behandeling. Losse consulten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

## 3 Zorg in verband met de geboorte van een kind

### a Kinderwensconsult en Zorgeloos Zwanger

- 1** Kinderwensconsult (preconceptiezorg)
- Omschrijving:** 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.

## 2 Zorgeloos Zwanger

**Omschrijving:** consulten en workshops rond onderwerpen als kinderwens, zwanger worden, ontzwaneren en veiligheid.

**Zorgverlening:** zorgverlener die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van Care for Women.

**Vergoeding:** t@ke 1 geen vergoeding.  
t@ke 2 maximaal € 40,- voor de duur van de verzekering voor de gezamenlijke kosten van de onder 1 en 2 genoemde vormen van zorg.  
t@ke 3 maximaal € 40,- voor de duur van de verzekering voor de gezamenlijke kosten van de onder 1 en 2 genoemde vormen van zorg.

## b Niet-klinische bevalling (eigen bijdrage)

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

**Zorgverlening:** ziekenhuis, geboortecentrum of kraaminstelling, de zorg wordt verleend door een verloskundige, gynaecoloog of verloskundig actieve arts.

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

## c Kraamzorg

**Omschrijving:**

- volledig kraampakket;
- vergoeding wettelijke eigen bijdrage bij kraamzorg thuis of in een geboortecentrum.

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

**Bijzonderheden:** de verzekerde die een kraampakket uiterlijk 5 maanden voor de bevallingsdatum aanvraagt via [www.takecarenow.nl](http://www.takecarenow.nl) ontvangt een kraampakket in de 6e of 7e maand van de zwangerschap.



### Aanmelden kraamzorg

Om voor kraamzorg en het kraampakket in aanmerking te komen dien je je uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevalling aan te melden via [www.takecarenow.nl](http://www.takecarenow.nl) (zoekfunctie kraamzorg). 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 kraamverzorgende 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.

**Zorgverlening:** door Agis gecontracteerde kraamzorginstelling.

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

- 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;
  - de gecontracteerde kraamzorginstelling stelt de indicatie in overleg met de behandelend arts of verloskundige.

## 4 Thuiszorg

### a Vervangende mantelzorg

- Omschrijving:** vervangende verzorging van de verzekerde thuis door vrijwilligers bij afwezigheid (door o.a. vakantie, ziekenhuisopname of in geval van respijtzorg) van de vaste mantelzorger.
- Zorgverlening:** Handen-In-Huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland) of andere organisatie organisatie waar Agis afspraken mee heeft gemaakt.
- Vergoeding:**
- |        |  |
|--------|--|
| t@ke 1 | geen vergoeding.                                   |
| t@ke 2 | geen vergoeding.                                   |
| t@ke 3 | maximaal 21 dagen per verzekerde per kalenderjaar. |

## 5 Hulpmiddelen



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](http://www.takecarenow.nl). Je kunt ook bellen met de TakeCareNow! Klantenservice op **0900 202 19 21** (€ 0,03 p/min).

### a Brillen en/of contactlenzen

- Omschrijving:** brillen met enkelvoudig glazen of enkelvoudig 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:**
- brillen en/of contactlenzen gekocht in een ander land dan Nederland komen ook voor vergoeding in aanmerking;
  - alleen definitieve nota's komen voor vergoeding in aanmerking. Offertes en orderbevestigingen worden niet in behandeling genomen.
- Uitsluitingen:**
- (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
  - prismabrillen;
  - lenzen die zijn vergoed op basis van de hoofdverzekering;
  - losse monturen en/of accessoires;
  - gekleurde contactlenzen.

### b Gehoorbeschermers (op maat gemaakt)

- Omschrijving:** bijdrage in de kosten van op maat gemaakte gehoorbeschermers.
- Zorgverlener:** instelling waarmee Agis afspraken heeft gemaakt. Kijk voor meer informatie op [www.takecarenow.nl](http://www.takecarenow.nl).
- Vergoeding:**
- |        |   |
|--------|---|
| t@ke 1 | eenmalig € 50,- per verzekerde voor de duur van de verzekering. |
| t@ke 2 | eenmalig € 75,- per verzekerde voor de duur van de verzekering. |
| t@ke 3 | eenmalig € 75,- per verzekerde voor de duur van de verzekering. |

- Bijzonderheden:** uit de declaratie moet blijken dat het op maat gemaakte gehoorbeschermers zijn.

**Uitsluitingen:** standaard (niet op maat gemaakte) gehoorbeschermers komen niet in aanmerking voor vergoeding.

#### **c Orthopedisch/allergeenvrij schoeisel en/of verbandschoenen (eigen bijdrage)**

**Omschrijving:** vergoeding wettelijke eigen bijdrage die bij aanschaf van orthopedisch/allergeenvrij schoeisel en/of verbandschoenen op basis van de hoofdverzekering 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 heeft plaatsgevonden.

#### **d Pruik (eigen bijdrage)**

**Omschrijving:** vergoeding eigen bijdrage die je mogelijk verschuldigd bent bij aanschaf van een pruik (inclusief haarwerken) op basis van de hoofdverzekering.

**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 heeft plaatsgevonden.

#### **e Probe (elektrode ten behoeve van apparatuur gebruikt bij bekkenbodempklachten)**

**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 Orthodontie

#### **a Orthodontie voor verzekerden vanaf 18 jaar**

**Zorgverlening:** orthodontist of tandarts.

**Vergoeding:** t@ke 1 geen vergoeding.  
t@ke 2 maximaal € 250,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.  
t@ke 3 maximaal € 500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

**Bijzonderheden:**

- de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de betreffende mondzorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ;
- de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
- vergoeding vindt plaats op basis van het door Agis met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent Agis de genoemde vergoeding op basis van het marktconforme tarief of het Wmg tarief;
- vergoeding wordt ook gegeven als de behandeling plaats vindt bij een orthodontist of tandarts in een ander land dan Nederland.

**Uitsluitingen:** vervanging en/of reparatie van orthodontische apparatuur na onzorgvuldig gebruik, niet nagekomen afspraak.

## 7 Paramedische hulp

#### **a Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar**

**Omschrijving:** medisch noodzakelijke (kinder) fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar als aanvulling op behandeling uit de hoofdverzekering.

**Zorgverlening:** (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, huidtherapeut (uitsluitend oedeemtherapie), oedeemtherapeut, psychosomatisch werkend fysiotherapeut.

**Vergoeding:**

<b>t@ke 1</b>	geen vergoeding.
<b>t@ke 2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• door Agis gecontracteerde zorgverlener: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.</li><li>• door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.</li></ul>
<b>t@ke 3</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• door Agis gecontracteerde zorgverlener: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.</li><li>• door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.</li></ul>

**Verwijzing:** huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

**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 vind je terug onder Zorggids op [www.takecarenow.nl](http://www.takecarenow.nl). Je kunt hiervoor ook contact opnemen met onze Klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterpagina van deze polisvoorwaarden;
- 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;
- het is toegestaan om fysiotherapie te ondergaan in het buitenland, hiervoor geldt dan de vergoeding zoals vermeld bij een niet-gecontracteerde zorgverlener (tenzij andere afspraken zijn gemaakt).

**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;
- zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

## **b Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar**

**Omschrijving:** medisch noodzakelijke fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

**Zorgverlening:** fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, huidtherapeut (uitsluitend oedeemtherapie), oedeemtherapeut, psychosomatisch werkend fysiotherapeut en geriatrie fysiotherapeut.

**Vergoeding:**

<b>t@ke 1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal 9 medisch noodzakelijke behandelingen per verzekerde per kalenderjaar:<ul style="list-style-type: none"><li>– door Agis gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 100%;</li><li>– door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling van 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief.</li></ul></li></ul>
<b>t@ke 2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal 12 medisch noodzakelijke 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"><li>– door Agis gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 100%;</li><li>– door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief.</li></ul></li></ul>
<b>t@ke 3</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal 27 medisch noodzakelijke behandelingen per verzekerde per kalenderjaar:<ul style="list-style-type: none"><li>– door Agis gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 100%;</li><li>– door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.</li></ul></li></ul>

**Verwijzing:** huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, tenzij u naar een zorgverlener gaat waarmee Agis een contract heeft gesloten en afspraken heeft gemaakt over directe toegankelijkheid.

- Bijzonderheden:**
- afspraken met betrekking tot Directe Toegang Fysiotherapie (DTF):
    - de fysiotherapeut doet de screening, de intake en het onderzoek. De screening telt als 1 behandeling, de intake inclusief het onderzoek telt ook als 1 behandeling;
    - bij de fysiotherapie Pluspraktijken telt screening, intake en onderzoek als 1 behandeling;
    - behandeling aan huis kan uitsluitend na verwijzing;
    - bij een verwijzing vervalt de screening door de fysiotherapeut;
    - wanneer de fysiotherapeut geen contract met Agis heeft, geldt dat de verzekerde een verwijzing nodig heeft van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
  - een overzicht van gecontracteerde fysiotherapeuten vind je terug onder Zorggids op [www.takecarenow.nl](http://www.takecarenow.nl). Je kunt hiervoor ook contact opnemen met onze Klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterpagina van deze polisvoorwaarden;
  - bij een aandoening conform bijlage 1 van het besluit zorgverzekering valt de aanspraak op fysiotherapie vanaf de 21ste behandeling onder de hoofdverzekering;
  - 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;
  - het is toegestaan om fysiotherapie te ondergaan in het buitenland, hiervoor geldt dan de vergoeding zoals vermeld bij een niet-gecontracteerde zorgverlener (tenzij andere afspraken zijn gemaakt).

- 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;
  - zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

#### **c Defentherapie 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:**
- |               |  |
|---------------|--|
| <b>t@ke 1</b> | geen vergoeding.   |
| <b>t@ke 2</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• door Agis gecontracteerde zorgverlener: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.</li> <li>• door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.</li> </ul> |
| <b>t@ke 3</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• door Agis gecontracteerde zorgverlener: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.</li> <li>• door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.</li> </ul> |

**Verwijzing:** huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

- 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;
  - 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](http://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.

**Uitsluitingen:** zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

#### **d Defentherapie 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**
- maximaal 9 medisch noodzakelijke behandelingen per verzekerde per kalenderjaar:
    - door Agis gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 100%;
    - door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling van 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief.
- t@ke 2**
- maximaal 12 medisch noodzakelijke behandelingen per verzekerde per kalenderjaar of maximaal 6 behandelingen en 1 beweegprogramma (zie artikel 7e) per verzekerde per kalenderjaar:
    - door Agis gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 100%;
    - door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief.
- t@ke 3**
- maximaal 27 medisch noodzakelijke behandelingen per verzekerde per kalenderjaar:
    - door Agis gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 100%;
    - door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

**Verwijzing:** huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, tenzij u naar een zorgverlener gaat waarmee Agis een contract heeft gesloten en afspraken heeft gemaakt over directe toegankelijkheid.

- Bijzonderheden:**
- afspraken met betrekking tot Directe Toegang Oefentherapie (DTO):
    - de oefentherapeut doet de screening, de intake en het onderzoek. De screening telt als 1 behandeling, de intake inclusief het onderzoek telt ook als 1 behandeling;
    - behandeling aan huis kan uitsluitend na verwijzing;
    - bij een verwijzing vervalt de screening door de oefentherapeut;
    - wanneer de oefentherapeut geen contract met Agis heeft, geldt dat de verzekerde een verwijzing nodig heeft van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
  - een overzicht van gecontracteerde oefentherapeuten vind je terug onder Zorggids op [www.takecarenow.nl](http://www.takecarenow.nl). Je kunt hiervoor ook contact opnemen met onze Klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterpagina van deze polisvoorwaarden,
  - bij een aandoening conform bijlage 1 van het besluit zorgverzekering valt de aanspraak op oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de 21ste behandeling onder de hoofdverzekering;
  - op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode, indicatiecode en de behandeldatum te vermelden;
  - per dag wordt één paramedische behandeling (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) vergoed.

**Uitsluitingen:** zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

### e Beweegprogramma's

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

**Zorgverlening:** zorgverleners 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. Indien een beweegprogramma wordt gevolgd wordt de aanspraak voor fysiotherapie verminderd met 6 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar (zie artikel 7b).

**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](http://www.takecarenow.nl) (tik in de zoekbalk de term beweegprogramma in) of bel onze Klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden;
  - per dag wordt één paramedische behandeling (fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck of beweegprogramma) vergoed.

## 8 Psychische zorgverlening

### a Eerstelijnspsychologische zorg (eigen bijdrage)

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

**Vergoeding:**

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

- Bijzonderheden:**
- de vergoeding wordt uitsluitend verleend als kan worden aangetoond dat vergoeding krachtens de hoofdverzekering plaatsgevonden;
  - de vergoeding geldt ook voor de eigen bijdrage die verschuldigd is voor het internetbehandeltraject.

### b 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-generalist of seksuologisch hulpverlener).

**Vergoeding:**

t@ke 1	geen vergoeding.
t@ke 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• door Agis gecontracteerde zorgverlener: aanspraak op maximaal 2 zittingen (van maximaal 1 uur) per kalenderjaar.</li> <li>• door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding maximaal € 42,- per zitting tot maximaal 2 zittingen (van maximaal 1 uur) per kalenderjaar.</li> </ul>
t@ke 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• door Agis gecontracteerde zorgverlener: aanspraak op maximaal 4 zittingen (van maximaal 1 uur) per kalenderjaar.</li> <li>• door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding maximaal € 42,- per zitting tot maximaal 4 zittingen (van maximaal 1 uur) per kalenderjaar.</li> </ul>

- Bijzonderheden:**
- de vergoeding wordt uitsluitend verleend als kan worden aangetoond dat vergoeding krachtens de hoofdverzekering heeft plaatsgevonden;
  - de aanspraak in de hoofdverzekering omvat 5 zittingen per kalenderjaar;
  - een dubbele, een halve, een kwart of één vijfde zitting is ook mogelijk.

### c (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](http://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:**
- de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding als de betreffende zorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ;
  - psychosociale hulp aan chronisch zieken enkel bij Simonton therapeuten;
  - de aanspraak op de vergoeding voor kortdurende oncologische psychosociale hulp vervalt bij deelname aan een Herstel en Balans programma (zie hieronder bij d).

#### d Herstel en Balans

**Omschrijving:** deelname aan het revalidatieprogramma Herstel en Balans. Het revalidatieprogramma Herstel en Balans is een groepsprogramma voor mensen met kanker en bestaat uit lichaamstraining en psycho-educatie.

**Zorgverlening:** instellingen die vallen onder de licentie van de Stichting Herstel en Balans.

**Vergoeding:** **t@ke 1** geen vergoeding.  
**t@ke 2** maximaal € 800,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.  
**t@ke 3** maximaal € 1.000,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

**Bijzonderheden:**

- de verzekerde heeft uitsluitend recht op de vergoeding, als de betreffende zorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ;
- indien het programma Herstel en Balans wordt gevolgd vervalt de aanspraak op kortdurende oncologische psychosociale hulp (zie hierboven bij c);
- Herstel en Balans instellingen vind je op [www.herstelenbalans.nl](http://www.herstelenbalans.nl).

## 9 Alternatieve geneeswijzen, overige psychische zorgverlening en antroposofische geneeskunde

### a Alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening

#### 1 Alternatieve geneeswijzen

**Omschrijving:**

- acupunctuur;
- chiropractie;
- cranio sacraaltherapie;
- homeopathie (klassiek);
- manuele geneeskunde/orthomanipulatie;
- mesologie;
- Moermantherapie;
- natuurgeneeswijzen;
- neuraaltherapie;
- 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 Bijlage Beroepsverenigingen/registers achterin deze polisvoorwaarden.

#### 2 Overige psychische zorgverlening

**Omschrijving:** gestalttherapie, haptotherapie, hypnotherapie, integratieve psychotherapie, lichaamsgerichte psychotherapie, postural integration en vaktherapie.

**Zorgverlening:** gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging/register genoemd in de Bijlage Beroepsverenigingen/registers achterin deze polisvoorwaarden.

**Vergoeding:** **t@ke 1** geen vergoeding.  
**t@ke 2** maximaal € 40,- per dag voor consulten en behandeling tot maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder **1 en 2** genoemde gezamenlijke kosten van de genoemde alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening. De maximale vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index de productgroepcode HM hebben.  
**t@ke 3** maximaal € 40,- per dag voor consulten en behandeling tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder **1 en 2** genoemde gezamenlijke kosten van de ealternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening. De maximale vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index de productgroepcode 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 of apotheekhoudende huisarts;
  - voor homeopathische geneesmiddelen gelden de door Agis overeengekomen tarieven.

- Uitsluitingen:**
- kosten van laboratoriumonderzoek;
  - homeopathische (genees)middelen die in de Taxe Homeopathie van de Z-index **niet** de productgroepcode HM hebben;
  - kosten van consult of behandeling als de zorgverlener tevens de huisarts is.

#### **b Antroposofische geneeskunde**

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

**Zorgverlening:** gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging/register genoemd in de Bijlage Beroepsverenigingen/registers achterin deze polisvoorwaarden.

- Vergoeding:**
- |               |   |
|---------------|---|
| <b>t@ke 1</b> | geen vergoeding.  |
| <b>t@ke 2</b> | maximaal € 40,- per dag voor consulten en behandeling tot maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar. De maximale vergoeding is inclusief de kosten van antroposofische en homeopathische geneesmiddelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index de productcode HA of HM hebben. |
| <b>t@ke 3</b> | maximaal € 40,- per dag voor consulten en behandeling tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. De maximale vergoeding is inclusief de kosten van antroposofische en homeopathische geneesmiddelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index de productcode 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;
  - bij samenloop van antroposofische psychische hulpverlening en eerstelijnspsychologie kan slechts bij één verstrekkingensoort aanspraak op vergoeding worden gemaakt;
  - voor antroposofische- en homeopatische geneesmiddelen gelden de door Agis overeengekomen tarieven.

- Uitsluitingen:**
- kosten van laboratoriumonderzoek;
  - antroposofische en homeopathische (genees)middelen die in de Taxe Homeopathie van de Z-index **niet** de productcode HA of HM hebben;
  - kosten van consult of behandeling als de zorgverlener tevens de huisarts is.

## 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 van Huidtherapeuten (NVH).

- Vergoeding:**
- |               |   |
|---------------|---|
| <b>t@ke 1</b> | maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar. |
| <b>t@ke 2</b> | maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar. |
| <b>t@ke 3</b> | 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;  
• tepelhofatoeage.

Zorgverlening: • gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH);  
• een gekwalificeerde schoonheidsspecialist, die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) staat geregistreerd als gediplomeerd in camouflage therapie.

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;  
• uit de nota moet blijken dat het gaat om een behandeling camouflagetherapie.

#### **c Elektrische, IPL- of laserepilatie**

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

Zorgverlening: • elektrische epilatie en Intense Pulsed Light (IPL):  
– door een gekwalificeerde huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH);  
– door een gekwalificeerde schoonheidsspecialist aangesloten bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS). Voor elektrische epilatie geldt een registratie elektrisch ontharen en voor een IPL behandeling geldt een registratie ontharingstechnieken.  
• laserepilatie:  
– door een gekwalificeerde huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH);  
– een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog is verbonden.

Vergoeding: **t@ke 1** geen vergoeding.  
**t@ke 2** maximaal € 350,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.  
**t@ke 3** maximaal € 600,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Verwijzing: behandelend arts.

Bijzonderheden: • uit de declaratie moet blijken dat het gaat om ontsierde haargroei in het gelaat en/of de hals;  
• op de nota moet worden vermeld of er sprake is van een elektrische, IPL- of laserbehandeling.

#### **d Stottertherapie**

Zorgverlening: het Del Ferro Instituut, Instituut De Pauw of Hausdörfer-instituut voor 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 Multiple Sclerose (MS), reuma- en hart-patiënten

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:** op de declaratie moet worden aangegeven dat het gaat om 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:** op de declaratie moet de fysiotherapeut of oefentherapeut aantekenen 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 Voetzorg

### 1 Podotherapie, podologie en podoposturaaltherapie

**Omschrijving:** behandeling van voetklachten of houdingsklachten. De vergoeding omvat onderzoek, consult, orthesen, nagelbeugels en/of therapeutische zolen.

**Zorgverlening:** gekwalificeerd podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achterin deze polisvoorwaarden.

**Bijzonderheden:**

- uit de nota moet blijken of het gaat om een onderzoek, consult, een hulpmiddel, therapie of een speciale techniek;
- behandeling van diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger) door een podotherapeut is een aanspraak uit de hoofdverzekering.

**Uitsluitingen:** behandeling van diabetische voeten.

### 2 Pedicurebehandeling bij reumatische voet

**Omschrijving:** voetonderzoek en behandeling van een reumatische voet.

**Zorgverlening:**

- pedicure die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister ProCert als pedicure reumatische voet of als medisch pedicure;
- pedicure die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) als pedicure in de zorg of chiropedist.

**Bijzonderheden:** op de nota moet vermeld staan dat het gaat om de behandeling van een reumatische voet.

**Uitsluitingen:** het verwijderen van eelt om cosmetische redenen en het adequaat knippen van teennagels.

### 3 Pedicurebehandeling van een medische voet

**Omschrijving:** behandeling van nader omschreven risicovoeten, waarbij het niet behandelen van de voet door een medisch pedicure (pedicure in de zorg of chiropedist) leidt tot medische klachten. De vergoeding omvat voetonderzoek, behandeling en speciale technieken.

**Zorgverlening:**

- pedicure die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister ProCert als medisch pedicure;
- pedicure die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) als pedicure in de zorg of chiropedist.

- Machtiging:** ja, voorafgaand aan de behandeling op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts, tenzij Agis andere afspraken heeft gemaakt met de zorgverlener.
- Bijzonderheden:**
- op [www.takecarenow.nl/voetzorg](http://www.takecarenow.nl/voetzorg) vindt u voor welk type risicovoeten de vergoeding geldt;
  - Agis heeft met Procert en RPV afspraken gemaakt over behandeling zonder machtiging;
  - op de declaratie moet de pedicure vermelden om welk type risicovoet het gaat;
  - uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek.
- 4 Steunzolen**
- Omschrijving:** aanschaf en reparatie van steunzolen.
- Zorgverlening:** orthopedisch instrumentmaker of orthopedisch schoentechnicus waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.
- 5 Podotherapeutisch materiaal voor behandeling diabetische voet Simms 1 t/m3**
- Omschrijving:** de vergoeding omvat o.a. orthesen, nagelbeugels en/of therapeutische zolen die noodzakelijk zijn om diabetische voeten adequaat te behandelen en niet vallen onder de hoofdverzekering.
- Zorgverlening:**
- podotherapeut die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP);
  - pedicure die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister ProCert als medisch pedicure;
  - pedicure die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) als pedicure in de zorg of chiropraxist.
- Bijzonderheden:**
- uit de nota moet blijken om welke type diabetes het gaat ( I of II) en welke Simm's classificatie is vastgesteld;
  - de behandelend arts bepaalt de Simm's classificatie.
- Vergoeding:**
- |               |  |
|---------------|--|
| <b>t@ke 1</b> | geen vergoeding  |
| <b>t@ke 2</b> | maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van de onder <b>1 tot en met 5</b> genoemde zorg en hulpmiddelen. |
| <b>t@ke 3</b> | maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van de onder <b>1 tot en met 5</b> genoemde zorg en hulpmiddelen. |
- 6 Pedicure behandeling bij een diabetes patiënt (m.u.v. voetrisico classificatie Simm's 1 t/m 3)**
- Omschrijving:** voetonderzoek en behandeling bij een diabetes patiënt met een voetrisico classificatie Simm's 0.
- Zorgverlening:**
- pedicure die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister ProCert als pedicure diabetische voet of als medisch pedicure;
  - pedicure die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) als pedicure in de zorg of chiropraxist.
- Vergoeding:**
- |               |  |
|---------------|--|
| <b>t@ke 1</b> | geen vergoeding.   |
| <b>t@ke 2</b> | maximaal € 20,- per behandeling, maximaal 2 x per verzekerde per kalenderjaar. |
| <b>t@ke 3</b> | maximaal € 25,- per behandeling, maximaal 2 x per verzekerde per kalenderjaar. |
- Bijzonderheden:**
- uit de nota moet blijken om welke type diabetes het gaat (I of II) en welke Simm's classificatie is vastgesteld;
  - de behandelend arts bepaalt de Simm's classificatie.
- Uitsluitingen:**
- behandeling van diabetische voet Simm's classificatie 1 t/m 3. Deze behandelingen vallen onder de basisverzekering.
- g Psoriasisbehandeling**
- Omschrijving:** intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken.
- Zorgverlening:** (kuur)reisorganisatie of kuuroord waarmee Agis afspraken heeft gemaakt.
- Verwijzing:** dermatoloog.

- Vergoeding:**
- |        |   |
|--------|---|
| t@ke 1 | geen vergoeding.                                  |
| t@ke 2 | maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar. |
| t@ke 3 | maximaal € 600,- per verzekerde per kalenderjaar. |
- Bijzonderheden:**
- de verwijzing van de dermatoloog hoeft slechts eenmaal te worden meegestuurd;
  - kosten kunnen worden gedeclareerd nadat de kuur heeft plaatsgevonden tegen overlegging van een betalingsbewijs;
  - om de kwaliteit van het kuuraanbod te kunnen garanderen kan Agis je vragen een enquête in te vullen over de geleverde zorg in het kuuroord.
- Uitsluitingen:**
- privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (en vice versa) of per eigen vervoer naar een kuuroord;
  - kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annulerings- en/of reisverzekering.

## 11 Extra vergoedingen

### a Sport medisch advies

- Omschrijving:** blessureconsult, onderzoek, advies en sportkeuringen.
- Zorgverlening:** Sportmedische Instelling (SMI).
- Vergoeding:**
- |        |   |
|--------|---|
| t@ke 1 | maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.  |
| t@ke 2 | maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar. |
| t@ke 3 | maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar. |
- Bijzonderheden:** de SMI dient aangesloten te zijn bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) ([www.sportgeneeskunde.com](http://www.sportgeneeskunde.com)).

### b Reumakuurbehandeling

- 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:** (kuur)reisorganisatie of kuuroord 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 eenmaal te worden meegestuurd;
  - kosten kunnen worden gedeclareerd nadat de kuur heeft plaatsgevonden tegen overlegging van een betalingsbewijs;
  - om de kwaliteit van het kuuraanbod te kunnen garanderen kan Agis je vragen een enquête in te vullen over de geleverde zorg in het kuuroord.
- Uitsluitingen:**
- privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (en vice versa) of per eigen vervoer naar een kuuroord;
  - kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annulerings- en/of reisverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

### c Lidmaatschap patiëntenvereniging

- Omschrijving:** lidmaatschapskosten van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG Raad) of Landelijk Platform GGZ (LPGGz).

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

**Bijzonderheden:** vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een geldig bewijs lidmaatschap of een betalingsbewijs waaruit blijkt dat je lid bent (geworden) van de patiëntenvereniging.

#### d Reiskosten ziekenbezoek

**Omschrijving:** vervoer in verband met ziekenbezoek aan een (mee)verzekerd gezinslid 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 vergoeding 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.

## 12 Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)



### **Belangrijk**

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

**Omschrijving:** spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studietoelinden 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;
- 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 een instelling in 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 of via de servicecentra van Marokko, Turkije en Suriname 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 en bewijs van betaling indienen;
- vergoeding geschiedt in euro's met inachtneming van de dagelijkse omrekenkoers zoals deze door de Europese Centrale Bank wordt gepubliceerd. Agis hanteert de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar de verzekerde recht op heeft, betaalt Agis altijd uit aan de verzekeringnemer op het rekeningnummer dat bij Agis bekend is van een in Nederland gevestigde bank;
- 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;
- voor spoedeisende mondzorg in het buitenland verwijzen wij je naar de tandverzekering.

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;
- 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.



**In geval van medische zorg bij een tijdelijk verblijf in een EU-/EER-land raden wij je aan tevens de European Health Insurance Card (EHIC), ofwel de Europese ziekteverzekeringskaart, te gebruiken. Je klantenpas is tevens je European Health Insurance Card. Hierdoor hoef je in het buitenland de nota niet voor te schieten en wordt deze door de buitenlandse zorgverlener direct verrekend met je zorgverzekeraar in Nederland.**

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

- werkzaamheden waaraan bijzondere arbeids- of bedrijfsgevaren zijn verbonden;
- de beoefening van alle soorten van wedstrijdsport;
- 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, bungeejumping 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.

**EU-/EER (of daarmee gelijkgestelde) landen**

België	Litouwen
Bulgarije	Luxemburg
Cyprus (Griekse deel)	Malta
Denemarken	Noorwegen
Duitsland	Oostenrijk
Engeland (Groot-Brittannië)*	Polen
Estland	Portugal***
Finland	Roemenië
Frankrijk**	Slovenië
Griekenland	Slowakije
Hongarije	Spanje****
Ierland	Tsjechië
Italië	IJsland
Liechtenstein	Zweden
Letland	Zwitserland

\* inclusief Gibraltar

\*\* inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion

\*\*\* inclusief Madeira en de Azoren

\*\*\*\* inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden

\*\*\*\*\* alleen tijdelijk verblijf

**Verdragslanden**

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

Niet onder de EU-/EER- of verdragslanden vallen: Aruba, Andorra, BES- eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba), Curaçao, Kanaaleilanden (Guernsey, Jersey en Olderley), eiland Man, Monaco, San Marino, Sint Maarten en Vaticaanstad.

## Deel II Mondzorg

### t@nd 50, t@nd 250 en t@nd 500

#### 1 Mondzorg voor verzekerden vanaf 18 jaar (met uitzondering van orthodontie en de uitneembare volledige gebitsprothese)

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

<b>Vergoeding:</b>	<b>t@nd 50</b>	100% vergoeding voor consulten en preventieve mondzorg; 75% vergoeding voor de overige behandelingen. Gezamenlijk tot maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten).
	<b>t@nd 250</b>	100% vergoeding voor consulten en preventieve mondzorg; 75% vergoeding voor de overige behandelingen. Gezamenlijk tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten).
	<b>t@nd 500</b>	100% vergoeding voor consulten en preventieve mondzorg; 75% vergoeding voor de overige behandelingen. Gezamenlijk tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten).

- Bijzonderheden:**
- de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de betreffende mondzorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ;
  - de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
  - vergoeding vindt plaats op basis van het door Agis met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent Agis de genoemde vergoeding op basis van het marktconforme tarief of het Wmg tarief;
  - de 100% vergoeding voor consulten en preventieve mondzorg wordt enkel verleend indien uitgevoerd door tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus;
  - vergoeding wordt ook gegeven als de behandeling plaats vindt bij een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus in een ander land dan Nederland.

**Uitsluitingen:** volledige narcose, tandheelkundige verklaring, niet nagekomen afspraak, gedeeltelijk voltooid werk, uitwendig bleken en aanvullend onderzoek en behandeling van snurk- en slaapstoornissen.

## Bijlage Beroepsverenigingen/registers

### Acupunctuur

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

### Antroposofie

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

### Chiropractie

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

### Cranio Sacraal therapie

- Nederlandse Cranio-Sacraalvereniging (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/orthomanipulatie

- Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG)

### Mesologie

- Nederlandse vereniging voor Mesologie (NVVM)

### Moermantherapie

- Moermanvereniging

### Natuurgeneeswijzen

- Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde (ABNG-2000)
- Belangen Associatie Therapeut en Consument (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)
- Het Verbond van Natuurgeneeskundig Therapeuten (Het Verbond)
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)
- Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK)

### Neuraaltherapie

- Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)

### 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

- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)
- Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH)
- Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH)
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT)
- Nederlandse Vereniging voor Biodynamische Therapeuten ((NVBT)
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPITea)
- Vereniging van en voor Kindertherapeuten (VvK)
- Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT)
- Vereniging Integrale Vitaliteitkunde (VIV)
- Vereniging van Haptotherapeuten (VVH)

### 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)
- Vereniging voor Iokai Shiatsutherapeuten (VIS)
- Zen Shiatsu vereniging
- Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST)
- Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijze YI (NBCG YI)



t@ke 1, t@ke 2, t@ke 3, t@end 50, t@end 250, t@end 500



## Belangrijke telefoonnummers

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

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

## 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](http://www.takecarenow.nl)

Heb je toch een vraag, dan kun je die naar ons mailen via de button Contact op [www.takecarenow.nl](http://www.takecarenow.nl)

## Telefonisch

Onze Klantenservice staat je graag te woord.

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