



Deel B Omvang Dekking AEGON Basis Zorgverzekering 2010

INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	Restitutiebasis
Artikel 2	Eigen risico
Artikel 3	Preventieve zorg
Artikel 4	Zorg door een huisarts
Artikel 5	Medisch-specialistische zorg
Artikel 6	Verpleegkundige zorg
Artikel 7	Verloskundige zorg en kraamzorg
Artikel 8	Revalidatie
Artikel 9	Organtransplantaties
Artikel 10	Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse
Artikel 11	Mechanische beademing
Artikel 12	Oncologische aandoeningen bij kinderen
Artikel 13	Trombosedienst
Artikel 14	Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing
Artikel 15	Audiologische zorg
Artikel 16	Paramedische zorg
Artikel 17	Mondzorg
Artikel 18	Farmaceutische zorg
Artikel 19	Hulpmiddelenzorg
Artikel 20	Ambulancevervoer
Artikel 21	Zittend ziekenvervoer

Artikel 22	Dyslexiezorg
Artikel 23	Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ
Artikel 24	Specialistische GGZ
Artikel 25	Buitenland
Artikel 26	Algemeen

Artikel 1 Restitutiebasis

lid 1 De zorgverzekering omvat aanspraak op vergoeding van kosten en vrijheid van keuze van zorgverlener van de zorg en overige diensten die naar inhoud en omvang in dit deel zijn omschreven. Betreffende zorg in het buitenland is van toepassing artikel 25.

lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde tarief;
2. indien en voor zover er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag;
3. bij een contract tussen zorgverlener en zorgverzekeraar echter conform hetgeen is overeengekomen.

lid 3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde -na melding hiervan aan de zorgverzekeraar- aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

Artikel 2 Eigen risico

lid 1

1. Op de zorgverzekering is een verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 165,-.
2. De verzekerde heeft de mogelijkheid (naast het verplichte eigen risico) een vrijwillig eigen risico te kiezen. De betreffende bedragen hiervan staan vermeld in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van deze zorgpolis.

lid 2 Het eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop de zorgverzekering aanspraak biedt. De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte eigen risico als vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.

Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten vallen zowel buiten het verplichte als het vrijwillige eigen risico indien deze betreffen:

1. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, waaronder ook de kosten van inschrijving, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende zorgverlener of instelling gerechtigd is het daartoe door de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) vastgestelde tarief in rekening te brengen;
2. de kosten van het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg;
3. de kosten van mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals omschreven in artikel 17 lid 4 met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen.

lid 3 In de gevallen waarin, op grond van één van de volgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico.

- lid 4 Indien de zorgverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt het eigen risico bepaald naar rato van het aantal dagen waarover de verzekering liep en het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 5 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico-bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het eigen risico-bedrag als volgt berekend:
1. ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 2. de op grond van sub 1. berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 3. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- lid 6 Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- lid 7 Verzekerde is vanaf de eerste dag van de kalendermaand, volgend op de maand waarin verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, premieplichtig. Vanaf dat moment geldt voor verzekerde het verplichte eigen risico.

Artikel 3 Preventieve zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:
1. geïndiceerde preventie, gericht op het voorkómen van ziekte bij mensen die al gezondheidsklachten of hoge risicofactoren hebben;
 2. zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkómen van complicaties of verergeren van een ziekte;
- mits de inhoud en omvang van de zorg onder de in deze polis geregelde zorg valt.
- lid 2 a. *Begeleiding bij stoppen met roken*
Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van activiteiten ter ondersteuning bij het stoppen met roken maximaal één keer per kalenderjaar aan te bieden afzonderlijk of in combinatie en voor zover u daar op bent aangewezen:
1. korte ondersteunende stopadviezen en stopgesprekken in gebruikelijk zorgcontacten door de huisarts, medisch-specialist of verloskundige. De stopadviezen en stopgesprekken worden vergoed overeenkomstig huisartsenzorg (artikel 4);
 2. intensieve vormen van op gedragsverandering gerichte interventies (in een groep of individueel), bestaande uit een serie van ten minste vier contacten van ten minste tien minuten in een tijdsbestek van één tot enkele maanden. Deze zorg dient te worden verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of klinisch psycholoog. De zittingen worden vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2);
 3. groepstraining Pakje Kans, uitgevoerd door een Thuiszorginstelling of GGD;
 4. farmaceutische ondersteuning met nortriptyline op voorschrift van de huisarts of specialist. Uitgesloten van de verzekerde farmaceutische zorg zijn de nicotinevervangende zelfzorgmiddelen (pleisters, tabletten en kauwgom), bupropion (Zyban®) voor de indicatie stoppen met roken en varenicline (Champix®).
- b. *Preventie van depressie*
Voor de vergoeding van kosten voor zorg ter preventie van depressie is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of medisch-specialist waaruit blijkt dat sprake is van een subklinische depressie. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor maximaal 8 zittingen van de volgende therapievormen:
- cognitieve gedragstherapie;
 - interpersoonlijke therapie;
 - problem solving therapy;

- psycho-educatie.

De therapie moet worden uitgevoerd door een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De zittingen worden vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2).

Tevens kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van de cursus "In de put, uit de put", als deze wordt gegeven in de vorm van individuele of groepsinterventies met rechtstreeks (face-to-face) contact met de cursusbegeleider.

Geen aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor bewegingsgerichte programma's.

c. *Preventieve zorg bij overgewicht*

Aanspraak bestaat op vergoeding van de gecombineerde leefstijlinterventie na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist, waaruit blijkt dat wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

1. verzekerde heeft een BMI van 25 – 30 kg/m² én een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen), of;
2. verzekerde heeft een BMI van 25 – 30 kg/m² én hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, een risicofactor voor diabetes type 2, hetzij een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht, of;
3. verzekerde heeft een BMI ≥ 30 kg/m².

De gecombineerde leefstijlinterventie bestaat uit drie componenten:

- advisering over en begeleiding bij dieet: de kosten worden vergoed overeenkomstig dieetadviesing (artikel 16 lid 6) of huisartsenzorg (artikel 4);
- advisering over en begeleiding bij beweging. De kosten van advisering over en begeleiding bij beweging voor verzekerden jonger dan 18 jaar door een fysiotherapeut of een oefentherapeut worden vergoed overeenkomstig 'fysiotherapie en oefentherapie' (artikel 16, lid 3). Voor verzekerden vanaf 18 jaar komen de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut niet voor vergoeding in aanmerking (wij adviseren u om na te gaan of de kosten op grond van uw aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking komen). De kosten van advisering over beweging door een leefstijladviseur onder de verantwoordelijkheid van een huisarts worden (voor alle leeftijden) vergoed overeenkomstig 'huisartsenzorg' (artikel 4);
- gedragsverandering:
 - de kosten van begeleiding door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts worden vergoed overeenkomstig huisartsenzorg (artikel 4). Dit houdt in dat de coaching en begeleiding ook door een praktijkondersteuner of leefstijladviseur in de huisartsenpraktijk kan worden uitgevoerd;
 - de kosten van eerstelijns psychologische zorg worden vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2).

d. *Preventie van alcoholmisbruik*

Voor vergoeding van kosten voor zorg ter preventie van alcoholmisbruik is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, verloskundige of medisch-specialist waaruit blijkt dat de verzekerde een verhoogd risico loopt op alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid.

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:

1. kortdurende motiverende gespreksvoering door een huisarts;
2. kortdurende preventieve interventies, die zijn gebaseerd op de therapeutische principes motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie. De zorg wordt uitgevoerd door een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist en wordt vergoed overeenkomstig 'eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ' (artikel 23, lid 2);
3. de programma's Minder drinken en De Drinktest, aangeboden door het Trimbos Instituut.

Van deze vergoedingsregeling zijn uitgesloten:

1. kosten van anonieme behandeling via internet;
2. preventieve zorg gericht op kinderen van ouders met een alcoholverslaving, voor zover het kind niet zelf een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik loopt.

Artikel 4 Zorg door een huisarts

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

Artikel 5 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behoudens voor onvoorziene behandelingen. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 17.

lid 2 a. *Ziekenhuisopname*

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking daarvan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

b. *Niet-klinische medisch-specialistische zorg*

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. *Behandelingen van plastisch-chirurgische aard*

Op vergoeding van kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat aanspraak indien een en ander strekt ter correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

4. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.
- d. In-vitrofertilisatie (IVF)
- Vergoeding van de kosten omvat ten hoogste de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. Een IVF-poging houdt in:
1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
 2. de follikelpunctie;
 3. de laboratoriumfase;
 4. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Bijzonderheden:

1. Een ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) - behandeling met een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie -wordt gelijk gesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
2. Voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen, verband houdend met de eerste, tweede en derde poging IVF, wordt verwezen naar artikel 18, Farmaceutische zorg.
3. Van een poging wordt gesproken als er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.
4. Een doorgaande zwangerschap is te definiëren als een levende embryo van ten minste 12 weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een fysiologische zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij IVF betekent dat 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee 4 dagen korter, dat wil zeggen, in totaal 9 weken en 3 dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na een IVF – geldt als nieuwe eerste poging.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

1. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. liposuctie van de buik;
3. abdominoplastiek, tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
4. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
5. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
6. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
7. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
8. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
9. behandelingen gericht op de circumcisie van een verzekerde (mannelijke besnijdenis).

lid 4 Vergoeding van kosten voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is in het bovengenoemde niet begrepen, maar wordt omschreven in artikel 24.

Artikel 6 Verpleegkundige zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor verpleegkundige zorg, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg. Er bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door de verzekerde vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd en is verkregen. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

De aanspraak zoals hier omschreven omvat niet verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een medisch-specialist, of een huisarts, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onderdeel van deze zorg is prenatale screening.

Prenatale screening omvat:

- counseling, inhoudende informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening;
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap;
- een combinatietest, bestaande uit een nekplooiemeting en een bloedonderzoek voor verzekerden van 36 jaar en ouder. Is de verzekerde jonger is dan 36 jaar, dan uitsluitend op medische indicatie van de huisarts, verloskundige, of medisch-specialist.

SEO en combinatietest mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder met een vergunning krachtens de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsafspraken met een Regionaal Centrum dat over een vergunning beschikt, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een kraamverzorgende die zowel moeder en kind en -voor zover van toepassing- de huishouding verzorgt, verbonden aan het ziekenhuis, kraamcentrum, kraamhotel of een kraambureau dan wel als zelfstandige werkt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden.

- a. *Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak*
Indien verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of medisch-specialist medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis als bedoeld in artikel 5, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.
- b. *Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum*
Indien de bevalling of het kraambed in een ziekenhuis plaatsvindt zonder medische noodzaak, of in een kraamcentrum, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als haar kind is € 15,50 vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het kraamcentrum de € 110,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.
- c. *Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis*
Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten voor kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als haar kind is € 15,50 vermeerderd met het bedrag waarmee het

tarief van het ziekenhuis of het kraamcentrum de € 110,50 per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten voor kraamzorg zoals omschreven in lid d sub 3, waarbij geldt dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub 3. genoemde termijn van ten hoogste tien dagen.

d. *Bevalling en kraambed thuis*

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
2. de inschrijving, intake en partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
3. tenminste 24 en maximaal 80 uren kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de verzekeraar. Het uitgangspunt is wat het kraamcentrum dan wel het kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert.

Op de vergoeding onder sub 3. blijft € 3,90 per uur als eigen bijdrage voor rekening van de verzekerde.

- e. In plaats van vergoeding van kosten kan, onder voorbehoud van beschikbaarheid, gekozen worden voor kraamzorg in natura. De aanvraagprocedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 8 Revalidatie

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie indien:
1. deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en,
 2. de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
- b. Revalidatie kan plaatsvinden:
1. in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
 2. in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Artikel 9 Orgaantransplantaties

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis indien de transplantatie is verricht in:
1. een lidstaat van de Europese Unie;
 2. in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 3. of in een andere staat, indien de donor aldaar woonachtig is en de donor echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

Onder de aanspraak op vergoeding van kosten vallen tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

- b. De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg waar ingevolge deel B van deze polis aanspraak op bestaat gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel -indien medisch noodzakelijk- vervoer per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin.

Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

Artikel 10 Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoren tevens:

1. de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
2. het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen benodigd voor het verrichten van de dialyse;
3. de kosten voor de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
4. de overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
5. kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
6. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

Het Reglement hulpmiddelen bevat nadere voorwaarden voor de punten 2, 3 en 4. Het reglement is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 11 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde van noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg, in een beademingscentrum. Indien de beademing plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

1. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
2. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 13 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts of medisch-specialist. Deze zorg omvat:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters bij de verzekerde;
2. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
3. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
4. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de in lid 3. aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
5. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Artikel 14 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Artikel 15 Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

1. onderzoek naar de gehoorfunctie;
2. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
4. psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Artikel 16 Paramedische zorg

- lid 1 De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.
- lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie omvat de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een indicatiestelling en in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Als sprake is van oedeemtherapie, dan mag de behandeling ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. De genoemde bijlage is verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt deze regeling vanaf de tiende behandeling.
- lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Als sprake is van oedeemtherapie, dan mag de behandeling ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar indien sprake is van een ontoereikend resultaat.
- lid 4 Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal tien behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.
- lid 5 Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts of orthopedagoog, door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect of anderstaligheid.
- lid 6 Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist met een medisch doel, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of tandarts gedurende maximaal vier behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 17 Mondzorg

- lid 1 Mondzorg omvat vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen plegen te bieden, waarbij geldt dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan, voor zover daarvoor dekking bestaat, worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist:
1. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
 2. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
 3. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of

verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

- lid 2 Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is slechts onder de zorg in het eerste lid, onder 1 begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- lid 3 Orthodontische zorg is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- lid 4 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 22 jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen 1 tot en met 3:
1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
 2. incidenteel tandheelkundig consult;
 3. het verwijderen van tandsteen;
 4. fluoridenapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
 5. sealing;
 6. parodontale zorg;
 7. anesthesie;
 8. endodontische zorg;
 9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 10. gnathologische zorg;
 11. uitneembare prothetische voorzieningen;
 12. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 13. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.
- lid 5 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 22 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen 1 tot en met 3 voor:
1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.
 2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- lid 6 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medisch noodzakelijk verblijf in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking daarvan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.
- lid 7 De verzekerde van 22 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid, onder 1, of de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid, onder 2 tot gelding brengt, is een bijdrage verschuldigd indien het betreft het volgende: preventief onderzoek, incidenteel consult,

extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebits-elementen met plastische materialen of uitneembare prothetische voorzieningen. Bedoelde bijdrage is gelijk aan het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien bedoelde prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. Dit geldt niet voor een uitneembare volledige prothetische voorziening.

- lid 8 De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 125,- per kaakdeel.
- lid 9 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent) is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.
- lid 10 De verzekerde tot 22 jaar heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.
- lid 11 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van de zorg, bedoeld in het eerste, het tweede, het derde en het vierde lid, onder 12, is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij de aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een behandelplan gevoegd. De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygië ernstig verwaarloost.
- lid 12 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandartspecialist mondziekten en kaakchirurg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, indien de zorg parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.
- lid 13 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.
- lid 14 Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak, zoals bedoeld in lid 5, sub 2, van dit artikel, komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt het door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde tarief in aanmerking.

Voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist:

- als de totale kosten van de volledig prothetische voorziening (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan € 600,- per onder- of bovenkaak indien uitgevoerd door een tandarts;
- of € 450,- per onder- of bovenkaak, indien uitgevoerd door een tandprotheticus.

Artikel 18 Farmaceutische zorg

- lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van terhandstelling van:
1. de door de zorgverzekeraar op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Een en ander is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar die onderdeel uitmaakt van deze verzekering. Het Reglement Farmaceutische zorg is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden;
 2. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - artikel 40, derde lid, onder a van de Geneesmiddelenwet,
 - artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet;
 - artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
- lid 2 De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Nadere omschrijving van de aanspraak is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg.
- lid 3 Tenzij de verzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de zorgaanbieder die geneesmiddelen aflevert, dienen de onder de lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van de behandelend (bedrijfs)arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.
- lid 4 De kosten van dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking voor een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:
1. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, of;
 2. lijdt aan een voedselallergie, of;
 3. lijdt aan een resorptiestoornis, of;
 4. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
 5. daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.
- lid 5 In het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid voor de terhandstelling van geneesmiddelen.

Artikel 19 Hulpmiddelenzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten, dan wel verstrekking, van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering. De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) en het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. In het Reglement Hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten, opgenomen. Het reglement is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden.

- lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Daarbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- lid 3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4 Vergoeding van de kosten van hulpmiddelen wordt alleen verleend indien de betreffende hulpmiddelen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- lid 5 Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder deze vergoeding maar maken deel uit van de medisch-specialistische zorg en worden door middel van de DBC bekostigd. Evenmin valt onder deze aanspraak de vergoeding van kosten van die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ. Het gaat hier om de hulp- en verbandmiddelen die worden voorgeschreven aan een verzekerde die verblijf en behandeling geleverd krijgt in diezelfde AWBZ-instelling. Deze hulp- en verbandmiddelen zijn noodzakelijk voor de zorg die in de instelling wordt verleend.
- lid 7 In afwijking van het in lid 1 bepaalde verstrekt de zorgverzekeraar bepaalde hulpmiddelen in bruikleen. Welke hulpmiddelen dit zijn en welke voorwaarden hiervoor gelden, is bepaald in het Reglement Hulpmiddelen.

Artikel 20 Ambulancevervoer

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medisch noodzakelijk vervoer per ambulanceauto als het vervoer wordt verleend door een ambulancevervoerder en alleen als ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is. De aanspraak op vergoeding van de kosten geldt voor een afstand tot maximaal 200 kilometer. Deze beperking geldt niet als de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor vervoer over een grotere afstand.
- lid 2 De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat het ziekenvervoer per ambulance:
- naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen, met inachtneming van het verplicht en een eventueel vrijwillig eigen risico;
 - naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
 - vanuit een instelling waar de verzekerde verblijft naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin de verzekerde een onderzoek of een behandeling zal ondergaan. Dit onderzoek of deze behandeling moet geheel of gedeeltelijk vanuit de AWBZ vergoed worden;
 - vanuit een instelling waar de verzekerde verblijft naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet geheel of gedeeltelijk vanuit de AWBZ worden verstrekt;
 - van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen.

- lid 3 Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.
- lid 4 Indien ziekenvervoer per ambulanceauto als bedoeld in dit artikel niet mogelijk is kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 21 Zittend ziekenvervoer

- lid 1 Onder zittend ziekenvervoer wordt verstaan vervoer per openbaar middel van vervoer, per taxivervoerder of eigen auto.
- lid 2 Aanspraak op vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer bestaat alleen indien vooraf toestemming is verkregen van de zorgverzekeraar en tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Alleen vervoer in de laagste klasse komt in aanmerking voor vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van een openbaar middel van vervoer.
- De beperking van 200 kilometer enkele reisafstand geldt niet indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, waardoor de 200 kilometer reisafstand wordt overschreden.
- De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- lid 3 Ingeval van gebruik van de eigen auto krijgt de verzekerde € 0,25 per kilometer vergoed. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van het te vergoeden bedrag uit van de kortst gebruikelijke route.
- lid 4 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in lid 2 van artikel 20 indien:
- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
 - de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.
- lid 5 Buiten de situaties genoemd in lid 4 van dit artikel, kan de verzekerde aanspraak op vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer maken indien hij voor de behandeling van een langdurende ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer én het niet vergoeden van de kosten van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- lid 6 Voor zittend ziekenvervoer betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 91,- per kalenderjaar.
- lid 7 Het zittend ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- lid 8 In plaats van vergoeding van kosten kan ervoor worden gekozen het taxivervoer te laten regelen door een door de zorgverzekeraar gecontracteerd taxibedrijf. De aanvraagprocedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).
- lid 9 Indien ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi, of eigen auto als bedoeld in dit artikel niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 22 Dyslexiezorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van zorg in verband met ernstige dyslexie. Aanspraak bestaat uitsluitend:
1. voor verzekerden van 7 jaar en ouder die basisonderwijs volgen;
 2. als de zorg op 7-, 8- of 9- jarige leeftijd aanvangt;
 3. als de zorg wordt uitgevoerd door het Regionaal Instituut Dyslexie (RID) of een GZ-psycholoog of orthopedagoog die staat ingeschreven in het kwaliteitsregister voor gekwalificeerde behandelaars van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), én;
 4. als diagnostiek wordt uitgevoerd en/of behandeling worden verleend conform de criteria van het Protocol dyslexie diagnose en behandeling. Dit Protocol is op aanvraag verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar of is te raadplegen op www.aegonziektekosten.nl/polisvoorwaarden.
- lid 2 Voor de aanspraak op vergoeding van kosten van dyslexiezorg is een verwijzing nodig van de jeugdgezondheidsarts of door een daartoe bevoegd functionaris met bijbehorende expertise verbonden aan school. Deze verwijzing moet voorzien zijn van een motivatie waaruit blijkt dat de school- of leeranamnese een stagnatie vertoont en extra begeleiding op school hierin onvoldoende verbetering heeft opgeleverd.
- lid 3 De kosten voor dyslexiezorg worden in rekening gebracht door middel van een DBC-tarief.

Artikel 23 Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.
- lid 2 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar omvat.
- Voor eerstelijns psychologische zorg is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd van € 10,- per zitting. De verzekerde is de eigen bijdrage rechtstreeks verschuldigd aan de zorgaanbieder. Deze eigen bijdrage komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- lid 3
1. Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg;
 2. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 24 Specialistische GGZ

- lid 1 *Psychiatrische ziekenhuisopname*
Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij

de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

lid 2 *Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg*

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van niet-klinische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

lid 3 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg genoemd in artikel 23.

- lid 4
1. Voor de in lid 1 en 2 omschreven aanspraken is een verwijzing nodig door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
 2. Voor psychoanalytische behandeling moet de verzekerde tevens:
 - beschikken over een positieve indicatie gesteld conform het 'Indicatie- en behandelingsprotocol voor volwassenen' van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI), of;
 - dient de indicatiestelling en behandeling te verlopen volgens het protocol voor indicatiestelling, psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie van het Centrum voor Psychoanalyse van de Nederlandse Psychoanalytische Groep (NPAG).
 3. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 25 Buitenland

lid 1 De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg, als bedoeld in artikel 1 lid 2 van deel B van de polisvoorwaarden, van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

lid 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland heeft naar keuze:

1. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag;
2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze zorgpolis is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

lid 3 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze zorgpolis is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

lid 4 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.

lid 5 In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval kan de verzekerde contact opnemen met de AEGON Zorgassistance voor het regelen van de zorg waarvoor de zorgverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

lid 6 Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

Artikel 26 Algemeen

- lid 1 In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering indien vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.
- lid 2 Indien op grond van de bepalingen in deze zorgverzekering recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten geldt dat slechts indien zorg is genoten tijdens de periode waarin deze zorgverzekering van kracht is.
- lid 3 Bij verzekering krachtens de Zorgverzekeringswet bestaat aanspraak op grond van de AWBZ.