

Polisvoorwaarden 2014

Internetbasispolis



Beste verzekerde,

Hierbij tref je de Algemene Voorwaarden aan, die van toepassing zijn op de TakeCareNow! Internetbasispolis. TakeCareNow! maakt deel uit van Agis Zorgverzekeringen. In de Algemene Voorwaarden kun je lezen waar je als verzekerde recht op hebt en hoe je van deze rechten gebruik kunt maken. Tevens tref je de lijst van aanspraken van je TakeCareNow! Internetbasispolis aan.

Inhoudsopgave

De inhoudsopgave wijst je de weg in de algemene bepalingen en de dekkingsrubrieken.

Begripsomschrijvingen

In de begripsomschrijvingen lichten wij toe wat onder bepaalde termen wordt verstaan.

Lijst van aanspraken

In deze lijst vind je omschreven onder welke voorwaarden je aanspraak hebt, welke vormen van zorg onder deze verzekering vallen en in welke mate deze voor verstrekking in aanmerking komen. De TakeCareNow! Internetbasispolis verzekert het risico als bedoeld in artikel 10 van de Zorgverzekeringswet en geeft je recht op de prestaties als bedoeld in artikel 11 van die Wet, zoals onder andere huisarts, geneesmiddelen, hulpmiddelen, specialistische zorg en (bijzondere) ziekenhuiszorg. De TakeCareNow! Internetbasispolis gaat uit van aanspraak op gecontracteerde zorg (in natura). Indien je geen gebruik maakt van een gecontracteerde zorgverlener dan vind je de vergoeding van de gemaakte kosten (via restitutie) ook vermeld bij de betreffende verstrekking. Als uitbreiding op de TakeCareNow! Internetbasispolis kun je kiezen voor een aanvullende verzekering. In de omschrijving van de dekkingen wordt per dekkingsonderdeel zo veel mogelijk uitgegaan van: Omschrijving, Zorgverlening, Prestatie, Verwijzing, Machtiging, Bijzonderheden en Uitsluitingen.

Lijst van Gecontracteerde zorgverleners

Agis Zorgverzekeringen N.V. contracteert zorgverleners ten behoeve van de TakeCareNow! Internetbasispolis. Voor medisch specialistische zorg en hulpmiddelen zijn dit speciale TakeCareNow! contracten. In de polis staat bij medisch specialistische zorg en hulpmiddelen omschreven tot welke zorgverleners je je kunt wenden. Voor een overzicht van de overige zorgverleners die een contract hebben met Agis (zogenaamde gecontracteerde zorgverleners) kun je terecht op onze website www.takecarenow.nl/zorggids. Op de website vind je per verstrekking dan wel behandeling de gecontracteerde zorgverleners bij jou in de buurt. Je kunt ook via e-mail of per telefoon met ons contact opnemen voor informatie over gecontracteerde zorgverleners bij je in de regio (telefoonnummer zie achterzijde).

Algemene Voorwaarden

Deze voorwaarden hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie en het eigen risico, de ingangsdatum en de duur van de verzekering. Bij 'Verplichtingen van de verzekeringnemer en verzekerde' kun je lezen wat je moet doen als je ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvan bij de zorgverzekeraar wilt indienen.

TakeCareNow!
onderdeel van Agis Zorgverzekeringen

Oktober 2013

Inhoudsopgave

Algemene Voorwaarden	6
1 Begripsomschrijvingen	6
2 Toepasselijkheid en toegankelijkheid van de polis	13
3 Algemene Voorwaarden	13
4 Grondslag van de zorgverzekering	13
5 Begin van de zorgverzekering	14
6 Einde van de zorgverzekering	14
7 Prestatiewijze en omvang van de dekking	16
8 Toestemming en verwijzing	17
9 Afhandeling schade en declaraties	17
10 Afspraken met de zorgverleners	18
11 Zorgverlenersinformatie en wachtlijstbemiddeling	18
12 Verplicht eigen risico	19
13 Vrijwillig gekozen eigen risico	20
14 Premie en overige financiële verplichtingen	20
15 Wijziging van premiegrondslag of voorwaarden	23
16 Verplichtingen verzekeringnemer en verzekerde	23
17 Fraude	24
18 Geschillenregeling	25
19 Verwerken persoonsgegevens	26
20 Uitsluitingen	26
21 Ingangsdatum Algemene Voorwaarden	27

Lijst van aanspraken	28
1 Huisartsenzorg	29
2 Medisch-specialistische zorg en onderzoek	29
a Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een ziekenhuis	29
b Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een zelfstandig behandelcentrum of bij een extramuraal werkend specialist	30
c Plastisch-chirurgische behandelingen in een ziekenhuis	31
d Plastisch-chirurgische behandelingen in een zelfstandig behandelcentrum of bij een extramuraal werkend specialist	32
e Audiologische zorg	33
f Chronisch intermitterende beademing	33
g Erfelijkheidsonderzoek en advisering	33
h Zorg bij trombose	34
i Oncologische aandoeningen bij kinderen	34
j Dialyse	34
k Orgaantransplantatie	35
l Verpleging zonder verblijf	35
3 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	35
a Generalistische basis GGZ	35
b Niet-klinische (niet-generalistische) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg	36
c Klinische geestelijke gezondheidszorg (opname)	37
4 Dyslexiezorg	38
5 Ketenzorg	39
a Ketenzorg voor Diabetes Mellitus type 2 voor verzekerden vanaf 18 jaar	39
b Ketenzorg COPD	39
6 Stoppen-met-rokenprogramma	40
7 Second Opinion	40
8 Zorg in verband met de geboorte van een kind	41
a In Vitro Fertilisatie	41
b Verloskundige zorg	41
c (Niet-)klinische bevalling en kraambed medisch noodzakelijk	42
d (Niet-)klinische bevalling en kraambed niet medisch noodzakelijk	42
e Kraamzorg	43
9 Farmaceutische zorg	43
10 Hulpmiddelen	45
11 Revalidatie	45
a Medisch specialistische revalidatie	45
b Geriatrische revalidatie	46

12	Ziekenvervoer	46
a	Helikoptertransport en ambulancevervoer	46
b	Zittend ziekenvervoer	47
13	Mondzorg	48
a	Implantaten	48
b	Uitneembare volledige prothese op implantaten	49
c	Orthodontie in bijzondere gevallen	49
d	Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	50
e	Mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar	50
f	Uitneembare volledige prothesen (kunstgebit)	51
g	Kaakchirurgische zorg	52
14	Paramedische zorg	52
a	Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	52
b	Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar	53
c	Bekkenfysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar	54
d	Oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar	54
e	Oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar	55
f	Logopedie	55
g	Ergotherapie	55
h	Voetonderzoek en voetbehandeling voor verzekerden met Diabetes	56
i	Dieetadvisering	56
15	Buitenlanddekking	57

Algemene Voorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvraagformulier

Verzoek tot het sluiten van een overeenkomst van zorgverzekering.

Aanvullende verzekering

De overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen verzekeringnemer en Agis Ziektekostenverzekering N.V. die recht geeft op de in de aanvullende verzekering bepaalde zorg of vergoedingen, welke niet verleend worden krachtens de zorgverzekering.

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij: (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende

De gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, danwel de apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven, danwel de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

Audiologisch centrum

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling, die audiologische zorg verleent.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Beademingscentrum

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten centrum voor chronisch intermitterende beademing onder wiens verantwoordelijkheid beademing plaatsvindt bij de patiënt thuis, in een daartoe ingerichte lokaliteit of tijdens verblijf in het beademingscentrum.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Collectieve overeenkomst

Een collectieve verzekering voor personen, die door een gemeenschappelijke factor met elkaar verbonden zijn, zoals een werkgever, overkoepelend orgaan, franchiseorganisatie, beroepsorganisatie, instelling of vereniging.

Contractant

Het rechtssubject waarmee de collectieve overeenkomst van zorgverzekering is aangegaan.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheekhoudende waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Counseling

Verstrekken van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het wel of niet ondergaan van een prenatale screening.

Dbc-zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-Zorgproducten. Dit traject heet DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie). Een DBC-Zorgproduct is een declareerbare prestatie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Deelnemer

De actieve of postactieve medewerker van contractant, danwel natuurlijk persoon, wiens belangen door contractant worden behartigd en die als verzekerde en/of verzekeringnemer bij de zorgverzekeraar staat ingeschreven.

Diëtist

Een diëtist(e) die voldoet aan de eisen als genoemd in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Echopraktijk

Praktijk bestaande uit één of meerdere zorgaanbieders die bevoegd zijn echoscopisch onderzoek in de eerste lijn te verrichten.

Echoscopist

Een in Nederland gevestigde zorgaanbieder die als zodanig staat ingeschreven in het door de Koninklijke Nederlandse Organisatie Verloskundigen (KNOV) beheerde echoregister danwel ingeschreven is in het register van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut(e) die voldoet aan de eisen als genoemd in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

EU/EER

Europese Unie/Europese Economische Ruimte, dat zijn de landen van de EU, aangevuld met IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Noorwegen.

Extramuraal werkend

Werkend in een eigen praktijk buiten het organisatorisch verband van een instelling.

Fraude

Het plegen of trachten te plegen of het doen plegen van valsheid in geschrifte, oplichting/bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en verduistering.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut(e) die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Tevens wordt onder fysiotherapeut verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een instelling, die wettelijk als instelling voor verloskundige zorg is toegelaten, waar een vrouw die niet thuis kan of wil bevallen, met haar verloskundige terecht kan voor de bevalling zonder medische indicatie en eventueel vervolgens kraamzorg krijgt. Deze bevalling is gelijkgesteld aan een bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie.

Gekwalificeerd zorgverlener

Zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen gesteld door de Nederlandse wet en die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Geriatric fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatric fysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister geriatric fysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

Diagnostiek en gespecialiseerde behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-instelling

Instelling die ten laste van de Zorgverzekeringswet en/of AWBZ geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in verband met een psychiatrische aandoening mag leveren, al dan niet gepaard gaande met verblijf.

Hoofdverzekering

De TakeCareNow! Internetbasispolis.

Huidtherapeut

Degene die voldoet aan het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr 626). Het besluit is gebaseerd op artikel 34 Wet BIG.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Huisartsendienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 1 onder c van de Wet marktordening gezondheidszorg dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Hulpmiddelen

De middelen die in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.

IDEA contract

De overeenkomst (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken) tussen Agis en een apotheek waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Jeugdarts

Een jeugdarts die is ingeschreven als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) is ingesteld.

Kaakchirurg

Een tandartspecialist die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Kalenderjaar

De periode van een jaar die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinderen

Verzekerden, jonger dan 18 jaar, waarvoor op grond van artikel 16, lid 2 van de Wet geen premie verschuldigd is, en ten behoeve waarvan door een verzekeringnemer een zorgverzekering is afgesloten.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister kinderfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die tevens is ingeschreven in het specialistisch register van klinisch psychologen als bedoeld in artikel 14 Wet BIG.

Kraamzorg

Zorg zoals gediplomeerd kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

Een logopedist(e) die voldoet aan de eisen als genoemd in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het deelregister manuele therapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Medisch adviseur

De arts die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Modelovereenkomst

Voorbeeldovereenkomst van een door Agis aan te bieden zorgverzekering.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist(e) die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en het Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, nr 553).

Multidisciplinaire samenwerking

Multidisciplinaire samenwerking betreft geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de cliënt te leveren.

Natura

Zorg, als bedoeld in artikel 10 van de Wet, voor het verlenen waarvan de zorgverlener een contract heeft gesloten met de zorgverzekeraar en waarvoor hij op grond van dit contract rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareert.

Niet-gecontracteerde zorg

Zorg, waarvoor de zorgverlener geen contract als hierboven bedoeld onder natura heeft gesloten met de zorgverzekeraar.

NT-meting

Echoscopische nekplooiemeting bij de foetus in het eerste trimester van de zwangerschap.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut is ingeschreven in het aantekeningenregister oedeemtherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Oefentherapeut

Een oefentherapeut(e) Cesar of oefentherapeut(e) Mensendieck, die voldoet aan de eisen als genoemd in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Ongeval

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

Opname

Opname in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of GGZ-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in deze instellingen kunnen worden geboden.

Opzegservice

De door zorgverzekeraars in het leven geroepen opzegservice, welke inhoudt dat indien de verzekeringnemer uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar bij een nieuwe zorgverzekeraar, deze nieuwe zorgverzekeraar namens de verzekeringnemer de lopende zorgverzekering opzegt bij de oude zorgverzekeraar.

Orthodontist

Een tandartspecialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Orthopedagoog-generalist

Degene die in het bezit is van een registratie als Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Overig zorgproduct

De prestatie binnen de medisch specialistische zorg die geen DBC-zorgproduct zijn. Overige zorgproducten bestaan uit een vijftal prestaties, te weten add-ons, ondersteunende producten, overige producten, overige trajecten en overige verrichtingen.

Pedicure

Een pedicure met registratie Diabetische Voet (DV), medisch pedicure die geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister voor Pedicure (KRP) van ProCert danwel een pedicure in de zorg of een (pedicure) chiropedist die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voet van Stipezo.

Podotherapeut

Een podotherapeut(e) die voldoet aan de eisen als genoemd in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Polisblad

Schriftelijk bewijs van overeenkomst van zorgverzekering, maakt onderdeel uit van de polis.

Premiegrondslag

De bij deze polis behorende premie, indien er geen enkele korting van kracht zou zijn.

Prenatale screening

Screening bestaande uit onder andere Counseling, Combinatietest (NT-meting en serumtest) en Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO).

Prestatie

(Aanspraak op) zorg of vergoeding van kosten van zorg conform artikel 11 van de Wet.

Pretecho

Echo niet op medische gronden geïndiceerd of noodzakelijk.

Psychiater/zenuwarts

Een psychiater die als zodanig is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut, niet zijnde psychiater, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Regeling zorgverzekering

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van september 2005, houdende regels terzake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet.

Remedial teacher

Een remedial teacher, die op grond van de voor het beroep geldende en geëxpliciteerde standaarden bekwaam en ervaren is voor behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie in de zorg.

Restitutie

Vergoeding van kosten van zorg, conform artikel 11, lid 1 sub b van de Wet.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en in het register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven. Dit specialisme bestaat pas sinds 1 januari 2009. Dit specialisme is een opvolging van de verpleeghuisgeneeskunde. Artsen die voor 1 januari 2009 de opleiding zijn begonnen, zijn geregistreerd als verpleeghuisarts, maar worden nu ook specialisten ouderengeneeskunde genoemd.

TakeCareNow! Zorgverzekering

De tussen de Agis Zorgverzekeringen N.V. en verzekeringnemer ten behoeve van zichzelf en/of (een) andere verzekeringsplichtige(n) gesloten zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet, die geregeerd wordt, behalve hetgeen bij of krachtens de wet is bepaald, door deze polisvoorwaarden.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die rechtsgeldig de titel van tandprotheticus voert conform het bepaalde in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Verblijf

Opname met een duur langer dan 24 uur.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, andere lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundig specialist acute zorg bij somatische aandoeningen, verpleegkundig specialist chronische zorg bij somatische aandoeningen, verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen of verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen die als zodanig geregistreerd staat in een Specialistenregister conform artikel 14 van de Wet BIG.

Verzekerde

Degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in artikel 10 van de Wet, door de overeenkomst van zorgverzekering wordt gedekt, en ten behoeve van wie een polisblad is afgegeven.

Verzekeringnemer

Degene die ten behoeve van zichzelf en/of (een) ander(en) een overeenkomst van zorgverzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringsplichtige

Degene die op grond van artikel 2 van de wet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Vrijwillig gekozen eigen risico

Een door de verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Wet, dat de verzekeringnemer voor zijn rekening zal nemen.

WBMV-vergunning

Wet Bijzondere Medische Verrichtingen-vergunning.

Wet

De Zorgverzekeringswet (Zvw).

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wijzigingsformulier

Verzoek tot het wijzigen van een overeenkomst van zorgverzekering.

Wmg

Wet marktordening gezondheidszorg.

Wmg-tarief

Een door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) landelijk vastgesteld tarief.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg (MSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg (MSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg leveren.

Zorgverlener

De natuurlijke of rechtspersoon die medische of paramedische zorg verleent. Onder zorgverlener wordt ook verstaan een leverancier van hulpmiddelen of aanbieder van ziekenvervoer.

(Zorg)verzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Agis Zorgverzekeringen N.V. die statutair gevestigd is te Amersfoort, KvK-nummer: 32127177 en geregistreerd is bij de AFM onder nummer 12000612. Danwel voor wat betreft de aanvullende verzekering Agis Ziektekostenverzekeringen N.V. die statutair gevestigd is te Amersfoort, KvK-nummer: 31028587 en geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000612.

Zorgverzekering

De TakeCareNow! Internetbasispolis.

2 Toepasselijkheid en toegankelijkheid van de polis

Deze polis is van toepassing in Nederland en het buitenland, volgens de hieronder volgende voorwaarden. Zij kan worden afgesloten door verzekeringsplichtigen, wonend in of buiten Nederland.

3 Algemene Voorwaarden

- 1 Deze Algemene Voorwaarden zijn van toepassing op en maken deel uit van de TakeCareNow! Internetbasispolis.
- 2 Voor prestaties geldt hetgeen in de lijst van aanspraken van de desbetreffende polis staat vermeld.

4 Grondslag van de zorgverzekering

- 1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde vragenformulier.

- 2 Alleen de tekst van de verzekeringsovereenkomst is bindend zoals deze luidt, met inachtneming van eventuele wijzigingen in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering.

5 Begin van de zorgverzekering

- 1 Voor een zorgverzekering meldt de aspirant-verzekeringnemer zich aan via internet. Door aanmelding voor een zorgverzekering verleent de aspirant-verzekeringnemer toestemming om de oude zorgverzekering te laten beëindigen. Tenzij de aspirant-verzekeringnemer in het aanvraagformulier heeft aangegeven geen gebruik te willen maken van deze opzegservice. De verzekeringnemer geeft bij aanmelding tevens aan de polisbladen en algemene (polis)voorwaarden langs elektronische weg te ontvangen. Deze toestemming geldt voor alle verzekerden waarvoor de verzekeringnemer een zorgverzekering heeft afgesloten. Toestemming kan te allen tijde door de verzekeringnemer worden ingetrokken.
- 2 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van een kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar per e-mail heeft opgezegd of doen opzeggen met inachtneming van het bepaalde in artikel 6 lid 4.
- 3 De ingangsdatum is de datum waarop door de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de verzekering, vermeldende welke polisvariant gewenst is, is ontvangen, danwel de datum waarop nader gevraagde informatie is ontvangen indien voorheen geen Nederlandse Zorgverzekering was afgesloten.
- 4 De ingangsdatum kan op verzoek van degene die sluiting van de zorgverzekering verlangt, liggen na de in lid 2 genoemde datum, indien degene te wiens behoefte de zorgverzekering wordt gevraagd reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is.
- 5 Ondanks het hierboven in lid 2 bepaalde is de ingangsdatum voor iemand door of ten behoeve van wie een aanmelding voor een verzekering plaatsvindt als nieuwe verzekeringsplichtige in het kader van de Zorgverzekeringswet gelijk aan de datum waarop de verzekeringsplicht ontstond, als de verzekering tot stand komt binnen 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht.
- 6 De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de zorgverzekering en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar een digitale zorgpolis.
- 7 Indien de zorgverzekering in gaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden is geëindigd door opzegging, is de ingangsdatum de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- 8 Aanmelding op grond van artikel 9a t/m d Zvw:
 - a wanneer het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) de verzekerde op grond van de 'Wet Opsporing en Verzekering Onverzekerden Zorgverzekering' bij de zorgverzekeraar verzekerd heeft, kan de verzekerde gedurende een periode van 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CVZ de verzekerde daarvan mededeling heeft gedaan, de desbetreffende verzekering vernietigen indien de verzekerde aan het CVZ en aan de zorgverzekeraar kan aantonen in de periode bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw, al krachtens een andere zorgverzekering verzekerd te zijn geweest;
 - b in afwijking van artikel 931 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is de zorgverzekeraar bevoegd een met de verzekerde gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat de verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was;
 - c de verzekeringnemer kan, zo nodig in afwijking van artikel 7 Zvw, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, de zorgverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw niet opzeggen gedurende de eerste 12 maanden waarover deze loopt.

6 Einde van de zorgverzekering

- 1 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de verzekering te beëindigen, behoudens in het geval van artikel 14 lid 5, eventueel na toepassing van schorsing als bedoeld in artikel 14 lid 4 onder j.
- 2 De verzekering eindigt in geval van overlijden van de verzekerde. Zie tevens artikel 16 lid 1 de Verplichtingen verzekeringnemer en verzekerde.
- 3 De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ.

- 4 De verzekering eindigt door opzegging als bedoeld in artikel 5 lid 2 indien de verzekeringnemer uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar via e-mail heeft opgezegd of doen opzeggen. Indien de verzekeringnemer zich aanmeldt bij een nieuwe zorgverzekeraar en gebruik maakt van de opzegservice wordt de zorgverzekering door de nieuwe zorgverzekeraar opgezegd. De verzekering kan niet worden beëindigd als niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald zoals bedoeld in artikel 14 lid 4 onder h.
- 5 De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging een overstap betreft van de ene collectieve verzekering in verband met dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan.
- 6 De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen indien het een overstap betreft van de ene collectiviteit van een uitkeringsinstantie naar een andere collectiviteit van een uitkeringsinstantie voor het overige is het bepaalde in het vorige lid is ook van toepassing.
- 7 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan deze zorgverzekering per e-mail opzeggen gedurende het jaar, indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. Van dit laatste dient een bewijs overlegd te worden.
- 8 In afwijking van artikel 940, 4e lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek kan de verzekeringnemer niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringswet gestelde regels. Zie ook artikel 15 lid 2.
- 9 De opzegging, bedoeld in het 5e, 6e en 7e lid, gaat in op de eerste dag van de kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
- 10 In afwijking van het voorgaande lid gaat een opzegging, bedoeld in het 5e, 6e en 7e lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.
- 11 Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, als bedoeld in artikel 14 lid 5, wordt geen terugwerkende kracht verleend.
- 12 Indien de zorgverzekering eindigt, verstrekt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde digitaal een bewijs van het einde van de zorgverzekering, waarop worden aangetekend:
 - a naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer van de verzekerde;
 - b naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
 - c naam, adres en woonplaats van de zorgverzekeraar;
 - d de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
 - e of voor de verzekerde op die dag een vrijwillig eigen risico gold en zo ja, met welke ingangsdatum, voor welk bedrag en met welke in verband daarmee verleende korting.
- 13 Indien de zorgverzekering eindigt om de in artikel 6 lid 3 genoemde reden, wordt dat op het in het vorige lid bedoelde bewijs vermeld.
- 14 Onverminderd hetgeen in de voorgaande leden van dit artikel is bepaald omtrent het einde van de verzekering neemt de verzekering voorts een einde als gevolg van de omstandigheden als genoemd in artikel 17 lid 1 van deze Algemene Voorwaarden.
- 15 Indien de zorgverzekeraar op grond van mededelingen van de verzekeringnemer omtrent het overlijden van de verzekerde danwel het eindigen van diens verzekeringsplicht tot de conclusie komt dat de zorgverzekering geëindigd is of zal eindigen deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, direct aan de verzekeringnemer mede.
- 16 De verzekering eindigt ten gevolge van wijziging of intrekking van de vergunning, waardoor de verzekeraar geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. De verzekerde wordt hiervan uiterlijk 2 maanden van te voren op de hoogte gesteld.

7 Prestatiewijze en omvang van de dekking

- 1
 - a De aanspraak op zorg, als in deze zorgverzekering omschreven, omvat de vormen van zorg die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de Wet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en de Agis Reglementen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Je ontvangt slechts vergoeding van de kosten van zorg voor zover je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen;
 - b De lijst van aanspraken beschrijft per vorm van zorg precies waar de verzekerde recht op heeft (inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging);
 - c De zorg wordt verstrekt op basis van het op het moment van behandeling door of namens de zorgverzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen zorgverzekeraar en zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar genoemde kosten volgens het hieronder in lid 2 en volgende bepaalde, tenzij in de lijst van aanspraken danwel in door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglementen anders wordt bepaald. Er zijn Reglementen vastgesteld voor Hulpmiddelen en Farmacie. Deze Reglementen maken deel uit van de polisvoorwaarden. De Reglementen voor Hulpmiddelen en Farmacie zijn te downloaden via www.takecarenow.nl/polisvoorwaarden.
- 2 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
 - a het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief;
 - b indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde 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. In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft wordt de toestemming tot het invoeren van niet-gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.
- 3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of instelling, wordt de vergoeding tenzij anders bepaald bij het desbetreffende artikel beperkt tot maximaal 70% van het gemiddelde door Agis gecontracteerde tarief, met inachtneming van het hieronder onder lid 5 bepaalde. Informatie over deze tarieven is beschikbaar op www.takecarenow.nl/polisvoorwaarden of kan nagevraagd worden bij onze Klantenservice 033 330 40 70.
- 4 Indien en voorzover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering gehouden is, wordt de verzekerde geacht een volmacht tot incasso, op naam van de zorgverzekeraar, van het voor de verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde, te hebben verleend.
- 5 Verstrekking van zorg danwel vergoeding van kosten vindt in alle gevallen plaats met inachtneming van het eigen risico en van hetgeen terzake van de vergoeding in de polisvoorwaarden ten aanzien van de betreffende prestatie is bepaald.
- 6 Als een zorgaanspraak zowel onder de dekking valt van de hoofdverzekering als onder de dekking van een aanvullende verzekering en/of een tandartsverzekering dan wordt de zorgaanspraak bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van de hoofdverzekering.

- 7
 - a de verzekerde heeft recht op zorg danwel vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover die zijn gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, overeenkomstig de in de wet en de polis genoemde dekkingsonderdelen en tot de in de wet en de polisvoorwaarden genoemde maximum bedragen. Indien de dekking van zorg is opgeschort als gevolg van het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie heeft de verzekerde geen recht op zorg danwel vergoeding van de verzekerde kosten. Hierbij is de datum van behandeling of levering bepalend en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
 - b zolang de dekking niet is opgeschort mag de verzekerde van de zorgverlener, die de zorg verleent op grond van een daartoe gesloten overeenkomst met de zorgverzekeraar (zie: Natura) geen nota ontvangen.
- 8 In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, danwel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de zorgverzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.



Kosten worden vergoed tot maximaal het met de gecontracteerde zorgverlener overeengekomen tarief of bij niet-gecontracteerde zorg tot maximaal de wettelijke (Wmg) tarieven of de door Agis (gemiddelde of laagste) gecontracteerde tarieven. Kijk voor deze tarieven op www.takecarenow.nl onder polisvoorwaarden of bel met onze Klantenservice 033 330 40 70.

8 Toestemming en verwijzing

- 1 Als volgens de lijst van aanspraken toestemming vooraf dient te worden gevraagd, dient dit door of namens de verzekerde schriftelijk te geschieden, op een zodanig tijdstip dat de zorgverzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
- 2 De zorgverzekeraar betaalt na verleende schriftelijke toestemming als bedoeld in het vorige lid de aan de zorg verbonden kosten met inachtneming van het overigens in deze Algemene Voorwaarden bepaalde. Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen, dan worden deze bij de verzekeringnemer in rekening gebracht.
- 3 Als dit is aangegeven in de lijst van aanspraken, dient er een verwijzing van een andere zorgverlener te zijn. Als de verzekerde voor de betreffende zorg een declaratie indient bij de zorgverzekeraar, moet hij de verwijzing bij deze declaratie voegen. De verwijzing of verklaring mag niet ouder zijn dan 1 jaar.
- 4 De verzekerde kan slechts een beroep doen op een schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar.
- 5 Indien ten behoeve van de verzekerde toestemming was verleend door de zorgverzekeraar waar de verzekerde verzekerd was voordat de zorgverzekering bij TakeCareNow! werd gesloten, zal TakeCareNow! die toestemming voor zoveel nodig beschouwen als door haar verleend.

9 Afhandeling schade en declaraties

- 1 De verzekerde is verplicht om:
 - a de behandelend (huis)arts of specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar bekend te maken;
 - b de door de zorgverzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen;
 - c desgevraagd aan de zorgverzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 - d op de hierna in punt 9.2 omschreven wijze de declaraties in te dienen;
 - e computernota's te laten waarmerken door de zorgverlener;
 - f alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden;
 - g bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van de zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer: 033 330 40 60.

- 2 De verzekeringnemer of de verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten bij de zorgverzekeraar digitaal declareren via 'Mijn TakeCareNow' op de wijze zoals daar aangegeven. De verzekerde is verplicht de originele nota's tot 1 jaar, nadat deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen, te bewaren. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor deze originele nota's op te vragen indien dit noodzakelijk wordt geacht. De declaratie moet bij de zorgverzekeraar worden aangeboden binnen 36 maanden nadat de verzekeringnemer of de verzekerde met het recht op vergoeding bekend is geworden behoudens het bepaalde in de volgende volzin. Indien de verzekering op enig moment wordt beëindigd dan is indiening van de declaratie via 'Mijn TakeCareNow' mogelijk tot 100 dagen na beëindiging van de verzekering. Na afloop van deze 100 dagen kan de verzekerde de voor vergoeding in aanmerking komende kosten binnen de gestelde termijn van 36 maanden onder overlegging van de originele nota's bij de zorgverzekeraar declareren. De vergoeding zal worden overgemaakt op het bij TakeCareNow! met betrekking tot deze verzekeringsovereenkomst bekende rekeningnummer. Declareert de verzekeringnemer of de verzekerde de nota's later dan 12 maanden na het jaar waarin verzekerde is behandeld, dan kan de zorgverzekeraar een lagere vergoeding verstrekken dan waar verzekerde volgens de aanspraak recht op had. De verzekeringnemer of de verzekerde kan zijn vordering op TakeCareNow! niet aan derden overdragen.
- 3 De verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.
- 4 Indien bepaalde kosten niet zijn vergoed wordt de reden daarvan vermeld in het bericht van uitkering.
- 5 Vergoeding van kosten van zorg 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.
- 6 Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Wanneer de zorgverzekeraar het noodzakelijk acht, dan zal de zorgverzekeraar de verzekerde vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten worden niet vergoed.

10 Afspraken met de zorgverleners

- 1 De zorgverlener zal in principe de declaratie voor de verleende zorg bij de zorgverzekeraar indienen, tenzij de zorgverzekeraar hiertoe, om hem moverende redenen, geen toestemming verleent.
- 2 Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen danwel indien bepaalde posten vanwege een schorsing van de dekking niet betaald hoefden te worden maar toch door de zorgverzekeraar aan de zorgverlener betaald zijn, worden bij de verzekeringnemer deze posten in rekening gebracht. Het bedrag dient door de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar danwel een door de zorgverzekeraar daartoe aangewezen inningsbureau betaald te worden, op dezelfde wijze als waarop de premie aan de zorgverzekeraar betaald wordt, tenzij anders vermeld.

11 Zorgverlenersinformatie en wachtlijstbemiddeling

- 1 Wil je hulp bij het vinden van een zorgverlener dan vind je op onze internetsite www.takecarenow.nl/zorggids informatie over de zorgverleners waarmee Agis afspraken heeft gemaakt. Je kunt ook bellen met onze Klantenservice, telefoon 033 330 40 70.
- 2 Als je te maken krijgt met een lange wachttijd in je ziekenhuis, dan kun je een beroep doen op de Agis Zorgcoach. Wij gaan dan actief zoeken naar een ander ziekenhuis met een kortere wachttijd. De Agis Zorgcoach probeert allereerst een ziekenhuis in jouw regio in te schakelen. Als dit niet lukt wordt gezocht naar mogelijkheden bij een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum buiten de regio. Uiteraard blijft het altijd je eigen beslissing of je gebruik maakt van de geboden oplossing.
- 3 De Agis Zorgcoach informeert en bemiddelt over wachttijden met betrekking tot:
 - opname in het ziekenhuis;
 - dagbehandeling in het ziekenhuis;
 - toegangstijd polikliniek;
 - niet-klinische behandeling;
 - diagnostisch onderzoek.

De Agis Zorgcoach informeert niet over wachttijden voor kraamzorg. Hiervoor verwijzen wij je naar het kraamcentrum van je keuze. Voor een kraamcentrum bij jou in de buurt kun je terecht op onze website www.takecarenow.nl/zorggids. Je kunt ook bellen met onze Klantenservice.



Je kunt de Agis Zorgcoach bereiken via www.agisweb.nl of telefonisch 033 330 40 70

12 Verplicht eigen risico

- 1 Voor deze polis geldt overeenkomstig artikel 19 van de Zorgverzekeringswet een eigen risico van € 360,- per kalenderjaar voor de verzekerde van 18 jaar en ouder.
- 2a Van dit eigen risico zijn uitgezonderd de kosten voor:
 - huisartsenzorg, met uitzondering van kosten van samenhangend (laboratorium) onderzoek;
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen;
 - verloskundige zorg en kraamzorg, met uitzondering van samenhangende kosten voor geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ziekenvervoer;
 - nacontroles van levende donoren van beenmerg, een nier of lever ten behoeve van beenmerg-, nier- of levertransplantaties, nadat de periode, genoemd in artikel 2k onder Omschrijving, is verstreken;
 - zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2015 door ons zijn ontvangen.
- 2b Vrijgesteld van dit eigen risico zijn:
 - de kosten van het online programma 'Kleurjeleven.nl' vallend onder artikel 3a van de lijst van aanspraken. Vrijstelling vindt alleen plaats als het volledige programma daadwerkelijk wordt afgerond;
 - de directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheekhoudende.
- 3 Bedragen, die op grond van deze polis voor rekening van de verzekerde komen of blijven, worden voor beantwoording van de vraag of een verplicht eigen risico wordt overschreden buiten beschouwing gelaten.
- 4 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt het dbc-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin betreffende zorgtraject is gestart.
- 5 Een door de zorgverzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risicobedrag dient op het 1e schriftelijke verzoek aan de zorgverzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de bepalingen van artikel 14 lid 4d tot en met k. Bij beëindiging van de polis zal de invordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.
- 6 Als een verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, is hij vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt premieplichtig. Vanaf dat moment heeft de verzekerde ook een verplicht eigen risico.
- 7 Als een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico, gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer van het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
- 8 De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico.

13 Vrijwillig gekozen eigen risico

- 1 Buiten het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 12 is het mogelijk een extra eigen risico te kiezen: het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 2 De TakeCareNow! Internetbasispolis kent bovenop het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 12 vijf varianten van vrijwillig gekozen eigen risico: € 100,- (dus totaal eigen risico € 460,-), € 200,- (€ 560,-), € 300,- (€ 660,-), € 400,- (€ 760,-) en € 500,- (€ 860,-) per kalenderjaar voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De bij de vrijwillig gekozen eigen risico's behorende kortingen op de premiegrondslag zijn opgenomen in de 'Bijlage bij artikel 13 Vrijwillig gekozen eigen risico'. Het door de verzekeringnemer gekozen vrijwillig gekozen eigen risico met de bijbehorende korting op de premiegrondslag wordt vermeld op het polisblad.
- 3 De kosten voor:
 - huisartsenzorg, met uitzondering van kosten van samenhangend (laboratorium) onderzoek;
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen;
 - verloskundige zorg en kraamzorg, met uitzondering van samenhangende kosten voor geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ziekenvervoer;
 - nacontroles van levende donoren van beenmerg, een nier of lever ten behoeve van beenmerg-, nier- of levertransplantaties, nadat de periode, genoemd in artikel 2k onder Omschrijving, is verstreken; vallen buiten de kosten van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 4 Bedragen, die op grond van deze polis voor rekening van de verzekerde komen of blijven, worden voor beantwoording van de vraag of een vrijwillig eigen risico wordt overschreden buiten beschouwing gelaten.
- 5 Kosten van zorg, die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 12 en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.
- 6 Voor de bepaling van verplicht eigen risico, eventueel aangevuld met het vrijwillig gekozen eigen risico, (tezamen het totale eigen risico) is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, danwel eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het totale eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
- 7 Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt het dbc-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin het betreffende zorgtraject is gestart.
- 8 Een door de zorgverzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risicobedrag dient op het 1e schriftelijke verzoek aan de zorgverzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de bepalingen van artikel 14 lid 4 d tot en met k. Bij beëindiging van de polis zal de invordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.

14 Premie en overige financiële verplichtingen

- 1 Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- 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 verzekeringen afgesloten in het kader van een collectieve overeenkomst van zorgverzekering geldt dat de wijze van betaling van de premie is vastgesteld in de tussen contractant en zorgverzekeraar gesloten overeenkomst. Op het moment dat de deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervalt het recht op collectiviteitskorting van deze collectiviteit.
- 4 Zowel voor individuele verzekeringnemers als voor deelnemers aan een collectieve overeenkomst van zorgverzekering geldt het navolgende:
 - a de premiegrondslag wordt weergegeven op het polisblad, daarop wordt tevens aangegeven welke premie hoort bij het gekozen vrijwillig gekozen eigen risico en hoeveel korting gegeven wordt op grond van een eventueel bestaand collectief contract;

- b de verzekeringnemer heeft de mogelijkheid om de premie maandelijks, per kwartaal, per half jaar of jaarlijks bij vooruitbetaling te voldoen, via automatische incasso. Agis streeft ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan de verzekeringsnemer te versturen. Dit is echter niet van toepassing op de premie. De vooraankondiging van de premie vindt eenmalig per jaar plaats via toezending van het polisblad. De premie is verschuldigd vanaf de 1e vervaldag nadat de verzekering van kracht is geworden;
- c de premie danwel eventuele overige verschuldigde bedragen zijn verschuldigd op de premie-vervaldag. 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 bijdragen), 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 danwel eventuele andere verschuldigde bedragen niet of niet geheel op de premievervaldag danwel 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 nalatige verzekeringnemer na eventuele toepassing van het in lid f gestelde nalatig, dan wordt hij eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde premie danwel eventuele andere verschuldigde bedragen te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). De nalatige verzekeringnemer is gehouden tot vergoeding van de door de zorgverzekeraar gemaakte buitengerechtelijke incassokosten van 15% alsmede de incassokosten als hierna bedoeld onder l;
- h na ontvangst van de herinneringsbrief (aanmaning) kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie danwel eventuele overige verschuldigde bedragen en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen 2 weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen;
- i indien de nalatige verzekeringnemer niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief de verschuldigde premie danwel eventuele andere verschuldigde bedragen heeft voldaan, is hij in verzuim;
- j vanaf het moment dat de verzekeringnemer in verzuim is, kan de zorgverzekeraar de zorgverzekering schorsen, 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;
- k als de zorgverzekeraar de zorgverzekering schorst, vervalt het verbod voor de verzekeringnemer deze op te zeggen als bedoeld in lid h;
- l indien de verzekeringnemer de premie en administratiekosten danwel eventuele andere verschuldigde bedragen niet op de premievervaldag danwel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden heeft betaald, is de zorgverzekeraar gerechtigd incassokosten bij de verzekeringnemer in rekening te brengen;
- m vanaf de datum dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke verdragingsrente over de verschuldigde premie te voldoen;
- n 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;
- o de zorgverzekeraar kan de door de verzekeringnemer verschuldigde bedragen (die bijvoorbeeld kunnen bestaan uit de verschuldigde premie, eigen risico, administratiekosten, buitengerechtelijke incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en/of executiekosten) verrekenen met aan de verzekeringnemer verschuldigde bedragen, het omgekeerde is de verzekeringnemer niet toegestaan;

- p bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalendermaand waarvoor premie is betaald vindt premierestitutie plaats vanaf de dag van beëindiging. Bij wijziging van de premie in de loop van een kalendermaand vindt premierestitutie (bij verlaging) respectievelijk premiesuppletie (bij verhoging) plaats en wel vanaf de dag van wijziging;
- q 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.
- 5 In aanvulling op het bepaalde onder lid 4 gestelde kan een bijzondere betalingsregeling optreden in het geval de premieachterstand is opgelopen tot 2 maanden. Dit komt neer op het volgende:
- a de zorgverzekeraar informeert de verzekeringnemer schriftelijk binnen 10 werkdagen nadat een achterstand in premie van ter hoogte 2 maanden is ontstaan en de zorgverzekeraar biedt de verzekeringnemer een betalingsregeling aan. Hierbij geldt dat indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en deze is 18 jaar of ouder, de zorgverzekeraar deze verzekerde(n) zal informeren over de achterstand ter hoogte van tenminste 2 maanden. De betalingsregeling bestaat dan tevens uit een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:
- de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
 - deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in artikel 18a, tweede lid onderdeel a Zvw heeft afgegeven.

In het aanbod staat tevens opgenomen dat de verzekeringnemer een termijn van 4 weken heeft om het te aanvaarden;

- b indien de verzekeringnemer niet ingaat op de voorgestelde betalingsregeling of op andere wijze de betalingsachterstand niet voldoet dan, ontvangt de verzekeringnemer bij een achterstand in premie van ter hoogte 4 maanden een waarschuwing dat de verzekeringnemer zal worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke premierégime als de achterstand in premie is gestegen tot ter hoogte van 6 maanden. De verzekeringnemer heeft het recht om binnen 4 weken nadat deze voorgenomen aanmelding aan de verzekeringnemer kenbaar is gemaakt een geschil voor te leggen aan een onafhankelijke instantie of een burgerlijk rechter, ook hier geldt dat indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en deze is 18 jaar of ouder, de zorgverzekeraar deze verzekerde(n) zal informeren over de achterstand ter hoogte van tenminste 4 maanden;
- c zodra de achterstand in premie ter hoogte van 6 maanden is bereikt meldt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en eventuele verzekerde(n) van 18 jaar en ouder, als wanbetaler aan bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan de zorgverzekeraar, maar zal het CVZ een bestuursrechtelijke premie bij de verzekeringnemer opleggen. Deze premie is hoger dan de standaardpremie en kan direct op uw inkomen worden ingehouden. Voor de premie van andere personen van 18 jaar en ouder op uw polis ontvangt de verzekeringnemer een acceptgiro van het Centraal Justitioneel Incasso Bureau (CJIB). Deze melding geschiedt niet indien:
- de premieachterstand door de verzekeringnemer tijdig is betwist en de zorgverzekeraar haar standpunt nog niet aan de verzekeringsnemer kenbaar heeft gemaakt;
 - gedurende de lid b genoemde termijn;
 - in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - indien de verzekeringnemer zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en kan aantonen dat in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden heeft gesloten (artikel 18c lid 2 Zvw);
 - indien een betalingsregeling als bedoeld in lid a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van 4 maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.
- d indien de verzekeringnemer, na tussenkomst van het CVZ, de verschuldigde premie, zorgkostennota's en eventuele kosten heeft voldaan meldt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer af bij het CVZ. De bestuursrechtelijke premie-inning zal worden stopgezet en de verzekeringnemer betaalt de nominale premie weer aan de zorgverzekeraar.

- 6 De zorgverzekeraar is gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste 18 maanden nalatig is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, het eigen risico of alle overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtigde (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten).
- 7 Indien in geval van een collectieve overeenkomst is overeengekomen dat de premie door (tussenkost van) de contractant wordt voldaan, stelt de zorgverzekeraar bij niet tijdige betaling de deelnemer/verzekeringnemer eenmaal in de gelegenheid alsnog de verschuldigde premies en/of alle overige verschuldigde bedragen te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. Artikel 14, leden 4, 5 of 6 zijn van overeenkomstige toepassing.



In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bij wanbetaling een 'bestuursrechtelijke premie' bij de verzekeringnemer gaat innen. Het CVZ heeft de mogelijkheid een bestuursrechtelijke premie in te houden op het inkomen van de wanbetaler. Indien de verzekeringnemer geen (regelmatige) inkomsten heeft, dan ontvangt de verzekeringnemer maandelijks een acceptgiro van CJIB. De verzekeringnemer moet dan zelf de premie overmaken. Dit geldt ook als het inkomen onvoldoende is om de bestuursrechtelijke premie in te houden.

15 Wijziging van premiegrondslag of voorwaarden

- 1 Bij wijziging van de verzekerde prestaties/voorwaarden ten nadele van de verzekerde, kan deze de zorgverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging in gaat gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
- 2 De verzekeringnemer kan de verzekering niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringswet gestelde regels.
- 3 De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premiegrondslagen van de bij de zorgverzekeraar lopende polissen en bloc danwel groepsgewijs te herzien.
- 4 De herziening geschiedt op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van een herziening via e-mail mededeling.
- 5 In het geval de zorgverzekeraar een wijziging in de voorwaarden aanbrengt die betrekking heeft op de termijnen van zorgaanspraken of de hoogte van de vergoeding, dan worden de gedane vergoedingen vóór de wijziging van de voorwaarden meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding van de gewijzigde voorwaarden. Een voor de wijziging afgegeven machtiging blijft na de wijziging geldig voor het erop vermelde bedrag en de termijn.
- 6 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- 7 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging in gaat gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.

16 Verplichtingen verzekeringnemer en verzekerde

- 1 De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging welke invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, per e-mail aan de zorgverzekeraar mee te delen. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - wijziging e-mailadres;
 - wijziging van bankrekeningnummer;
 - in geval van een collectieve overeenkomst: het beëindigen van de arbeidsovereenkomst/relatie met werkgever/contractant, ongeacht of dit op initiatief van de deelnemer of op initiatief van werkgever/contractant is geschied/zal geschieden;

- het gedetineerd zijn van verzekeringnemer/verzekerde, met de ingangsdatum van de detentie, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie. Ook de laatste detentiedag moet tijdig worden gemeld i.v.m. het hervatten van de verzekering;
 - eindigen van de verzekeringsplicht, verhuizing, indicatie geheim adres, geboorte van een kind, overlijden e.d..
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de zorgverzekeraar of de medisch adviseur van de zorgverzekeraar alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering door de zorgverzekeraar noodzakelijk worden geacht met inachtneming van privacyregelgeving. Wanneer de verzekeringnemer/verzekerde de belangen van de zorgverzekeraar schendt door deze verplichtingen niet na te komen, dan heeft de verzekeringnemer/verzekerde geen aanspraak op zorg en/of recht op vergoeding van de kosten van zorg.
 - 3 Mededelingen verzonden aan het laatst bekende (e-mail)adres van de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
 - 4
 - a de zorgverzekeraar verstrekt aan de verzekeringnemer periodiek een digitale nieuwsbrief, waarin naast informatie over zorgverzekeraar, de ziektekostenovereenkomst, verzekeringsproducten en diensten ook aanverwante zaken zijn opgenomen;
 - b de verzekeringnemer kan de zorgverzekeraar per e-mail verzoeken ter zake toezending van het digitale nieuwsbrief zijn persoonsgegevens te blokkeren. In dat geval zal de digitale nieuwsbrief niet meer aan de verzekeringnemer en de verzekerde worden toegestuurd en zal de zorgverzekeraar hen via e-mail van eventuele wijzigingen in premie of voorwaarden in kennis stellen;
 - c indien op een dergelijk verzoek de persoonsgegevens van verzekeringnemer geblokkeerd zijn en het digitale nieuwsbrief niet meer toegezonden wordt, kunnen verzekeringnemer en/of verzekerden zich niet beroepen op het ontbreken van danwel het niet hebben ontvangen van informatie welke in het digitale nieuwsbrief is opgenomen. De zorgverzekeraar is alsdan niet aansprakelijk voor door verzekeringnemer en/of verzekerden geleden schade voortvloeiende uit het ontbreken van, dan wel het niet hebben ontvangen van deze informatie.
 - 5 Als te vergoeden kosten zijn ontstaan door toedoen of nalaten van een aansprakelijke derde, dan is de verzekerde terstond verplicht de zorgverzekeraar hierover te informeren en dient de verzekerde al het mogelijke te doen om de zorgverzekeraar te helpen bij het zoeken van verhaal. Het ondertekenen van een door de zorgverzekeraar gevraagde machtiging kan hier deel van uitmaken.
 - 6 De verzekeringnemer en/of de verzekerde mag zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.
 - 7 Het niet meewerken van de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan het bepaalde in het 5e en 6e lid kan leiden tot verlies van het recht op vergoeding van kosten.



Wijzigingen met betrekking tot verhuizing, geboorte van een kind of overlijden ontvangt TakeCareNow! automatisch van de gemeente. Je hoeft deze gegevens dan niet meer aan ons door te geven. Informeer wel zo spoedig mogelijk je gemeente, waar je staat ingeschreven. Een indicatie geheim adres neemt TakeCareNow! niet over van de Gemeentelijke Basisadministratie GBA. Een registratie geheim adres kun je via de e-mail bij TakeCareNow! aanvragen. Ook het opheffen van een geheim adres moet via de e-mail worden aangevraagd.

17 Fraude

- 1 Indien de verzekeringnemer en/of verzekerde fraude pleegt, behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor om eventuele reeds gedane uitkeringen en eventuele gemaakte onderzoekskosten terug te vorderen. Voorts wordt bij constatering van fraude de zorgverzekering en indien van toepassing de aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang beëindigd. De zorgverzekering kan vervolgens niet eerder dan 5 jaar na beëindiging opnieuw afgesloten worden.
- 2 Bij constatering van fraude wordt er door de zorgverzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Tevens wordt de verzekerde geregistreerd in het tussen de verzekeringsmaatschappijen gangbare fraudesignaleringssysteem.

- 3 Bij constatering van (mogelijke) fraude is de zorgverzekeraar gerechtigd om bij de zorgverlener nadere informatie op te vragen of onderzoek te doen.
- 4 De verzekerde is verplicht om bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer: 033 330 40 60.

18 Geschillenregeling

- 1 Op deze overeenkomst is uitsluitend het Nederlands recht van toepassing.
- 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze polis genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te geschieden binnen 6 maanden nadat de genomen beslissing door de zorgverzekeraar aan de verzekeringnemer en/of de verzekerde is meegedeeld en dient te zijn gesteld in de Nederlandse of Engelse taal en gericht te worden aan de Centrale Klachten Coördinatie van Agis. Voor zover daarbij door de verzekerde in een vreemde taal gestelde stukken worden overlegd, kan de zorgverzekeraar een vertaling daarvan in de Nederlandse taal door een beëdigd vertaler verlangen. De kosten daarvan komen voor rekening van de verzekerde.
- 3 Wanneer de zorgverzekeraar de klacht heeft ontvangen, zal de klacht worden opgenomen in het klachtenregistratiesysteem van de zorgverzekeraar. De verzekeringnemer of verzekerde ontvangt hiervan een bevestiging. Binnen 3 weken geeft de zorgverzekeraar de verzekeringnemer of verzekerde een inhoudelijke reactie. Als de zorgverzekeraar meer tijd nodig heeft om de klacht te behandelen, dan zal de zorgverzekeraar de verzekeringnemer of verzekerde hiervan op de hoogte stellen.
- 4 De verzekeringnemer of verzekerde kan de zorgverzekeraar vragen om de afhandeling van de klacht te herbeoordelen, wanneer hij het niet eens is met de afhandeling van de klacht. Het herbeoordelingsverzoek kan ingediend worden bij de Centrale Klachten Coördinatie van Agis. De verzekeringnemer of verzekerde ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 3 weken geeft de zorgverzekeraar een inhoudelijke reactie. Als de zorgverzekeraar meer tijd nodig heeft om de klacht te behandelen, dan zal de zorgverzekeraar de verzekeringnemer of verzekerde hiervan op de hoogte stellen.
- 5 De verzekeringnemer of verzekerde kan zijn klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement. Het adres van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen is Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De SKGZ kan het verzoek niet in behandeling nemen, wanneer een rechterlijke instantie de zaak al in behandeling heeft of hier al een uitspraak over heeft gedaan.
- 6 Klachten over de uitvoering van een aanvullende verzekering kunnen ook gericht worden aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.
- 7 In plaats van naar de SKGZ kan de verzekeringnemer of verzekerde ook met zijn klacht naar de burgerlijk rechter. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kan de verzekeringnemer of verzekerde naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de inhoud en de totstandkoming van het advies van de SKGZ aanvaardbaar is. Ook kan de verzekeringnemer of verzekerde naar de burgerlijk rechter wanneer de zorgverzekeraar zich niet houdt aan het advies.
- 8 Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen hun beklag indienen bij de zorgverzekeraar of bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over door Agis Zorgverzekeringen gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies. Op de website van de NZa (www.nza.nl) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

19 Verwerken persoonsgegevens

- 1 De zorgverzekeraar legt wanneer de verzekeringnemer of de verzekerde contact met de zorgverzekeraar heeft persoonsgegevens vast ten behoeve van het afsluiten van een verzekering, het uitvoeren en afwickelen van de zorgverzekering, het verlenen van service, het beheersen van de schadelast in verband met de verzekering, het tegengaan van fraude, het voldoen aan wettelijke bepalingen en het (doen) uitvoeren van statistische analyses. Daarnaast worden persoonsgegevens vastgelegd om het contact met de verzekeringnemer of de verzekerde te onderhouden. Deze persoonsgegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om de verzekeringnemer of de verzekerde te informeren over de producten en diensten van tot Achmea BV behorende bedrijven, voor het toezenden van een nieuwsbrief of het verstrekken van advies en/of informatie. Verzekeringnemer kan aan de verzekeraar doorgeven wanneer hij geen informatie wenst te ontvangen.
- 2 De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht het burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. Zorgverleners danwel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn wettelijk verplicht het burgerservicenummer te gebruiken bij elke vorm van communicatie. De zorgverzekeraar zal in de communicatie met alle voornoemde partijen het burgerservicenummer gebruiken.
- 3 De zorgverzekeraar mag aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en CvZ) de adres-, verzekerings- en polisgegevens van de verzekerde vragen en geven. Dit mag de zorgverzekeraar doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien, dan kan de verzekeringnemer dat schriftelijk aan de zorgverzekeraar doorgeven.
- 4 Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mag Agis de gegevens van de verzekeringnemer en verzekerde raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie is te vinden op www.stichtingcis.nl.
- 5 De zorgverzekeraar zal zich met betrekking tot het verwerken van de persoonsgegevens houden aan Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.
- 6 De zorgverzekeraar handelt hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

20 Uitsluitingen

- 1 Op grond van deze polis bestaat geen aanspraak op:
 - de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
 - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
 - griepvaccinaties;
 - alternatieve geneeswijzen;
 - geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ten behoeve van verloskundige zorg;
 - behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie);
 - behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
 - declaraties als gevolg van niet-nagekomen afspraken;
 - röntgen- en laboratoriumonderzoek aangevraagd door een huisarts of medisch specialist in de hoedanigheid van complementair/alternatieve arts;
 - indien de schade is veroorzaakt door terrorisme kan de dekking beperkt worden door de Minister van Financiën;
 - indien de schade is veroorzaakt door of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

- 2 Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade, levens- of natura uitvaartverzekeraars waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg danwel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de zorgverzekeringswet te bepalen omvang.
- 3 In aanvulling op deze Algemene Voorwaarden is het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandsche Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)' van toepassing. Het 'Clausuleblad terrorismedekking' is door de NHT op 12 juni 2003 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam gedeponereerd onder nummer 78/2003. Het 'Protocol afwikkeling claims' als genoemd in het 'Clausuleblad terrorismedekking' is gedeponereerd onder nummer 79/2003. Registratie heeft tevens plaatsgevonden bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage op 12 juni 2003 onder nummer 27178761. Op aanvraag verstrekt de zorgverzekeraar kosteloos een exemplaar. Je kunt de tekst raadplegen via www.terrorismeverzekerd.nl.
- 4 Overigens zijn er ook, geheel volgens de wettelijke bepalingen, situaties denkbaar waarbij geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn voor de duidelijkheid omschreven bij de betreffende rubrieken. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken nog bijzonderheden opgenomen zijn die van belang kunnen zijn voor je aanspraak of recht op vergoeding. Bepaalde vormen van zorg die in deze polis zijn uitgesloten, kunnen wel vergoed worden vanuit een aanvullende verzekering.

21 Ingangsdatum Algemene Voorwaarden

Deze Algemene Voorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2014.

Lijst van aanspraken

Met de invoering van de basisverzekering mag iedereen zelf bepalen bij welke zorgverlener hij of zij zich laat behandelen. Je kunt nog steeds naar een zorgverlener die een overeenkomst heeft met Agis, maar je kunt ook terecht bij zorgverleners zonder contract. De vergoeding hiervan kan grofweg op 2 manieren plaatsvinden.

Gecontracteerde zorg

Bij gecontracteerde zorg sluit Agis contracten af met zorgverleners. In die contracten worden afspraken gemaakt over de kwaliteit, inhoud, tarieven, doelmatigheid en betaling van de zorg. Wanneer je behandeld wordt door een zorgverlener die een contract heeft met Agis, ontvang je hiervoor geen rekening. De zorgverlener dient de declaratie rechtstreeks in bij TakeCareNow! Voor medisch specialistische zorg en hulpmiddelen geldt een TakeCareNow! contract.

Niet-gecontracteerde zorg

Hierbij gaat het om zorg die wordt geleverd door een erkende zorgverlener die geen contract heeft met Agis. Er zijn met deze zorgverlener dus geen afspraken gemaakt over de kwaliteit, inhoud tarieven, doelmatigheid en betaling van de zorg. De zorgverlener schrijft voor de behandeling een rekening uit, die door jou zelf zal moeten worden voorgesloten. TakeCareNow! vergoedt vervolgens achteraf de kosten tot maximaal 70% van het gemiddelde door TakeCareNow! gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden. Bij niet-gecontracteerde zorg is het dus mogelijk dat je zelf moet bijbetalen!

Agis streeft ernaar zoveel mogelijk zorgverleners te contracteren. Dit heeft voor jouw verschillende voordelen:

- je krijgt je zorg vergoed;
- je bent verzekerd van kwalitatief goede zorg;
- je hoeft geen kosten voor te schieten.

Uiteindelijk ben jij degene die bepaalt naar welke erkende zorgverlener je gaat!

Hoe vind je een gecontracteerde zorgverlener?

Voor medisch specialistische zorg en hulpmiddelen geldt een TakeCareNow! contract. In de polis staat bij medisch specialistische zorg en hulpmiddelen omschreven tot welke zorgverlener je je kunt wenden.

Voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners kun je terecht op onze website www.takecarenow.nl/zorggids. Hier vind je een overzicht waarin je per verstrekking danwel behandeling eenvoudig kunt zoeken naar een zorgverlener bij jou in de buurt. Uiteraard kun je ook telefonisch contact opnemen voor informatie over gecontracteerde zorgverleners bij jou in de regio.



De kosten worden aan de zorgverlener vergoed op basis van het, op het moment van behandeling, door of namens Agis met de zorgverlener overeengekomen tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen Agis en de zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt TakeCareNow! genoemde kosten in principe op basis van het rechtsgeldige danwel het door Agis (gemiddeld of laagst) overeengekomen tarief, tenzij in de lijst van aanspraken danwel in door Achmea vastgestelde Reglementen anders wordt bepaald. Er zijn Reglementen vastgesteld voor hulpmiddelen en farmacie. De Reglementen voor hulpmiddelen en farmacie zijn los en kun je bij TakeCareNow! kosteloos opvragen. Ook zijn deze Reglementen te raadplegen en te downloaden vanaf internet op www.takecarenow.nl of opvraagbaar via onze Klantenservice 033 330 40 70

1 Huisartsenzorg

- Omschrijving:** zorg zoals huisartsen deze plegen te bieden. Deze zorg omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.
- Zorgverlening:** huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts of onder een huisartsendienstenstructuur werkzaam is.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg bij de huisarts waar de verzekerde is ingeschreven. Bij spoedeisende zorg buiten de eigen gemeente geldt ook aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden van de inschrijving (maximaal 1 maal per kalenderjaar) en het consult. Bij spoedeisende zorg buiten de eigen gemeente geldt ook vergoeding.
- Bijzonderheden:**
- verloskundige zorg door de huisarts: zie lijst van aanspraken bij artikel 8b;
 - MRI-diagnostiek, op verwijzing van de huisarts uitsluitend op basis van de richtlijnen en standaarden voor huisartsen van het Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Uitsluitingen:**
- niet-spoedeisende zorg buiten de eigen gemeente;
 - keuringen;
 - griepvaccinaties;
 - vasectomie (sterilisatie bij mannen);
 - circumcisie (besnijdenis);
 - reizigersadvisering.



Voor vergoeding van de kosten van een sterilisatie bij mannen (vasectomie), besnijdenis (circumcisie) of voor reizigersadvisering door de huisarts verwijzen wij naar onze aanvullende verzekeringen.

2 Medisch-specialistische zorg en onderzoek

a Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een ziekenhuis

- Omschrijving:** medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- Zorgverlening:** medisch specialist in een ziekenhuis.
- Prestatie:**
- voor de TakeCareNow! Internetbasispolis gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.
- Verwijzing:** huisarts, verloskundige als het verloskundige zorg betreft, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), optometrist als het om oogzorg gaat of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

- Bijzonderheden:**
- in Vitro Fertilisatie, zie lijst van aanspraken artikel 8a;
 - kaakchirurgische zorg, zie lijst van aanspraken artikel 13g;
 - aanspraak op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis bestaat 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. Onderbreking wegens weekend- en vakantieverlof telt wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
 - bij een ononderbroken ziekenhuisopname die eindigt in het volgende kalenderjaar zal het eigen risico (wettelijk en vrijwillig gekozen) slechts eenmaal worden ingehouden en worden berekend over het kalenderjaar waarin de verpleging een aanvang nam;
 - medisch specialistische zorg buiten het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist zoals CPM motorslede, saturatie pompen en VAC pompen maken onderdeel uit van de behandeling en zijn inbegrepen in het overeengekomen tarief;
 - voorafgaande aan de operatieve behandeling van spataderen dient een machtiging te worden aangevraagd;
 - onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook: de behandeling van chronische aspecifieke rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken indien je deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
 - onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:
 - behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie indien je deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
 - behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) indien je deelneemt aan de gerandomiseerde multicenterstudie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands" (MR CLEAN).
 - onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2018 ook:
 - behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose indien je deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
 - het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn indien je deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek.

Overgangsregeling: voor de behandelingen genoemd onder a, b en c geldt voor verzekerden die gestart zijn met de behandeling voor 1 januari 2014, een overgangsregeling. Deze houdt in dat je niet verplicht hoeft deel te nemen aan de genoemde onderzoeken. Je moet wel voldoen aan de voorwaarden zoals die op 31 december 2013 van toepassing waren.

- Uitsluitingen:**
- uvuloplastiek als behandeling bij snurken;
 - behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose met een redressiehelm;
 - behandeling gericht op sterilisatie en ongedaan maken van sterilisatie van man of vrouw;
 - behandeling gericht op besnijdenis van de verzekerde. De zogenoemde verwijdingsplastiek behoort wel tot het verzekerde pakket;
 - verpleging in verband met palliatieve terminale zorg.

b Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een zelfstandig behandelcentrum of bij een extramuraal werkend specialist

Omschrijving: onderzoek en behandeling door een medisch specialist in een zelfstandig behandelcentrum of bij een extramuraal werkende medisch specialist. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialist in zelfstandig behandelcentrum of een extramuraal werkend medisch specialist.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art 7. van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: huisarts, verloskundige als het verloskundige zorg betreft, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), optometrist als het om oogzorg gaat of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

- Bijzonderheden:**
- een extramuraal werkend medisch specialist is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum;
 - in Vitro Fertilisatie, zie lijst van aanspraken artikel 8a;
 - kaakchirurgische zorg, zie lijst van aanspraken artikel 13g;
 - voorafgaande aan de operatieve behandeling van spataderen dient een machtiging te worden aangevraagd;
 - onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook: de behandeling van chronische aspecifieke rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken indien je deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
 - onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:
 - behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie indien je deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
 - behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) indien je deelneemt aan de gerandomiseerde multicenterstudie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands" (MR CLEAN).
 - onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2018 ook:
 - behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose indien je deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
 - het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn indien je deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek.

Overgangsregeling: voor de behandelingen genoemd onder a, b en c geldt, voor verzekerden die gestart zijn met de behandeling voor 1 januari 2014, een overgangsregeling. Deze houdt in dat je niet verplicht hoeft deel te nemen aan de genoemde onderzoeken. Je moet wel voldoen aan de voorwaarden zoals die op 31 december 2013 van toepassing waren.

- Uitsluitingen:**
- uvuloplastiek als behandeling bij snurken;
 - behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose met een redressiehelm;
 - behandeling gericht op sterilisatie en ongedaan maken van sterilisatie van man of vrouw;
 - behandeling gericht op besnijdenis van de verzekerde. De zogenoemde verwijdingsplastiek behoort wel tot het verzekerde pakket;
 - verpleging in verband met palliatieve terminale zorg.

c Plastisch-chirurgische behandelingen in een ziekenhuis

Omschrijving: op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:

- a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- d de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- e primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

De plastisch-chirurgische zorg omvat onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis.

- Prestatie:**
- voor de TakeCareNow! Internetbasispolis gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf op een gemotiveerde aanvraag van de behandelend medisch specialist tenzij Agis afspraken heeft gemaakt met het gecontracteerde ziekenhuis.

- Bijzonderheden:**
- aanspraak op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis bestaat 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. Onderbreking wegens weekend- en vakantie-verlof telt wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
 - bij een ononderbroken ziekenhuisopname die eindigt in het volgende kalenderjaar zal het eigen risico (wettelijk en vrijwillig gekozen) slechts eenmaal worden ingehouden en worden berekend over het kalenderjaar waarin de verpleging een aanvang nam.

- Uitsluitingen:**
- behandeling voor correctie van verslakte of verlamde bovenoogleden, behoudens in geval de verslapping of verlamming het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - liposuctie van de buik;
 - het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
 - het operatief verwijderen van een borstprothese zonder een medische noodzaak.

d Plastisch chirurgische behandelingen in een zelfstandig behandelcentrum of bij een extramuraal werkend specialist

Omschrijving: op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:

- a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- d de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- e primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

De plastisch-chirurgische zorg omvat onderzoek en behandeling door een medisch specialist in een zelfstandig behandelcentrum of bij een extramuraal werkend medisch specialist. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialist in zelfstandig behandelcentrum of een extramuraal werkend medisch specialist.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art 7. van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf op een gemotiveerde aanvraag van de behandelend medisch specialist tenzij Agis afspraken heeft gemaakt met het zelfstandig behandelcentrum of de extramuraal werkend medisch specialist.

Bijzonderheden: een extramuraal werkend medisch specialist is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

- Uitsluitingen:**
- behandeling voor correctie van verslakte of verlamde bovenoogleden, behoudens in geval de verslapping of verlamming het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - liposuctie van de buik;
 - het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
 - het operatief verwijderen van een borstprothese zonder een medische noodzaak.



Je hebt onder voorwaarden recht op een **second opinion**. Een **second opinion** is het vragen van een beoordeling van een door een behandelaar gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke behandelaar die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde behandelaar. Zie voor meer informatie artikel 7.

e Audiologische zorg

Omschrijving: aanspraak bestaat op zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg, indien noodzakelijk, in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- zorg bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Zorgverlening: audiologisch centrum.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, specialist ouderengeneeskunde, triage-audicien, jeugdarts of keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).

f Chronisch intermitterende beademing

Omschrijving: noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de zorg uit:

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

Zorgverlening: beademingscentrum (toegelaten centrum voor chronisch intermitterende beademing).

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: longarts.

Bijzonderheden: verpleging noodzakelijk in verband met thuisbeademing. Deze zorg valt onder de AWBZ.

g Erfelijkheidsonderzoek en advisering

Omschrijving: centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten. De zorg omvat het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoek bij andere personen dan de verzekerde, aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Zorgverlening: centrum voor erfelijkheidsonderzoek en advisering.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

- Verwijzing:** verloskundige, huisarts of behandelend medisch specialist.
- Bijzonderheden:** onderzoek van een doodgeboren kind op het bestaan van erfelijke afwijkingen komt ten laste van de ziektekostenverzekering van de moeder.
- Uitsluitingen:** chromosoom- of DNA-onderzoek voor bepaling van het ouderschap.
- h Zorg bij trombose**
- Omschrijving:**
- het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
 - verrichten danwel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van de verzekerde;
 - het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.
- Zorgverlening:** een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten trombosedienst.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.
- Verwijzing:** medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of huisarts.
- Bijzonderheden:**
- tot de aanspraak hulpmiddelen (Achmea Reglement Hulpmiddelen) behoort apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde zelf de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
 - de opleiding van de verzekerde, die de apparatuur in gebruik gaat nemen alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen valt onder de zorg van art. 1 huisartsenzorg.
- i Oncologische aandoeningen bij kinderen**
- Omschrijving:** centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.
- Zorgverlening:** Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: niet van toepassing, stichting Skion is gecontracteerd.
- j Dialyse**
- Omschrijving:** aanspraak bestaat op met dialyse ten huize van de verzekerde samenhangende kosten.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: niet van toepassing.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten.
- Machtiging:** ja, vooraf voor woningaanpassingen en overige kosten.
- Bijzonderheden:**
- de nodige aanpassingen in en aan de woning en voor later herstel in de oorspronkelijke staat. Wij vergoeden alleen de aanpassingskosten die wij redelijk vinden. Ook vergoeden we deze aanpassingskosten alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien;
 - overige redelijke kosten die rechtstreeks met uw thuisdialyse samenhangen (zoals kosten voor elektriciteit en water). Ook hierbij vergoeden we alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien;
 - de reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding, onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg, zie hiervoor de artikelen 2a en 2b.

k Orgaantransplantatie

- Omschrijving:**
- aanspraak bestaat op transplantatie van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een EU/EER land of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerd partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is. Onder de aanspraak valt 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 het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
 - de donor heeft aanspraak op zorg conform deze verzekeringsovereenkomst, gedurende ten hoogste 13 weken, danwel 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 en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op vervoer danwel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, danwel - indien en voor zover medisch noodzakelijk - 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.

Zorgverlening: ziekenhuis met een WBMV-vergunning voor orgaantransplantatie.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

l Verpleging zonder verblijf

Omschrijving: aanspraak bestaat op zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening. Er is een indicatiestelling aanwezig voor verpleging, noodzakelijk in de thuissituatie in verband met medisch specialistische zorg, van de medisch specialist.

Zorgverlening: verpleegkundige of verpleegkundig specialist in opdracht en onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

- Uitsluitingen:**
- verpleging in verband met palliatieve zorg;
 - verpleging samenhangend met beademing.

3 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

a Generalistische basis GGZ (verder te noemen Basis GGZ)

Omschrijving: diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling in verband met een niet-complexe psychische stoornis, verleend door een gezondheidszorgpsycholoog, een psychiater, een klinisch psycholoog, een psychotherapeut, een orthopedagoog-generalist NVO, een kinder- en jeugdpsycholoog NIP of een verpleegkundig specialist die uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch (BC) binnen een voor de basis GGZ gecontracteerde instelling of praktijk werkzaam is. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Zorgverlening: gezondheidszorgpsycholoog, psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, orthopedagoog-generalist die lid is van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), kinder- en jeugdpsycholoog die lid is van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of verpleegkundig specialist die uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch (BC) binnen een voor de basis GGZ gecontracteerde instelling of praktijk werkzaam is. De hoofdbehandelaar dient de zorg grotendeels persoonlijk te verlenen, maar mag voor maximaal 50% van de tijd gebruik maken van een medebehandelaar. Toegestane medebehandelaren met een beroep dat voorkomt op de beroepenlijst uit de Spelregels DBC GGZ 2013.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten tot maximaal 60% van het gemiddelde door Agis gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.
- Verwijzing:** huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Dit geldt niet voor acute zorg. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg kan in plaats van een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg ook een verwijzing van een huisarts of behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg gelden, als die een redelijk vermoeden heeft dat bij de jeugdige sprake is van een voldoende ernstige psychische stoornis en dat de jeugdige, zijn ouders, stiefouders of anderen die de jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, niet zijn aangewezen op jeugdzorg.
- Bijzonderheden:**
- de verwijzing is uitgevoerd conform het verwijsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013). Uit de verwijsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is, door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden in de verwijsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (Basis GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).
 - een verwijzing is maximaal 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig;
 - alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
- Uitsluitingen:**
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - hulp bij werk- en relatieproblemen;
 - hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
 - interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. TakeCareNow! volgt hierin het "Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk" van het CVZ. Uw zorgverlener kan u hier meer over vertellen. Dit overzicht wordt op onze website gepubliceerd.
- b Niet-klinische (niet-generalistische) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ambulante zorg met uitzondering van Basis GGZ)**
- Omschrijving:** Niet-klinische gespecialiseerde geneeskundige zorg voor complexe psychische stoornis, verleend door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.
- Zorgverlening:** psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog. Als de behandeling plaatsvindt in een GGZ-instelling, dan dient dat onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar (een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een GZ-psycholoog in een MDO-constructie) plaats te vinden.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten tot maximaal 60% van het gemiddelde door Agis gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.
- Verwijzing:** huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Dit geldt niet voor acute zorg. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg kan in plaats van een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg ook een verwijzing van een huisarts of behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg gelden, als die een redelijk vermoeden heeft dat bij de jeugdige sprake is van een voldoende ernstige psychische stoornis en dat de jeugdige, zijn ouders, stiefouders of anderen die de jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, niet zijn aangewezen op jeugdzorg.

- Bijzonderheden:**
- de verwijzing is uitgevoerd conform het verwijsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013). Uit de verwijsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is, door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden in de verwijsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (vooraftgaand aan de start van de behandeling).
 - een verwijzing is maximaal 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig;
 - alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.

- Uitsluitingen:**
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - hulp bij werk- en relatieproblemen;
 - hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
 - interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. TakeCareNow! volgt hierin het "Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk" van het CVZ. Uw zorgverlener kan u hier meer over vertellen. Dit overzicht wordt op onze website gepubliceerd.



E-health

In de eerstelijnspsychologische hulpverlening, niet-klinisch en klinische geestelijke gezondheidszorg kunnen internettoepassingen onderdeel van de behandeling vormen als je dit wilt. Dit kan in de vorm van professionele begeleide zelfhulp, e-mail/chatcontact met een hulpverlener of webcam-contact.

c Klinische geestelijke gezondheidszorg (opname)

Omschrijving: onderzoek en behandeling in verband met complexe psychiatrische aandoeningen, verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (PAAZ), een psychiatrische universiteitskliniek (PUK) en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling en onderzoek behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: in een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis of een psychiatrische universiteitskliniek. De behandeling moet plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar: een psychiater, klinische psycholoog, psychotherapeut of een GZ-psycholoog in een MDO-constructie.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten tot maximaal 60% van het gemiddelde door Agis gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Dit geldt niet voor acute zorg. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg kan in plaats van een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg ook een verwijzing van een huisarts of behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg gelden, als die een redelijk vermoeden heeft dat bij de jeugdige sprake is van een voldoende ernstige psychische stoornis en dat de jeugdige, zijn ouders, stiefouders of anderen die de jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, niet zijn aangewezen op jeugdzorg.

- Bijzonderheden:**
- de verwijzing is uitgevoerd conform het verwijfsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013). Uit de verwijfsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is, door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden in de verwijfsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).
 - een verwijzing is maximaal 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig;
 - aanspraak op opname bestaat 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. Onderbreking wegens weekend- en vakantieverlof telt wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
 - alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
- Uitsluitingen:**
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - hulp bij werk- en relatieproblemen;
 - hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
 - interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. TakeCareNow! volgt hierin het "Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk" van het CVZ. Uw zorgverlener kan u hier meer over vertellen. Dit overzicht wordt op onze website gepubliceerd.

4 Dyslexiezorg

- Omschrijving:** dyslexiezorg omvat zorg in verband met ernstige enkelvoudige dyslexie aan kinderen die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg aanvangt op 7-, 8-, 9-, 10-, 11- of 12-jarige leeftijd of die wordt voortgezet bij die kinderen voor wie de zorg is aangevangen op 7-, 8-, 9-, 10 of 11-jarige leeftijd. Dyslexie is een specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.
- Zorgverlening:** diagnosticering en behandeling door een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie waar gewerkt wordt op basis van multidisciplinaire samenwerking onder eindverantwoordelijkheid van een gezondheidszorg-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die op grond van de voor hun beroep geldende en geëxpliceerde standaarden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici in de zorg. Bij deze multidisciplinaire samenwerking dienen de Richtlijnen multidisciplinaire samenwerking Diagnostiek en behandeling ernstige dyslexie, zoals opgesteld door de beroepsverenigingen NIP, NVO, LBRT en NVLF, te worden gevolgd.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten tot maximaal 60% van het gemiddelde door Agis gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.
- Verwijzing:** aanmelding voor de zorg geschiedt door de school waar het kind basisonderwijs volgt en alleen indien het Protocol Leesproblemen en dyslexie door de school is gevolgd en:
- 1 het vermoeden bestaat dat er sprake is van ernstige dyslexie, zonder dat er sprake is van andere lees- en spellingsproblemen waarvoor een behandeltraject via GGZ of gemeente bestaat;
 - 2 om voor vergoeding van de behandelingen in aanmerking te komen dient er in het diagnostisch onderzoek ernstige dyslexie, niet deel uitmakende van complexe problematiek, te worden vastgesteld conform criteria van het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling. De behandeling dient volgens dit protocol te geschieden. Dit protocol is te vinden op www.takecarenow.nl/polisvoorwaarden.

5 Ketenzorg

a Ketenzorg voor Diabetes Mellitus type 2 voor verzekerden vanaf 18 jaar

Omschrijving: zorgprogramma voor van diabetes type 2 door een team van zorgverleners waarbij de patiënt zorginhoudelijk één aanspreekpunt krijgt. De zorg bestaat uit: het opstellen van een individueel zorgplan; behandeling en begeleiding inclusief risicofactoren hart & vaatziekte; voorlichting en advies met een medisch doel op het gebied van leefstijl (voeding en bewegen); voorlichting en advies met een medisch doel op het gebied van zelfzorg; oogscreening; voetonderzoek, en behandeling bij een matig verhoogd of hoog risico op ulcera; instellen en controle op insulinegebruik. De zorgonderdelen, voor zover vallend binnen de basisverzekering, die deel uitmaken van deze prestatie dienen te voldoen aan de zorgstandaard Diabetes Mellitus.

Zorgverlening: zorggroep.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

- Bijzonderheden:**
- wanneer geen gebruik gemaakt wordt van ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 dan geldt de vergoeding zoals die beschreven is bij huisartsenzorg (art 1), medisch specialistische zorg (art 2 a en b) en voetonderzoek en behandeling (art. 14h);
 - behandeling door een medisch specialist, zorg tijdens avond-, nacht-, en weekenddiensten, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg valt buiten de ketenzorg, de zorg valt wel onder de dekking uit de basisverzekering maar is elders in de polis geregeld;
 - voetonderzoek en behandeling omvatten de zorg zoals vastgelegd in de zorgprofielen van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en Provoet en voor zover deze valt binnen de basisverzekering;
 - voetonderzoek en behandeling kan worden uitgevoerd door een podotherapeut of een pedicure met registratie DV, medisch pedicure, pedicure in de zorg of (pedicure) chiropedist;
 - op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener het type diabetes (I of II) en de Simm's classificatie te vermelden;
 - voorlichting en advies over voeding door diëtisten is gemaximeerd tot 4 behandeluren per kalenderjaar.

- Uitsluitingen:**
- begeleiding bij bewegen door een fysiotherapeut of oefentherapeut en/of deelname aan een beweegprogramma;
 - voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen, het adequaat knippen van teennagels en eventuele hulpmiddelen;
 - hulpmiddelen voor voetbehandeling zoals orthesen en therapiezolen, tenzij deze kunnen worden aangemerkt als een hulpmiddel conform artikel 10 van deze polis.

b Ketenzorg Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

Omschrijving: behandeling van COPD, waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. De zorgonderdelen voor zover vallend binnen de basisverzekering die deel uitmaken van deze prestatie dienen te voldoen aan de zorgstandaard COPD.

Zorgverlening: zorggroep.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

- Bijzonderheden:**
- behandeling door een medisch specialist, zorg tijdens avond-, nacht-, en weekenddiensten, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg valt buiten de ketenzorg, de zorg valt wel onder de dekking uit de basisverzekering maar is elders in de polis geregeld;
 - voorlichting en advies over voeding door diëtisten is gemaximeerd tot 3 behandeluren per kalenderjaar.



Je kunt via onze Klantenservice 033 330 40 70 navragen met welke zorgverleners Agis contracten heeft gesloten voor ketenzorg.

6 Stoppen-met-rokenprogramma

Omschrijving: het stoppen-met-rokenprogramma omvat geneeskundige en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken.

Zorgverlening: huisarts, medisch specialisten of klinisch psychologen.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: het volgen van één programma per kalenderjaar;
- niet-gecontracteerde zorg: het volgen van één programma per kalenderjaar, vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist of verloskundige.

Bijzonderheden:

- farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortipylone, bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning;
- de hiervoor door Agis gecontracteerde zorgverleners zijn te vinden op www.takecarenow.nl.

7 Second Opinion

Omschrijving: een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door de behandelaar gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke behandelaar die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde behandelaar. Het oordeel of advies kan zowel door de verzekerde als door de behandelaar worden gevraagd.

Zorgverlening: medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

Prestatie:

- voor de TakeCareNow! Internetbasispolis gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden met inachtneming van het gestelde in de omschrijving van de betreffende prestatie waarvoor de second opinion is aangevraagd.

Verwijzing: door de behandelaar. Dit kan een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut zijn.

Bijzonderheden:

- de second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg, zoals is besproken met de eerste behandelaar;
- met de second opinion dient u terug te keren naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling;
- je moet een kopie van het medisch dossier van de eerste behandelaar kunnen overleggen tijdens de second opinion bij de tweede behandelaar;
- de kosten worden alleen vergoed wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze basisverzekering valt.

8 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a In Vitro Fertilisatie

Omschrijving: voor de vrouwelijke verzekerde, die de leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt, het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's volgens de In Vitro Fertilisatie methode (IVF of ICSI), inhoudende de fasen:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen);
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- de implantatie van 1 of 2 in de fase, bedoeld onder 3e bullit, ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan. Daarbij geldt dat bij de 1e en 2e poging, slechts 1 embryo mag worden teruggeplaatst, als de verzekerde de leeftijd van 38 jaar nog niet heeft bereikt.

Zorgverlening: door een IVF-centrum met een WBMV-vergunning voor IVF.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: per te realiseren zwangerschap aanspraak op zorg voor 1e, 2e en 3e IVF-poging.
- niet-gecontracteerde zorg: per te realiseren zwangerschap vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden voor de 1e, 2e en 3e IVF-poging.

Verwijzing: gynaecoloog.

Bijzonderheden:

- hormonale behandeling vormt géén poging, een poging telt pas als een poging indien er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden;
- indien er tijdens de IVF-poging meerdere bruikbare embryo's ontstaan, en een deel daarvan wordt ingevroren, kunnen deze in een later stadium worden teruggeplaatst. Deze terugplaatsingen gelden dan als onderdeel van de 1e, 2e of 3e IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan;
- onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van tenminste 10 weken na het moment van de follikelpunctie of bij de implantatie van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's een doorgaande zwangerschap van ten minste 9 weken en 3 dagen te rekenen vanaf de implantatie of een spontaan ontstane doorgaande zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie;
- aanspraak op een IVF-poging bestaat slechts indien:
 - voor de behandeling een medische indicatie geldt, dat wil zeggen infertiliteit en;
 - het niet een experimentele behandeling (indicatie of techniek) betreft;
- voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt vergoeding volgens artikel 9 Farmaceutische zorg.

b Verloskundige zorg

Omschrijving: zorg aan vrouw en kind voor, tijdens en na de bevalling (prenatale, natale en postnatale zorg) zoals verloskundigen die plegen te bieden.

Zorgverlening: verloskundige of verloskundig actieve huisarts.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: voor behandeling door de gynaecoloog is een verwijzing nodig door de verloskundige of de huisarts.

Bijzonderheden:

- prenatale screening (waaronder counseling, combinatietest (serumbepaling en nekplooiemeting) en structureel echoscopisch onderzoek worden vergoed;
- structureel echoscopisch onderzoek en combinatietest mogen worden uitgevoerd door een zorgverlener die in het bezit moet zijn van een WBO-vergunning (Wet op het BevolkingsOnderzoek) of een samenwerkingsverband moet hebben met een regionaal centrum met een WBO-vergunning;
- bij screening op het syndroom van Down wordt de combinatietest (serumbepaling en nekplooiemeting) vergoed als de zwangere 36 jaar of ouder is of jonger dan 36 jaar en sprake is van een medische indicatie.

Uitsluitingen: preconceptiezorg (kinderwensconsult), pretecho's, video's, cd-roms en andere echo's zonder medische indicatie.



Kijk voor een vergoeding van preconceptiezorg (kinderwensconsult) in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen.

c (Niet-)klinische bevalling en kraambed medisch noodzakelijk

Omschrijving: bevalling om medische redenen in een ziekenhuis inclusief de verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling, zowel niet-klinisch (verblijf korter dan 24 uur in het ziekenhuis) als klinisch.

Zorgverlening: ziekenhuis, de zorg wordt verder verleend door verloskundige, gynaecoloog of verloskundig actieve huisarts.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: huisarts of verloskundige.

Bijzonderheden:

- de verzekerde heeft ook recht op verblijf bij de opgenomen moeder van een gezonde zuigeling niet ouder dan 3 maanden wegens borstvoeding, zolang TakeCareNow! voor de moeder vergoeding van de opname is verschuldigd;
- indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling verstreken is, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Zie hiervoor kraamzorg artikel 8e.

d (Niet-)klinische bevalling en kraambed niet medisch noodzakelijk

Omschrijving: bevalling op verzoek van de verzekerde in het ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische noodzaak inclusief de verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling, zowel niet-klinisch (verblijf korter dan 24 uur in het ziekenhuis) als klinisch (in het geval er bij poliklinische bevalling een medische indicatie ontstaat).

Zorgverlening: ziekenhuis of geboortecentrum, de zorg wordt verder verleend door verloskundige of verloskundig actieve huisarts.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op verloskundige zorg door verloskundige of verloskundig actieve huisarts in een ziekenhuis. Voor moeder en kind is er bij een bevalling zonder een medische indicatie per opnamedag een eigen bijdrage verschuldigd van € 33,- (€ 16,50 voor moeder en € 16,50 voor kind), deze bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 233,- (€ 116,50 voor moeder en € 116,50 voor kind) per dag te boven gaat;
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden van verloskundige zorg door de verloskundige of verloskundig actieve huisarts in ziekenhuis. Voor moeder en kind is per opnamedag een eigen bijdrage verschuldigd van € 33,- (€ 16,50 voor moeder en € 16,50 voor kind), deze bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 233,- (€ 116,50 voor moeder en € 116,50 voor kind) per dag te boven gaat.

Bijzonderheden: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van 10 dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling verstreken is bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Zie hiervoor kraamzorg artikel 8e.



Zorg zoals gediplomeerd kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Informatie over het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg kun je vinden op www.takecarenow.nl.

e Kraamzorg

Omschrijving: zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

Zorgverlening: kraamverzorgende, al dan niet verbonden aan een bij wet erkende instelling.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op kraamzorg (de inschrijving, intake, bevallingsassistentie) conform Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Per kraamzorguur is een wettelijke eigen bijdrage van € 4,10 verschuldigd.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten van kraamzorg (de inschrijving, intake, bevallingsassistentie) conform Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden. Per kraamzorguur is een wettelijke eigen bijdrage van € 4,10 verschuldigd.

- Bijzonderheden:**
- het aantal uren kraamzorg dat je ontvangt, wordt, in overleg met jou, vastgesteld door de kraamverzorgende op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg;
 - kraamzorg dient 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangemeld via www.takecarenow.nl;
 - bij opname in het ziekenhuis: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van 10 dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling vestreken is, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De dag van ontslag wordt hierbij niet als opname dag gerekend.



Kraamzorg

Om voor kraamzorg in aanmerking te komen dien je uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevalling je aan te melden via www.takecarenow.nl. TakeCareNow! helpt je graag om je 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.

9 Farmaceutische zorg

- Omschrijving:** farmaceutische zorg omvat (deel)prestatie farmacie, waaronder de terhandstelling van:
- alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien terhandstelling geschiedt door een apothekhoudende die met de zorgverzekeraar een IDEA-contract heeft gesloten;
 - in andere gevallen: de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1e artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet, door of in opdracht van een apothekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - 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 of;
 - artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in 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 1 op de 150.000 inwoners.
 - polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Voor een aantal (deel)prestaties geldt dat aanvullende eisen worden gesteld ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening en/of de randvoorwaarden waaronder de farmaceutische zorg gedeclareerd mag worden. In dat geval worden deze (deel)prestaties uitsluitend vergoed indien aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Achmea Reglement Farmacie staat voor welke (deel)prestaties deze bepaling geldt.

- Zorgverlening:** apothekhoudenden: Nationale apotheek, tenzij sprake is van spoedeisende zorg. Zie artikel 72.b van de Algemene Voorwaarden. Voor dieetpreparaten ook een andere medisch gespecialiseerde leverancier.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg van (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten op grond van de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving zoals het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem, met inachtneming van de eigen bijdrage en behoudens de voorwaarden opgenomen in het Achmea Reglement Farmacie.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten van (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden met inachtneming van de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving zoals het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem en het bepaalde in het Achmea Reglement Farmacie.
- Voorschrift:** huisarts, tandarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of daartoe bevoegd verpleegkundige, met inachtneming van de van toepassing zijnde wet- en regelgeving en het nader bepaalde in het Achmea Reglement Farmacie.
- Machtiging:** ja, uitsluitend voor dieetpreparaten en een aantal geneesmiddelen overeenkomstig het Achmea Reglement Farmacie, voorafgaand aan de levering.
- Bijzonderheden:** bij medische noodzaak geldt het volgende: bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen hebt u uitsluitend recht op vergoeding van een niet door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel wanneer de behandeling met het door Agis aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. De voorschrijver dient dit op het recept aan te geven.
- Uitsluitingen:** de volgende middelen en (deel)prestaties farmacie komen niet voor vergoeding in aanmerking:
- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen (middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn). Voor meer informatie zie www.medicijnkosten.nl;
 - antroposofische en homeopathische middelen;
 - geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen (voor een beschrijving per (deel)prestatie farmacie, zie het Achmea Reglement Farmacie).



De door Agis overeengekomen tarieven (zoals bedoeld in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden) die de apothekhoudende in rekening mag brengen voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten vind je op www.takecarenow.nl/zorgverzekering. Daar vind je ook het Achmea Reglement Farmacie en de bijlagen, waarin de door Agis aangewezen geregistreerde geneesmiddelen zijn opgenomen. Je kunt het Achmea Reglement Farmacie tevens raadplegen via www.takecarenow.nl/zorgverzekering of opvragen bij onze Klantenservice, telefoon 033 330 40 70.

10 Hulpmiddelen

- Omschrijving:** functionerende hulpmiddelen, tevens indien nodig correctie, vervanging en/of reparatie van hulpmiddelen, en verbandmiddelen en een eventueel reservehulpmiddel opgenomen in de Regeling zorgverzekering danwel het Achmea Reglement Hulpmiddelen. TakeCareNow! verstrekt een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het Achmea Reglement Hulpmiddelen is aangegeven welke hulpmiddelen TakeCareNow! in bruikleen verstrekt.
- Zorgverlening:**
- diabetes testhulpmiddelen: internetleveranciers opgenomen in bijlage overzicht zorgverleners;
 - inrichtingselementen van woningen voor kinderen tot 18 jaar: leverancier opgenomen in bijlage overzicht zorgverleners;
 - overige hulpmiddelen: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in de Regeling zorgverzekering danwel het Achmea Reglement Hulpmiddelen;
 - voor hulpmiddelen die TakeCareNow! in bruikleen verstrekt dient de verzekerde zich te wenden tot een door Agis gecontracteerde zorgverlener.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg na aftrek van een eventuele wettelijke eigen bijdrage. Zie Achmea Reglement Hulpmiddelen.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden danwel het Achmea Reglement Hulpmiddelen. Indien de verzekerde een hulpmiddel dat TakeCareNow! heeft aangewezen als bruikleenhulpmiddel desondanks in eigendom wenst aan te schaffen of te huren van een niet-gecontracteerde zorgverlener kan een vergoeding van kosten worden verleend volgens het Achmea Reglement Hulpmiddelen. Voor een aantal hulpmiddelen is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd. Zie het Achmea Reglement Hulpmiddelen.
- Voorschrift:** zoals bepaald in het Achmea Reglement Hulpmiddelen.
- Machtiging:** zoals bepaald in het Achmea Reglement Hulpmiddelen.
- Bijzonderheden:**
- het Achmea Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen op onze internetsite www.takecarenow.nl/zorgverzekering en wordt je desgevraagd toegezonden;
 - de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering danwel het Achmea Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

11 Revalidatie

a Medisch specialistische revalidatie

- Omschrijving:** onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.
- Zorgverlening:** multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verbonden aan een, conform de bij wet gestelde regels, toegelaten instelling voor revalidatie.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.
- Verwijzing:** medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of huisarts.
- Bijzonderheden:**
- de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen/bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
 - de verzekerde dient met die zorg in staat te zijn een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;
 - revalidatie kan plaatsvinden in een klinische situatie – gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname – of in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

b Geriatrische revalidatie

Omschrijving: integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Zorgverlening: specialist ouderengeneeskunde.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten of huisarts.

Bijzonderheden:

- de geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg als:
 - a de zorg aansluit op verblijf in een ziekenhuis (als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering) in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf in een verpleeghuis (als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ) gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en
 - b de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering;
- De duur van de geriatrische revalidatie, bedraagt maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kan Agis een langere periode toestaan.

12 Ziekenvervoer

a Helikoptervervoer en ambulancevervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer van zieken en ongevalsloffers en hun begeleider(s) in Nederland met ambulanceauto of helikopter. De aanspraak bestaat uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi, rolstoelbus of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer. Indien TakeCareNow! de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van ten hoogste 200 kilometer niet. De aanspraak omvat:

- vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen;
- het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- vervoer van eerder genoemde zorgverleners naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

Zorgverlening: ambulancevervoerder met een vergunning voor ambulancevervoer of Stichting Nationaal Helikopter-vervoer.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing:

- 1 helikoptervervoer via meldkamer ambulancevervoer of op verwijzing van het centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg;
- 2 ambulancevervoer via meldkamer ambulancevervoer.

Uitsluitingen:

- ambulancevervoer in verband met repatriëring uit het buitenland valt niet onder deze verstrekking;
- tot de aanspraak behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

b Zittend ziekenvervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel 12a (helikoptervervoer en ambulancevervoer), per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per eigen auto of per door Agis tot dat doel gecontracteerde (meerpersoons) taxi- of rolstoelbusvervoerder, over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer, indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

TakeCareNow! kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Indien TakeCareNow! de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van ten hoogste 200 kilometer niet.

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts. Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, (meerpersoons) taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan TakeCareNow! vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is danwel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan TakeCareNow! vooraf worden gevraagd vervoer van 2 begeleiders toe te staan.

Prestatie: voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, (eigen) auto, (meerpersoons) taxi of rolstoelbus) geldt een eigen bijdrage van € 96,- per verzekerde per kalenderjaar.

- gecontracteerde zorg: aanspraak op (meerpersoons) taxi/rolstoelbusvervoer.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden:
 - openbaar vervoer: vergoeding van de gemaakte kosten;
 - eigen vervoer: vergoeding van de kosten € 0,31 per km;
 - (meerpersoons) taxi/rolstoelbusvervoer: vergoeding van de kosten € 0,70 per km.

Machtiging: ja, vooraf aanvragen via de vervoerslijn telefoonnummer 071 365 41 54.

- Bijzonderheden:**
- a kosten van openbaar vervoer en (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortst gebruikelijke route. Voor vervoer per (eigen) auto wordt de kilometerafstand vastgesteld aan de hand van de postcodes van het vertrekadres naar de bestemming met behulp van een landelijk gebruikte routeplanner;
 - b een bijdrage is niet verschuldigd:
 - voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
 - voor vervoer van een instelling als bedoeld in de vorige bullit naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
 - voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.



Voor het declareren van openbaar vervoer en vervoer per (eigen) auto heeft TakeCareNow! een declaratieformulier Zittend ziekenvervoer beschikbaar. Je kunt dit formulier downloaden vanaf Internet op www.takecarenow.nl of opvragen via onze Klantenservice 033 330 40 70.

13 Mondzorg

a Implantaten

Omschrijving: aanspraak bestaat op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand- kaakmondstelsel heeft dat hij zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er dient sprake te zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts of kaakchirurg.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - voor zorg van kaakchirurgen alleen aanspraak op zorg bij een voor de TakeCareNow! Internetbasispolis gecontracteerde kaakchirurg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Voor techniek en materiaal gelden maximale bedragen. De maximale techniek- en materiaalkosten kunt u raadplegen op www.takecarenow.nl/polisvoorwaarden.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling door de behandelend zorgverlener tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet voorzien zijn van een behandelplan en begroting.

- Bijzonderheden:**
- voor behandeling in een centrum voor bijzondere tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts;
 - het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is inbegrepen, indien deze dient ter bevestiging van een uitneembare volledige prothese;
 - bij het verlenen van de machtiging wordt ook meegenomen of de aanvragende tandarts beschikt over voldoende expertise;
 - er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 13d.



Maximale techniek- en materiaalkosten

Een aantal voorzieningen wordt gemaakt in een tandtechnisch laboratorium, bijvoorbeeld een kroon of een kunstgebit. Hiervoor worden techniekkosten in rekening gebracht. Bij sommige behandelingen, zoals het plaatsen van implantaten, mogen de materiaalkosten apart doorberekend worden. De rekening van de tandarts bestaat dan uit een honorariumdeel en daarnaast techniek- en materiaalkosten. Het honorarium wordt gedeclareerd met UPT-codes, hiervoor gelden vaste tarieven. De techniek- en materiaalkosten verschillen per tandarts. Agis vergoedt voor implantaten en protheses tot het marktconforme bedrag om de zorg op de lange duur betaalbaar te houden. Een overzicht van de marktconforme techniek- en materiaalkosten kunt u vinden op www.takecarenow.nl. Ook kunt u deze bedragen bij ons opvragen. Tevens bestaat aanspraak op reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten.

b Uitneembare volledige prothese op implantaten

Omschrijving: aanspraak bestaat op een uitneembare volledige prothese op implantaten indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat hij zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er moet sprake zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Tevens bestaat aanspraak op reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten.

Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts of tandprotheticus.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - voor zorg van kaakchirurgen alleen aanspraak op zorg bij een voor de TakeCareNow! Internetbasispolis gecontracteerde kaakchirurg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Voor techniek en materiaal gelden maximale bedragen. De maximale techniek- en materiaalkosten kunt u raadplegen op www.takecarenow.nl/polisvoorwaarden.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling door de behandelend zorgverlener tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet voorzien zijn van een behandelplan en begroting.

- Bijzonderheden:**
- er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per kaak;
 - bij het verlenen van de machtiging wordt ook meegenomen of de aanvragende tandprotheticus beschikt over voldoende expertise voor het maken van protheses op implantaten en of de tandprotheticus een samenwerkingsverband heeft met een tandarts(-specialist);
 - voor de behandeling is medediagnostiek of medebehandeling door andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk;
 - voor behandeling in een centrum voor bijzondere tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.

c Orthodontie in bijzondere gevallen

Omschrijving: aanspraak bestaat op de vergoeding van de orthodontische behandeling 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.

Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheelkunde of orthodontist.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling door de behandelend zorgverlener tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet voorzien zijn van een behandelplan en begroting.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Voor techniek en materiaal gelden maximale bedragen. De maximale techniek- en materiaalkosten kunt u raadplegen op www.takecarenow.nl/polisvoorwaarden.

- Bijzonderheden:**
- voor behandeling door een kaakchirurg of in een centrum voor bijzondere tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts;
 - het verlies of de beschadiging van je bestaande orthodontische voorzieningen mag niet door je eigen schuld of nalatigheid zijn ontstaan. In dat geval vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

d Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen (niet vallend onder a,b of c)

Omschrijving: tandheelkundige zorg die noodzakelijk is als:

- 1 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 zou hebben voorgedaan;
- 2 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;
- 3 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.

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

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
- voor zorg van kaakchirurgen alleen aanspraak op zorg bij een voor de TakeCareNow! Internetbasispolis gecontracteerde kaakchirurg.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling door de behandelend zorgverlener tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet voorzien zijn van een behandelplan en begroting.

Bijzonderheden:

- de verzekerde van 18 jaar en ouder die zijn aanspraken in dit artikel tot gelding brengt, is een eigen bijdrage verschuldigd voor zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie tot bijzondere tandheelkunde. De eigen bijdrage is ter grootte van het bedrag dat in rekening mag worden gebracht indien deze behandelingen niet plaats zouden vinden in het kader van de bijzondere tandheelkunde;
- behandeling in het kader van extreme angst worden alleen vergoed indien de verzekerde volgens de richtlijnen van een centrum voor bijzondere tandheelkunde een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen. Angstbehandelingen dienen in principe uitgevoerd te worden door een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Tandartsen die deze behandelingen uit willen voeren worden bij de aanvraag van de machtiging tevens beoordeeld of ze beschikken over voldoende expertise;
- het is de mondhygiënist toegestaan bijzondere tandheelkundige zorg uit te voeren bij verzekerden omschreven in sub 2;
- voor een volledige prothetische voorziening in het kader van de bijzondere tandheelkundige zorg geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per kaak;
- voor behandeling in een centrum voor bijzondere tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts;
- er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 13a.



Veel zorg aan het gebit bij jongeren tot 18 jaar, met uitzondering van orthodontie, wordt gedekt door deze verzekering. TakeCareNow! adviseert je om je gebit regelmatig te laten controleren.

e Mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 18 jaar in andere gevallen dan in onderdeel a t/m d van artikel 13:

- 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 maximaal tweemaal per jaar een fluorideapplicatie, vanaf het moment van doorbreken van de blijvende gebitselementen, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;

- 5 sealing;
- 6 parodontale zorg;
- 7 anesthesie (plaatselijke verdoving);
- 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, danwel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- 13 chirurgische tandheelkundige zorg (al dan niet gepaard gaand met opname);
- 14 röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

Zorgverlening: tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of mondhygiënist.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - voor zorg van kaakchirurgen alleen aanspraak op zorg bij een voor de TakeCareNow! Internetbasispolis gecontracteerde kaakchirurg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: ja, indien de zorgverlening plaatsvindt door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van de tandarts of de huisarts.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandelingen omschreven in sub 4 en 12. Voor sub 4 dient toestemming aangevraagd te worden als er meer dan 2 fluoride applicaties per kalenderjaar noodzakelijk zijn. Bij sub 12 voor zover die bestaat uit tandvervangende zorg met implantaten door de behandelend zorgverlener, tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet worden voorzien van een behandelplan en begroting.

- Bijzonderheden:**
- de tandprotheticus is bevoegd tot het uitvoeren van de behandelingen omschreven in sub 11;
 - de mondhygiënist is bevoegd tot het uitvoeren van de behandelingen omschreven in sub 1 t/m 7, 9 en 14. Indien de behandeling omschreven in sub 7, 9 en 14 wordt uitgevoerd door een mondhygiënist, dan kan dit alleen plaatsvinden in opdracht van een tandarts;
 - de verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag;
 - het plaatsen van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als de verzekerde toestemming heeft voor orthodontie in bijzondere gevallen (artikel 13c).

f Uitneembare volledige prothesen (kunstgebit)

Omschrijving: voor verzekerden van 18 jaar en ouder uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak, in andere gevallen dan in onderdeel b en d van artikel 13. Het gaat om een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen en het repareren en rebasen daarvan.

Zorgverlening: tandprotheticus, tandarts of centrum voor bijzondere tandheelkunde.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op de voorziening met uitzondering van een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een volledige immediaatprothese, van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.
 - voor zorg van kaakchirurgen alleen aanspraak op zorg bij een voor de TakeCareNow! Internetbasispolis gecontracteerde kaakchirurg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden, met inachtneming van de wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een volledige immediaatprothese, van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Voor techniek en materiaal gelden maximale bedragen. De maximale techniek- en materiaalkosten kan je raadplegen op www.takecarenow.nl/polisvoorwaarden.

Machtiging: ja, indien de prothese die vervangen wordt jonger is dan 5 jaar of bij een immediaatprothese jonger is dan een half jaar. Daarnaast is ook een machtiging nodig bij een gecombineerde boven- en onderprothese als de totale kosten die betrekking hebben op een gecombineerde boven- en onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 1.230,- (inclusief de maximale techniekkosten), bij een volledige bovenprothese als de totale kosten die betrekking hebben op een volledige bovenprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 575,- (inclusief de maximale techniekkosten) en bij een volledige onderprothese als de totale kosten die betrekking hebben op een volledige onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 600,- (inclusief de maximale techniekkosten).

Bijzonderheden:

- de tandarts en de tandprotheticus moeten bij de aanvraag de prestatiecodes en de hoogte van de techniekkosten aangeven.

g Kaakchirurgische zorg (met uitzondering van parodontale zorg en implantologie)

Omschrijving: mondzorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan in onderdeel a t/m d van artikel 13: chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek al dan niet gepaard gaand met verblijf in een ziekenhuis met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten en ongecompliceerde extracties.

Zorgverlening: kaakchirurg.

Prestatie:

- voor de TakeCareNow! Internetbasispolis gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: tandarts, tandarts-specialist of huisarts.

Machtiging:

- als de behandeling wordt uitgevoerd in een ziekenhuis moet Agis de verzekerde vooraf toestemming hebben gegeven voor:
 - osteotomie behalve als dit onderdeel is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling waarbij de verzekerde toestemming heeft voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 13c);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - plastische chirurgie.
- extracties onder narcose mogen alleen op zwaarwegende medische gronden;
- als de behandeling wordt uitgevoerd in een ZBC Kaakchirurgie moet TakeCareNow! de verzekerde vooraf toestemming hebben gegeven voor behandelingen onder narcose, kinplastiek als zelfstandige verrichting en plastische chirurgie.

Bijzonderheden:

- de verzekerde heeft alleen aanspraak op ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging als de bijbehorende implantaten uit de basisverzekering worden vergoed;
- het plaatsen van botankers t.b.v. een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als de verzekerde toestemming heeft voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 13c);
- de aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

14 Paramedische zorg

a Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie.

Zorgverlening: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, huidtherapeut (uitsluitend oedeemtherapie) of oedeemtherapeut.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: niet-chronische aandoening: aanspraak op zorg voor maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen; chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: aanspraak op zorg voor alle medisch noodzakelijke behandelingen (vanaf de 1e behandeling en voorzover de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven termijn niet is overschreden).
 - niet-gecontracteerde zorg: niet-chronische aandoening: vergoeding van maximaal € 14,50 per behandeling conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden voor maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen; chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: vergoeding van kosten maximaal € 14,50 per behandeling conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden voor de medisch noodzakelijke behandelingen (vanaf de 1e behandeling en voorzover de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven termijn niet is overschreden).
- Verwijzing:** de verzekerde heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring heeft Agis nodig om vast te kunnen stellen of er recht is op vergoeding van de kosten van fysiotherapie vanuit de basisverzekering.
- Bijzonderheden:**
- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kun je raadplegen op www.takecarenow.nl/zorgverzekering;
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden;
 - behandeling op school is enkel toegestaan indien er afspraken zijn gemaakt met de zorgverlener.
- Uitsluitingen:**
- toeslag buiten reguliere werktijden, niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten op verzoek van derden;
 - door de fysiotherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.



Voordelen van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut: kwalitatief goede zorg, je behandeling wordt voor 100% vergoed en de administratie wordt afgehandeld tussen TakeCareNow! en de fysiotherapeut. Informatie over gecontracteerde fysiotherapeuten kun je verkrijgen via de telefoon 033 330 40 70 of kun je bekijken op www.takecarenow.nl/zorgverzekering.

b Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar (chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering)

- Omschrijving:** medisch noodzakelijke fysiotherapie
- Zorgverlening:** fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, huidtherapeut (uitsluitend oedeemtherapie), oedeemtherapeut of geriatrie fysiotherapeut.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: aanspraak op zorg voor alle medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 21e behandeling, vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.
 - niet-gecontracteerde zorg: chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: vergoeding van maximaal € 14,50 per behandeling conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden voor de medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 21e behandeling (voor zover de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven termijn niet is overschreden).
- Verwijzing:** de verzekerde heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring heeft Agis nodig om vast te kunnen stellen of er recht is op vergoeding van de kosten van fysiotherapie vanuit de basisverzekering.

- Bijzonderheden:**
- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kun je raadplegen op www.takecarenow.nl;
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

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

c Bekkenfysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar

Omschrijving: éénmaal per indicatie bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Zorgverlening: bekkenfysiotherapeut.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg voor maximaal 9 behandelingen.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van maximaal € 14,50 per behandeling conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden voor maximaal 9 behandelingen.

Verwijzing: de verzekerde heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring heeft Agis nodig om vast te kunnen stellen of er recht is op vergoeding van de kosten van fysiotherapie vanuit de basisverzekering.

- Bijzonderheden:**
- het moet gaan om de eerste 9 behandelingen voor de klacht die verband houdt met urine-incontinentie;
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.

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

d Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: niet-chronische aandoening: aanspraak op zorg voor maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen; chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: aanspraak op zorg voor alle medisch noodzakelijke behandelingen (vanaf de 1e behandeling en voorzover de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven termijn niet is overschreden).
 - niet-gecontracteerde zorg: niet-chronische aandoening: vergoeding van maximaal € 14,50 per behandeling conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden voor maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen; chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: vergoeding van maximaal € 14,50 per behandeling conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden voor de medisch noodzakelijke behandelingen (vanaf de 1e behandeling en voor zover de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven termijn niet is overschreden).

Verwijzing: de verzekerde heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring heeft Agis nodig om vast te kunnen stellen of er recht is op vergoeding van de kosten van oefentherapie vanuit de basisverzekering.

- Bijzonderheden:**
- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kun je raadplegen op www.takecarenow.nl/zorgverzekering;
 - onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden;
 - behandeling op school is enkel toegestaan indien hierover afspraken zijn gemaakt met de zorgverlener.

e Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar (chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering)

Omschrijving: medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: aanspraak op zorg voor alle medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 21e behandeling (voor zover de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven termijn niet is overschreden).
 - niet-gecontracteerde zorg: chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: vergoeding van maximaal € 14,50 per behandeling conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden voor de medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 21e behandeling (voor zover de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven termijn niet is overschreden).

Verwijzing: de verzekerde heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring heeft Agis nodig om vast te kunnen stellen of er recht is op vergoeding van de kosten van oefentherapie vanuit de basisverzekering.

- Bijzonderheden:**
- onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

f Logopedie

Omschrijving: onderzoek van en behandeling op het gebied van het gehoor, stem, slikken, spraak of taal, zowel individuele als groepsbehandeling, en strekt tot een geneeskundig doel.

Zorgverlening: logopedist.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van maximaal € 14,50 per behandeling conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

- Verwijzing:**
- directe toegang tot de logopedist (DTL): Agis heeft met gecontracteerde logopedisten afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze logopedisten heeft Agis afgesproken dat zij de verzekerde kunnen behandelen zonder verwijzing. Als de verzekerde in verband met klacht(en) niet voor behandeling naar de praktijk kan komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTL kan dus nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door Agis gecontracteerde logopedisten zijn te vinden op www.takecarenow.nl/zorggids;
 - als de logopedist niet is gecontracteerd heeft de verzekerde een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring heeft Agis nodig om vast te kunnen stellen of er recht is op vergoeding van logopedie vanuit de basisverzekering.

Bijzonderheden: behandeling op school is enkel toegestaan indien hierover afspraken zijn gemaakt met de zorgverlener.

- Uitsluitingen:**
- behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid;
 - kosten verband houdend met overleg met derden, verslaglegging aan derden en niet-nagekomen afspraak.

g Ergotherapie

Omschrijving: advisering, instructie, training of behandeling met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Zorgverlening: ergotherapeut.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg voor maximaal 10 uur per verzekerde per kalenderjaar.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van maximaal € 7,50 per kwartier conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden voor maximaal 10 uur per verzekerde per kalenderjaar.

- Verwijzing:**
- directe toegang tot de ergotherapeut (DTE): Agis heeft met gecontracteerde ergotherapeuten afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze ergotherapeuten heeft Agis afgesproken dat zij de verzekerde kunnen behandelen zonder verwijzing. Als de verzekerde in verband met klacht(en) niet voor behandeling naar de praktijk kan komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTE kan dus nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door Agis gecontracteerde ergotherapeuten zijn te vinden op www.takecarenow.nl/zorggids;
 - als de ergotherapeut niet is gecontracteerd heeft de verzekerde een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring heeft Agis nodig om vast te kunnen stellen of er recht is op vergoeding van ergotherapie vanuit de basisverzekering.
- Bijzonderheden:** behandeling op school is enkel toegestaan indien hierover afspraken zijn gemaakt met de zorgverlener.
- h Voetonderzoek en -behandeling voor verzekerden met Diabetes**
- Omschrijving:** voetonderzoek en behandeling bij een matig verhoogd of hoog risico op ulcera aan verzekerden met diabetes omvatten de zorg zoals vastgelegd in de zorgprofielen van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en Provoet en voor zover deze valt binnen de basisverzekering.
- Zorgverlening:** podotherapeut of een pedicure met registratie Diabetische Voet (DV), medisch pedicure die geregistreerd staat in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert of een pedicure in de zorg of een (pedicure) chiroprapeut die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.
- Verwijzing:** huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige. De verwijzing hoeft slechts eenmaal te worden meegestuurd.
- Bijzonderheden:**
- op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener het type diabetes (I of II) en de Simm's classificatie te vermelden en uit de nota moet blijken dat een pedicure ingeschreven staat in het register van ProCert of het RPV;
 - voetonderzoek en -behandeling aan verzekerden met Diabetes Mellitus type 2 die onder de ketenzorg voor Diabetes Mellitus type 2 vallen zie artikel 5a.
- Uitsluitingen:**
- voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen, het adequaat knippen van teennagels en eventuele hulpmiddelen;
 - hulpmiddelen voor voetbehandeling zoals orthesen en therapiezolen, tenzij deze kunnen worden aangemerkt als een hulpmiddel conform artikel 10 van deze polis;
 - voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure aan verzekerden met diabetes mellitus type 2 die aanspraak hebben op ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 waar de voetbehandeling in is opgenomen (artikel 5a).
- i Dieetadvisering**
- Omschrijving:** voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten.
- Zorgverlening:** diëtist.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg voor maximaal 3 uur per verzekerde per kalenderjaar.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van maximaal € 7,50 per kwartier conform art. 7 van de algemene voorwaarden voor maximaal 3 uur per verzekerde per kalenderjaar.
- Verwijzing:**
- directe toegang tot de diëtist (DTD): Agis heeft met gecontracteerde diëtisten afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze diëtisten heeft Agis afgesproken dat zij de verzekerde kunnen adviseren zonder verwijzing. Als de verzekerde in verband met klacht(en) niet voor advisering naar de praktijk kan komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTD kan dus nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door Agis gecontracteerde diëtisten zijn te vinden op www.takecarenow.nl/zorggids;
 - als de diëtist niet is gecontracteerd heeft de verzekerde een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring heeft Agis nodig om vast te kunnen stellen of er recht is op vergoeding van dieetadvisering vanuit de basisverzekering;
- Uitsluitingen:** kosten verband houdend met overleg met derden, verslaglegging aan derden en niet nagekomen afspraak.

15 Buitenlanddekking

- 1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Eén en ander onverminderd het bepaalde in lid 6.
- 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
 - a aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de toepasselijke EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - b aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar in het woonland is gecontracteerd;
 - c aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.
- 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 niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.
- 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.
- 5 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
- 6 Bij het inroepen van zorg in een ander land dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het inroepen van klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname) als bedoeld in punt 2a en 2b en klinische geestelijke gezondheidszorg (opname) als bedoeld in 3c van de Lijst van aanspraken, voorafgaande toestemming van TakeCareNow! nodig, tenzij er sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.
- 7 Op afhandeling van declaraties uit het buitenland is artikel 9 van de Algemene Voorwaarden onverminderd van toepassing.



Belangrijk

Neem altijd als u naar het buitenland gaat je klantenpas met het telefoonnummer van de Agis Alarmcentrale mee: +31 (0)71 364 17 02.

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
Kroatië	Zweden
Letland	Zwitserland
Liechtenstein	

* inclusief Gibraltar

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

*** inclusief Madeira en de Azoren

**** inclusief Canarische Eilanden, Ceuta en Melilla

***** alleen tijdelijk verblijf

Verdragslanden

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

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



Belangrijke telefoonnummers

TakeCareNow! Klantenservice **033 330 40 70**

Agis Zorgcoach **033 330 40 50**

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

Reisdokter **+31 (0)71 364 17 08**

Heb je vragen?

Je kunt **TakeCareNow!** op 2 manieren bereiken.

Via internet

Veel informatie over onze zorgverzekeringen kun je zelf vinden op onze site:

www.takecarenow.nl.

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

Telefonisch

Onze Klantenservice staat je graag te woord.

Bel **033 330 40 70**