



YouCare.nu
de zorg van nu
Serviced by **ævitæ**

Postbus 2705
6401 DE Heerlen
T 0900 - 369 33 33

Postbus 2296
5600 CG Eindhoven
T 0900 - 369 33 33

www.youcare.nu
info@aevitae.com

Voorwaarden Aanvullende verzekering 2013 YouCare.nu

**Aanvullende Verzekeringen YouCare +, YouCare ++ en YouCare +++
Ingangsdatum 1 januari 2013**

Als risicodrager treedt op Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. en Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
I		III	
		Aanspraken Aanvullende verzekeringen	6
Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen	2	Artikel 1	Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen 6
Artikel 1	Begripsbepalingen 2	Artikel 2	Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder 6
Artikel 2	Aanmelding en inschrijving 2	Artikel 3	Bevalling, verloskundige zorg en kraamzorg. 6
Artikel 3	Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering 2	Artikel 4	Lactatiekundige zorg 7
Artikel 4	Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico 3	Artikel 5	Brillen en contactlenzen 7
Artikel 5	Premie 3	Artikel 6	Buitenland 7
Artikel 6	Wijziging van premie en/of voorwaarden 3	Artikel 7	Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie) 8
Artikel 7	Vergoedingen 3	Artikel 8	Eerstelijnspsychologische zorg 8
Artikel 8	Geldend maken van zorgaanspraken 4	Artikel 9	Farmaceutische Zorg 9
Artikel 9	Materiële controle en fraude 4	Artikel 10	Fysiotherapie en oefentherapie 9
II		Artikel 11	Huidverzorging 9
Care Free Service pakket	5	Artikel 12	Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar 10
Artikel 1	Inleiding 5	Artikel 13	Plaswekker 10
Artikel 2	Service 5	Artikel 14	Therapie / podologie / podoposturale therapie / steunzolen 10
		Artikel 15	Sportmedisch advies 10
		Artikel 16	Sterilisatie 11

I Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 18 die gelden voor het (Select) Zorg Plan zijn, met uitzondering van artikel 2.1 eerste zin, ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Deze voorwaarden sturen wij u op verzoek toe. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Deze zijn hieronder beschreven.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op het (Select) Zorg Plan.

Aevitae

De gevolmachtigde agent aan wie door de zorgverzekeraar een volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake van uitvoering van zorgverzekeringen.

Ongeval

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

Wij/ons

Aevitae, aan wie door Achmea Zorgverzekeringen N.V. volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (wft) is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen en aanvullende verzekeringen.

Zorgverzekeraar

Achmea Zorgverzekeringen N.V, geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000647, namens wie en voor wiens risico Aevitae als gevolmachtigde agent zoals bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) deze verzekering aanbiedt en/of uitvoert.

Artikel 2 Aanmelding en inschrijving

- 2.1** Iedereen, die recht heeft op het (Select) Zorg Plan, kan op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. Een aanvullende verzekering kan nooit, met uitzondering van artikel 3.1.1. met terugwerkende kracht worden aangegaan. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (alleen mogelijk indien de aanvraag gelijktijdig geschiedt met de aanvraag voor het (Select) Zorg Plan).
- 2.2** Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:
- a u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
 - b u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 18 van het (Select) Zorg Plan;
 - c uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
 - d u op het moment van aanmelding al zorg behoeft, dan wel er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang behoort tot de verstrekkingen van de aanvullende verzekering.
- 2.3** Het is voor kinderen jonger dan 18 jaar niet mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de aanvullende verzekering van (één van) de bij ons verzekerde ouders.

Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering

3.1 INGANGSDATUM EN DUUR VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING

3.1.1 U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende (Select) Zorg Plan, tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar, uitbreiden met een aanvullende verzekering. Uitbreiding vindt, met terugwerkende kracht, plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.

3.1.2 U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende aanvullende verzekering, tot 31 januari van het lopende kalenderjaar, wijzigen. De wijziging vindt, met terugwerkende kracht, plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden. In geval van wijziging is er terzake van de termijnen van zorgaanspraken sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen wijziging in het verzekeringspakket heeft plaatsgevonden. De binnen de genoemde termijnen gedane vergoedingen worden echter wel meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding in het kader van het nieuw afgesloten verzekeringspakket.

3.2 EINDE VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING

3.2.1 U (verzekeringnemer) kunt uw aanvullende verzekering beëindigen:

- door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
- door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

- 3.2.2** Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerde(n) die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd:
- op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen de door ons in de tweede schriftelijke aanmaning gestelde betalingstermijn nog niet zijn betaald. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerde(n), die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd;
 - met onmiddellijke ingang:
 - wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering;
 - wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld, of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - bij aangetoonde fraude, zoals omschreven in artikel 18 van het (Select) Zorg Plan.
- 3.2.3** Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd vervallen, naast de collectiviteitskorting, ook de overige voordelen zoals de extra vergoedingen die uit de collectiviteit voortkomen.

Artikel 4 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

Het verplicht en vrijwillig eigen risico is alleen van toepassing op het (Select) Zorg Plan en niet op de aanvullende verzekering.

Artikel 5 Premie

5.1 HOOGTE VAN DE PREMIE

5.1.1 De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Wanneer de premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de overschrijding plaatsvindt.

5.1.2 Als één van de ouders bij ons een basisverzekering en het (Select) Zorg Plan heeft afgesloten, dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar geen premie verschuldigd voor het (Select) Zorg Plan.

5.2 NIET-TIJDIGE BETALING

In aanvulling op artikel 9.3 en 9.4 van het (Select) Zorg Plan geldt dat de aanvullende verzekeringen beëindigd worden, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons. De vergoedingen vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de genoemde betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Wanneer de premieachterstand is voldaan, is het mogelijk dezelfde aanvullende verzekering(en) opnieuw af te sluiten. Hieraan kan een medische beoordeling voorafgaan. Als de aanvraag akkoord is, wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten.

Artikel 6 Wijziging van premie en/of voorwaarden

6.1 Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.

6.2 Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.

6.3 Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit aan ons melden (schriftelijk of per e-mail) binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.

6.4 U mag de wijziging niet weigeren wanneer:

- de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
- uw premie hoger wordt door het overschrijden van een leeftijdsgrens.

Artikel 7 Vergoedingen

7.1 U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van zorg, zoals vermeld op de nota, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

7.2 AANSPRAKEN BIJ VERBLIJF IN HET BUITENLAND

De vergoeding vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen die in de betreffende artikelen van de aanvullende verzekering worden gesteld. Daarbij geldt dat de buitenlandse zorgaanbieder of instelling door de plaatselijke overheid erkend moet zijn en dat deze moet voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.

In het kader van deze bepaling is artikel 19 die geldt voor het (Select) Zorg Plan van overeenkomstige toepassing. Wanneer in deze voorwaarden wordt gesproken over een 100% vergoeding dan betekent dit in het kader van dit artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Dit artikel is tevens niet van toepassing op artikel 6 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering YouCare +, YouCare ++ en YouCare +++. Voor zover de kosten in het buitenland zijn gemaakt worden ze alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekering zouden zijn vergoed.

7.3 SAMENLOOP

7.3.1 U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen.

Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:

- vanuit het (Select) Zorg Plan verstrekte lagere vergoedingen in verband met het gebruik maken van niet gecontracteerde zorg; kosten die met het eigen risico van het (Select) Zorg Plan zijn verrekend, tenzij het verplicht of vrijwillig eigen risico vergoed wordt vanuit de collectieve aanvullende verzekering;
- wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.

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

7.4 De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

7.5 Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:

- het (Select) Zorg Plan;
- de aanvullende tandartsverzekering
- de aanvullende verzekeringen

Artikel 8 Geldend maken van zorgaanspraken

Artikel 13.2 van het (Select) Zorg Plan is niet van toepassing op de aanvullende verzekering.

Artikel 9 Materiële controle en fraude

Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor het (Select) Zorg Plan is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

II Care Free Service pakket

Artikel 1 Inleiding

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

Artikel 2 Service

A Aevitae Alarmcentrale

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

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

U kunt rekenen op de volgende service:

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

Vergoed worden:

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

In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met de Aevitae Alarmcentrale. Zie voor het telefoonnummer de achterkant van uw zorgpas.

B Zorgbemiddeling en zorggarantie

In verband met wachttijden voor sommige behandelingen in de Nederlandse ziekenhuizen kunt u een beroep doen op Zorgbemiddeling.

Een team van gespecialiseerde en gekwalificeerde medewerkers gaat op uw verzoek actief op zoek naar een andere zorginstelling met een kortere wachttijd. Of dat lukt en hoeveel tijd dat scheelt, hangt van de situatie af. Maar in verreweg de meeste gevallen zijn wij er tot nu toe in geslaagd met een sneller alternatief te komen.

Zorggarantie

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

Verzekerde kan zijn verzoek indienen bij de afdeling Zorgbemiddeling.

C Reisarts

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

Vanaf uw vakantieadres kunt u voor gratis advies bij niet-spoedeisende medische hulp bellen naar de Aevitae Reisarts op telefoonnummer +31 (0)20 592 91 33. U krijgt dan een Nederlands sprekende deskundige hulpverlener aan de lijn.

D Inentingsadvies

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

III Aanspraken Aanvullende verzekeringen

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

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

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

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

Voorwaarden

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

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

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

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.
■ YouCare +++	homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.

Artikel 2 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

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

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn opgenomen in het GVS.
- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een door zorgverzekeraar gecontracteerde apotheekhoudende. De door zorgverzekeraar gecontracteerde apotheekhoudenden kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS).

■ YouCare +	maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar
■ YouCare ++	maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar
■ YouCare +++	maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 3 Bevalling, verloskundige zorg en kraamzorg.

3.1 POLIKLINISCHE BEVALLING ZONDER MEDISCHE INDICATIE IN EEN ZIEKENHUIS OF GEBORTECENTRUM

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van het (Select) Zorg Plan in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	geen vergoeding
■ YouCare +++	100% van de wettelijke eigen bijdrage

3.2 EIGEN BIJDRAGE KRAAMZORG

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van het (Select) Zorg Plan in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage kraamzorg (thuis of een in geboortecentrum) per uur.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	geen vergoeding
■ YouCare +++	100% van de wettelijke eigen bijdrage over alle uren kraamzorg

3.3 KRAAMPAKKET

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	geen vergoeding
■ YouCare +++	100%

Artikel 4 Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met borstvoedingsproblemen de kosten van hulp en advies door een lactatiekundige.

Voorwaarde

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL of in dienst zijn van een kraamcentrum.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	geen vergoeding
■ YouCare +++	maximaal €115,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 5 Brillen en contactlenzen

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

Voorwaarde

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

■ YouCare +	maximaal € 100,- per persoon per periode van 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen
■ YouCare ++	maximaal € 100,- per persoon per periode van 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen
■ YouCare +++	maximaal € 100,- per persoon per periode van 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen

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

Naast bovenstaande vergoeding kunnen alle verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Eye Wish, Specsavers en het Collectief van Zelfstandige Opticiens (CvZO) gebruik maken van een kortingsregeling. Informatie over de kortingsregeling kunt u vinden op onze website of bij ons of bij de opticiens opvragen.

Artikel 6 Buitenland

A Spoedeisende zorg

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

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

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

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit het (Select) Zorg Plan zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Aevitae Alarmcentrale.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Tandartsverzekering heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

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

B Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

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

Voorwaarden

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

■ YouCare +	100%
■ YouCare ++	100%
■ YouCare +++	100%

C Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

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

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

Voorwaarden

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

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

■ YouCare +	maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar
■ YouCare ++	100%
■ YouCare +++	100%

Artikel 7 Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van correctie van de oorstand voor kinderen tot de leeftijd van 18 jaar, waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Voorwaarde

De ingreep betreft een behandeling door een medisch specialist.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	geen vergoeding
■ YouCare +++	100%

Artikel 8 Eerstelijnspsychologische zorg

8.1 EIGEN BIJDRAGE EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg vanuit het (Select) Zorg Plan.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	geen vergoeding
■ YouCare +++	maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar

8.2 AANVULLENDE EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG

Wij vergoeden, als aanvulling op de vergoeding op grond van het (Select) Zorg Plan, de kosten van extra zittingen eerstelijnspsychologische zorg.

Voorwaarde

De voorwaarden en uitsluitingen zoals die van toepassing zijn voor het vergoeden van eerstelijnspsychologische zorg uit het (Select) Zorg Plan (zie artikel 10) gelden onverkort voor het recht op vergoeding van deze extra zittingen.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	geen vergoeding
■ YouCare +++	5 extra zittingen per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 9 Farmaceutische Zorg

Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van het (Select) Zorg Plan.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de eigen bijdragen als gevolg van de door zorgverzekeraar vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel) prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	geen vergoeding
■ YouCare +++	75%

Artikel 10 Fysiotherapie en oefentherapie

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

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

Op de vergoeding fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure "Paramedische Zorg".

Voorwaarde

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

Uitsluitingen

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

■ YouCare +	maximaal 5 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
■ YouCare ++	maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
■ YouCare +++	maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 11 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

- acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- elektrische epilatie en Intense Pulsed Light (IPL) behandelingen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie behandelingen door een huidtherapeut bij vrouwen waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.
- Laserepilatie moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische middelen.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
■ YouCare +++	maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 12 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion.

Voorwaarde

De behandeling of second opinion moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	geen vergoeding
■ YouCare +++	100% tot maximaal € 750,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 13 Plaswaker

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswaker. Tevens vergoeden wij het bijbehorend broekje.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	geen vergoeding
■ YouCare +++	maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 14 Therapie / podologie / podoposturale therapie / steunzolen

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

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van een podoloog alleen wanneer u bent doorverwezen door een arts.
- De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn aangesloten bij de beroepsvereniging Omni Podo Genootschap.
- De steunzolen moeten zijn geleverd of worden gerepareerd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of die voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

Uitsluitingen

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

■ YouCare +	Maximaal € 70,- per verzekerde per kalenderjaar
■ YouCare ++	Maximaal € 70,- per verzekerde per kalenderjaar
■ YouCare +++	Maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 15 Sportmedisch advies

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

Voorwaarde

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

Uitsluiting

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

■ YouCare +	maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.
■ YouCare ++	maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar
■ YouCare +++	maximaal € 135,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 16 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie, als de behandeling plaatsvindt in:

- de praktijk van een hiertoe bevoegde huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

■ YouCare +	geen vergoeding
■ YouCare ++	geen vergoeding
■ YouCare +++	100%