



eucare 

In samenwerking met:

DOMINASS
ASSURANTIËN BV | ANNO 1987
assurantie adviesbureau voor theologen


prima voor **elkaar**[®]
specialist in verzekeringen

ævitæ

Vanaf 1 januari 2020 staan wij graag voor u klaar.

Welkom als relatie van ons kantoor. Fijn dat u de keuze heeft gemaakt voor de Zorg voor leven polis en de basisverzekering Bewust Verzekerd.

In deze vergoedingenwijzer treft u veel informatie aan over de Bewust Verzekerd polis voor 2020. We hebben geprobeerd om aan de ene kant volledig te zijn en het aan de andere kant leesbaar te houden.

Wij zijn er trots op dat we, in samenwerking met Aevitae & EUCARE, er in zijn geslaagd om u een passende christelijke zorgverzekering aan te kunnen bieden. Die gericht is op behoud van leven. In aanvulling op de basisverzekering bieden wij drie verschillende aanvullende verzekeringen aan en drie verschillende tandartsverzekeringen. Opbouwend van een beperkte tot uitgebreide aanvullende dekking.

Ons zorgteam staat dagelijks voor u klaar. Dat is namelijk waar u bij ons op mag rekenen. U staat er nooit alleen voor. Ons team kent de wegen en zijn als geen ander op de hoogte van de ontwikkelingen binnen uw zorgverzekering. Daarom nogmaals ons advies om bij vragen altijd contact met ons team op te nemen.

Er staat in deze vergoedingenwijzer verder veel belangrijke informatie over:

- Makkelijk declareren;
- Uw zorgverzekering;
- DBC-code;
- Uw apotheek;
- Eigen risico en eigen bijdrage;
- Wanneer toestemming nodig;
- Zorgtoeslag;
- Zorgkosten in het buitenland.

Veel leesplezier. Heeft u vragen, aarzel dan niet contact met ons op te nemen. Wij wensen u een gezond 2020. Mocht er toch iets zijn, weet dan dat ons team voor u klaar staat.

Met een hartelijke groet,

Hans en Kees van Klarbergen



Aarzel niet om contact op te nemen

In deze brochure treft u veel informatie aan. Zo lichten we toe hoe u nota's kunt declareren, korting kunt krijgen op uw premie door te kiezen voor een vrijwillig extra eigen risico of machtigingen kunt aanvragen en nog veel meer. We hebben ons best gedaan om het zo duidelijk mogelijk te verwoorden. Mocht u desondanks vragen hebben, aarzel dan niet om contact op te nemen.

Heeft u vragen?

Of het nu gaat over de keuze welke dekking het beste bij uw situatie past, of een specifieke vraag over de voorwaarden. Wij zijn er voor u. Ook als u een nota niet begrijpt, wilt weten of u een bril kan declareren of een vraag heeft over de vergoeding van een beugel. Zo nodig brengen we u in contact met onze collega's van gespecialiseerde afdelingen.

Veranderingen in uw leven.

In een mensenleven kan veel veranderen. Er kunnen leuke dingen gebeuren, zoals gezinsuitbreiding. Maar ook minder leuke dingen, zoals ziekte.

Veranderingen vragen vaak om een aanpassing van uw zorgverzekering. Uitgebreidere dekking, of misschien juist minder. Wij denken graag met u mee. Wilt u uw zorgverzekering aanpassen? Dat kan heel simpel via het persoonlijke wijzigingsformulier dat u bij uw polis heeft ontvangen. Wijzigingen gaan altijd in per 1 januari. Tot die dag kunt u wijzigingen doorgeven.

Gezinsuitbreiding

Heeft u gezinsuitbreiding? Gefeliciteerd! Geef naam, geboortedatum en Burgerservicenummer (BSN) van uw zoon/dochter aan ons door. Wij schrijven hem/haar dan op uw polis bij. Kinderen zijn tot hun 18e gratis meeverzekerd, maar u moet hen wel bij ons aanmelden.

Uw kind wordt 18

Als uw kind 18 wordt, moet hij of zij een eigen zorgverzekering afsluiten. Dat is wettelijk verplicht. Als u of uw kind geen keuze maakt, dan krijgt hij of zij op 18 jarige leeftijd automatisch dezelfde zorgverzekering als hij of zij nu al heeft. De gratis tandartsdekking vervalt echter wel. Ook kunt u afstemmen wie de premie gaat betalen. In de maand voordat uw kind 18 jaar wordt ontvangt u van ons informatie over de verzekeringsmogelijkheden. Tip! Vergeet niet dat kinderen vaak recht hebben op zorgtoeslag. Dit kunt u eenvoudig regelen via de Belastingdienst.

Spreiding betaling eigen risico

Indien u een rekening ontvangt m.b.t. het eigen risico, dan heeft u de mogelijkheid om deze gespreid te betalen. Eén telefoontje naar ons is genoeg. Wij regelen het dan verder met Aevitae.

Een nieuw adres of bankrekening

Wij verzoeken dit zo spoedig mogelijk per mail aan ons door te geven. Wij passen dan niet alleen uw polis aan, maar zorgen er ook voor dat Aevitae daar over wordt geïnformeerd.



v.l.n.r. Kaylee, Simone, Marianne en Anuschka

Makkelijk declareren



Wij zijn uw aanspreekpunt

De declaratieverwerking gebeurt door Aevitae in Heerlen. Zij regelen dat alle standaard nota's binnen twee weken zijn verwerkt. Na verwerking verstrekt Aevitae een bericht van vergoeding. Bijzondere nota's bijvoorbeeld buitenlandse nota's en specifieke machtigingen, duren gemiddeld een week langer. Bekijk deze specificaties altijd kritisch. Mocht u er vragen over hebben, aarzel dan niet ons te bellen. Wij kunnen rechtstreeks inzoomen op al uw ingediende nota's.

Meer zorg. Minder gedoe.

Als het goed is ziet u zelden een rekening van uw zorgverleners. Dat komt doordat zorgverleners hun nota's meestal rechtstreeks bij Aevitae indienen. Dat is fijn, want zo heeft u er geen omkijken naar.

Soms krijgt u echter wel een nota in de bus. Dat kan komen doordat niet alle zorgverleners afspraken hebben gemaakt over automatische declareren.

Mijn Aevitae

Het is mogelijk om zelf inzicht te krijgen in uw eigen zorgkosten. Dit kan gemakkelijk in de digitale omgeving van "Mijn Aevitae". Daar kunt u al uw nota's inzien en de stand van uw eigen risico bekijken. Ook kunt u eenvoudig uw zorgnota's uploaden. Wanneer u toegang wil krijgen tot deze beveiligde omgeving van Aevitae, dan verzoeken wij een mail daarvoor naar ons te sturen. U krijgt dan van ons een toelichting en de noodzakelijke inlogcodes. Daarnaast kunt u inloggen in de digitale omgeving met iDIN, de beveiligde inlogmethode van uw bank.

Een ongeval?

Wanneer u medische kosten declareert die het gevolg zijn van een ongeval, dan verzoeken wij dit aan ons door te geven.

Zo kunt u declareren:

Stap 1: Controle gegevens

Controleer of naam, adres, woonplaats en geboortedatum van degene die de behandeling heeft ondergaan, duidelijk op de staat. Vul dit zo nodig aan.

Stap 2: Zoek uw polisnummer op

Noteer duidelijk uw polisnummer op de nota. Deze vindt u zowel op uw zorgpas als op uw polisblad.

Stap 3: Versturen nota's naar Aevitae

U heeft drie opties om uw nota's naar Aevitae te versturen:

Upload:

U kan uw nota's uploaden in de "Mijn Omgeving" (zie toelichting hiernaast)

Mail:

Scan uw nota's in en mail deze naar declaratiedigitaal@aevitae.com

Post:

Verstuur uw nota's via de post naar Aevitae B.V., afdeling zorgservices, Postbus 4867 6401 JP HEERLEN

Tip: Maak altijd voor de zekerheid een kopie van uw nota's voor uw eigen administratie.

Uw zorgverzekering

Voor welke zorg zijn we in Nederland verzekerd? Wat is het verschil tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen? Ons zorgstelsel in een notendop.

Het zorgstelsel in Nederland

Ons huidige zorgstelsel bestaat uit een basisverzekering met een verplicht eigen risico. Iedereen in Nederland is verplicht om verzekerd te zijn voor ziektekosten en vanaf 18 jaar betaalt iedereen een premie. U kunt in aanmerking komen voor een tegemoetkoming in de premiekosten. Deze tegemoetkoming heet 'zorgtoeslag'. Kijk voor meer informatie hierover op www.toeslagen.nl.

Wat zit er in de basisverzekering?

- Geneeskundige zorg van huisartsen, ziekenhuizen, specialisten en verloskundigen
- Ziekenhuisverblijf
- Hulpmiddelen
- Medicijnen
- Kraamzorg
- Ziekenvervoer
- Paramedische zorg (beperkte fysiotherapie/ oefentherapie, logopedie en ergotherapie)
- Mondzorg (tot 18 jaar)
- Geestelijke gezondheidszorg vanaf 18 jaar
- Verpleging en verzorging in de thuissituatie (aan verzekerden zonder verblijfsindicatie)
- Eigen bijdrage medicijnen boven €250
- Zintuiglijke gehandicaptenzorg in de thuissituatie (aan verzekerden zonder verblijfsindicatie).

Wat kunt u verzekeren met een aanvullende verzekering?

Naast de basisverzekering kunt u zich aanvullend verzekeren. U kunt dan denken aan:

- Christelijke psychosociale hulp
- Fysiotherapie
- Bril
- Orthodontie
- Podotherapie
- Tandarts

Mocht u er over twijfelen welke dekking voor u of één van uw gezinsleden het beste is, aarzel dan niet om contact met ons op te nemen.

Wanneer krijg ik een vergoeding?

Hiervoor geldt een aantal voorwaarden. Deze voorwaarden staan niet in deze vergoedingwijzer. In de polisvoorwaarden vindt u alle voorwaarden om in aanmerking te komen voor een vergoeding. Hierin staat bijvoorbeeld of u een verwijzing van een arts nodig heeft, bij welke indicaties een vergoeding geldt en wanneer u geen vergoeding krijgt. U kunt de voorwaarden eenvoudig downloaden van onze website. Wilt u de voorwaarden graag toegestuurd krijgen, dan is één telefoontje genoeg.

DBC-code

Het betalen van ziekenhuiszorg kan soms wat verwarring oproepen. Als u onder behandeling bent in het ziekenhuis rekent het ziekenhuis niet elke scan, injectie of zorgbehandeling afzonderlijk met u af. Deze zorg betaalt u in een zogenoemd DBC-zorgproduct. DBC-zorgproducten zijn een verzameling van zorghandelingen die gebruikt zijn bij een bepaalde behandeling. Neem bijvoorbeeld een behandeling voor een gebroken arm. De prijs voor een DBC-zorgbehandeling 'gebroken arm' is een gemiddelde van alle kosten die normaal gesproken bij een gebroken arm gemaakt worden. De zwaarte van de behandeling is wel van belang. Zo maakt het uit of u een operatie moet ondergaan of niet. Ook het aantal bezoeken aan de medisch specialist kan een rol spelen.

De datum van de DBC die u op uw eigen risico factuur ziet staan, wijkt vaak van de datum af waarop u onder behandeling bent geweest. De datum die u ziet staan, is doorgaans eerder dan de datum van uw daadwerkelijke behandeling. Dit komt omdat een DBC vaak wordt geopend op het moment dat u een vooronderzoek heeft gehad bij de huisarts of contact opneemt met het ziekenhuis voor het inplannen van een afspraak.

De einddatum van een DBC-zorgproduct wordt vastgesteld door landelijke regels. Deze datum wijkt meestal af van de datum waarop u het laatste contact met het ziekenhuis heeft gehad.

De kosten van een DBC-zorgproduct vallen in het geheel onder het jaar waarin de DBC geopend is. Wordt een DBC bijvoorbeeld in november van een jaar geopend, maar lopen de behandelingen door in het daaropvolgend jaar, dan worden alle kosten van deze DBC op het jaar geboekt van de begindatum van het betreffende DBC-zorgproduct. Zo wordt slechts éénmaal het eigen risico aangesproken.

Uw apotheek

Toelichting preferente medicijnen

Uw apotheek is verantwoordelijk voor de juiste medicijnen en het geven van een goede toelichting. Daarbij moeten zij uw standaard de zogenaamde preferente medicijnen leveren. Die zijn door het College ter beoordeling van geneesmiddelen goedgekeurd op het gebied van kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid. In principe schrijven artsen slechts de werkzame stof op het recept in plaats van een merknaam. Het is vervolgens de taak van de apotheker om het juiste medicijn voor u er bij te zoeken. In uitzonderingssituaties kan het voorkomen dat behandeling met het preferente geneesmiddel voor u medisch onverantwoord is. Bijvoorbeeld omdat u een allergie hebt voor een vul- of hulpstof van het preferente geneesmiddel. Dan krijgt u het andere (duurdere) middel vergoed. Uw arts vermeldt dan 'medische noodzaak' op het recept en eventueel op verzoek een onderbouwde specificatie afgeven. Er kan alleen sprake zijn van medische noodzaak als u het preferente geneesmiddel al een keer hebt gebruikt. Apothekers is gevraagd dit te controleren. Het is dus mogelijk dat de apotheker, in overleg met uw arts, afwijkt van het recept en u toch het preferente geneesmiddel meegeeft.

Begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel

Als u een geneesmiddel voor het eerst krijgt of het afgelopen jaar niet eerder heeft gekregen, informeert de apotheker u over het gebruik, de eventuele bijwerkingen en/of samenhang met andere geneesmiddelen. De apotheek brengt daarbij in de volgende situaties m.b.t. begeleidingsgesprek kosten in rekening:

- Bij de verstrekking van nieuwe geneesmiddelen;
- Bij de verstrekking van middelen met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm die 12 maanden of langer geleden bij de apotheek is opgehaald.

De apotheek mag voor het begeleidingsgesprek een bedrag rond € 14,00 in rekening brengen.

Terhandstellingskosten bij een gewone eerste uitgifte of vervolgitgifte

Voor elk geneesmiddel waar een recept voor nodig is betaalt u terhandstellingskosten. Ook als dit herhaalmedicatie betreft. De terhandstellingskosten zijn kosten voor de dienstverlening van uw apotheek. Deze dienstverlening bestaat bijvoorbeeld uit:

- Het bewaken dat u geen verkeerde combinatie van geneesmiddelen gebruikt;
- Het controleren of de voorgeschreven sterkte en het voorgeschreven gebruik juist zijn;
- Het samenstellen van het medicijn.

Voor de terhandstellingskosten mag de apotheek per geneesmiddel ongeveer € 7,00 in rekening brengen.

De bovenstaande bedragen komen bovenop de kosten van het geneesmiddel. EUCARE betaalt rechtstreeks aan uw apotheek vanuit uw basisverzekering. Het wordt vervolgens verrekend met uw eventueel openstaande eigen risico.

Let op! Er mogen door uw apotheek geen kosten in rekening gebracht worden wanneer alleen de sterkte (dosering) van het geneesmiddel wijzigt.

Eigen risico en eigen bijdrage

Verplicht eigen risico: voor iedereen

De overheid wil dat iedereen in Nederland een deel van de zorgkosten zelf betaalt. Dit is het wettelijk of verplicht eigen risico. Voor 2020 heeft de regering dit bedrag vastgesteld op €385,-.

Dit betekent dat u in 2020 de eerste €385,- van uw zorgkosten zelf moet betalen.

De kosten die daarna komen, worden gewoon vergoed.

Het verplicht eigen risico geldt niet voor:

- Zorg van de huisarts (geen laboratoriumkosten)
- Zorg die wordt vergoed vanuit uw aanvullende verzekeringen en tandartsverzekering
- Zorg voor kinderen tot 18 jaar
- Bruikleenartikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten
- Kraamzorg en verloskundige hulp (geen geneesmiddelen, bloedonderzoeken, vlokentesten of ziekenvervoer)
- Keten zorg
- Kosten voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen bieden volgens artikel "Verpleging en verzorging in de eigen omgeving" (wijkverpleging)
- Stoppen-met-rokenprogramma

Vrijwillig extra eigen risico: als u dat wilt

Daarnaast kunt u bij ons kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-, boven op het verplichte eigen risico.

U betaalt dan minder premie, maar loopt ook meer risico op hogere kosten.

Tot 1 januari 2020 kunt u kiezen voor aanpassing van uw vrijwillig eigen risico. Bij uw polis/offerte ontvangt u een specificatie van de korting.

Verrekening

Uw declaraties verrekenen we altijd eerst met het verplicht eigen risico. Pas daarna, als u daarvoor gekozen heeft, met het vrijwillig eigen risico. Stuur uw zorgverlener de nota naar Aevitae? Dan betalen zij de nota direct aan hen, inclusief het eigen risico.

Omdat u dit eigen risico zelf moet betalen, brengt Aevitae dat vervolgens bij u in rekening. Indien u de voorkeur geeft aan automatisch incasseren van uw eigen risico, laat het ons dan weten, dan regelen wij dit voor u. Als u zelf een nota bij Aevitae indient, dan houden zij het eigen risico in. Het restbedrag krijgt u door hen vergoed.

Wat is een wettelijke eigen bijdrage?

Naast het eigen risico kunt u ook geconfronteerd worden met een wettelijke eigen bijdrage. Dat is het deel van de medische kosten uit de basisverzekering die u zelf moet betalen. Er geldt een eigen bijdrage bij:

- Sommige geneesmiddelen
- Sommige hulpmiddelen
- Kraamzorg
- Zittend ziekenvervoer
- Poliklinische bevalling zonder medische indicatie

Wanneer heeft u toestemming nodig?

Soms heeft u van tevoren toestemming van ons nodig om bepaalde geneesmiddelen, behandelingen, hulpmiddelen of vervoerskosten vergoed te krijgen. Zo'n toestemming noemen we een machtiging.

Wanneer heeft u een machtiging nodig?

In sommige situaties heeft u een machtiging nodig. Ons zorgteam kan u precies vertellen wanneer. Natuurlijk kunt u dit zelf ook lezen in onze polisvoorwaarden. Deze kunt u raadplegen op onze website. Op verzoek sturen wij een exemplaar naar u toe.

Hoe vraagt u een machtiging aan?

U kunt een machtigingsformulier bij ons opvragen of downloaden van onze website.

Vervoerskosten

Wie bepaalde behandelingen moet ondergaan, of afhankelijk is van een rolstoel, kan in aanmerking komen voor vergoeding van de vervoerskosten van en naar het ziekenhuis of geriatrische revalidatie. Daarvoor is een machtiging nodig. Deze kunt u aanvragen bij ons.

Hulpmiddelen

Voor bepaalde hulpmiddelen heeft u geen machtiging nodig. U kunt dan gewoon met de verwijsbrief van uw huisarts of specialist terecht bij leveranciers waarmee wij een contract hebben. Dat geldt bijvoorbeeld voor hoortoestellen en elastische kousen. De Zorgzoeker op onze site helpt u bij het vinden van alle gecontracteerde leveranciers. Natuurlijk kunt u ook altijd terugvallen op de ondersteuning van ons zorgteam.

Goed om te weten

Als u spoedeisende medische zorg in het buitenland nodig heeft, worden de kosten vanuit het basispakket vergoed tot maximaal de tarieven die in Nederland worden gehanteerd. Het verschil moet u zelf betalen en dat verschil kan enorm zijn. In de USA zijn de kosten van medische zorg tot tien maal duurder dan in Nederland. **Dit financiële risico kunt u afdekken door een goede aanvullende zorgverzekering of een reisverzekering met dekking voor medische kosten af te sluiten.**



Zorgtoeslag

Een bijdrage van de overheid (de zorgtoeslag)

Wie moeite heeft om de premie van de zorgverzekering te betalen, komt misschien in aanmerking voor zorgtoeslag. Dat is een bijdrage van de overheid in de kosten van de zorgverzekering. Hoe hoog de toeslag is hangt af van uw inkomen en dat van uw partner. Als u kinderen heeft, moeten zij op hun 18e een eigen zorgverzekering afsluiten. Velen van hen zitten dan nog op school, of ze studeren, zonder eigen inkomen. De kans is groot dat ze dan recht hebben op de zorgtoeslag.

Zo komt u aan de zorgtoeslag

De zorgtoeslag vraagt u aan bij de Belastingdienst. Lees er meer over op de site www.toeslagen.nl of bel met de Belastingtelefoon: 0800 - 0543 (gratis)

Zorgkosten in het buitenland

Zorgkosten in het buitenland

Ook in het buitenland bent u verzekerd voor spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg. Bent u op vakantie een verdragsland, EU- of EER-staat en heeft u medische zorg nodig? Uw Aevitae zorgpas geldt dan als Europese verzekeringskaart (EHIC). Op vertoon van de EHIC heeft u recht op vergoeding van medische zorg volgens de wettelijke regelingen van het land waar u verblijft. Dit betekent dat u vaak niets of slechts een klein gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

In het geval van medische zorg zonder ziekenhuisopname in de overige landen dient u de kosten zelf voor te schieten. Deze kosten kunt u achteraf declareren. Wij adviseren u hierbij gebruik te maken van het Declaratieformulier zorgkosten buitenland. Dit formulier kunt u downloaden van onze website.

Bij een spoedopname in het buitenland dient u zo spoedig mogelijk contact op te (laten) nemen met de Alarmcentrale; het telefoonnummer staat vermeld op uw zorgpas. De Alarmcentrale is 7 dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar. Zij begeleiden u op afstand en hebben contact met de buitenlandse zorgverleners en Aevitae. De financiële afhandeling van uw ziekenhuisopname verloopt ook via de Alarmcentrale zodat u geen kosten hoeft voor te schieten. Een goede service die u veel zorg uit handen neemt!

Nota's uit het buitenland

Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Nota's in andere talen zoals Arabisch worden niet door Aevitae verwerkt en zullen dus ook niet vergoed worden. U zal dergelijke nota's zelf moeten laten vertalen door een beëdigd vertaler.

Let op! De vertaalkosten worden niet door Aevitae vergoed.

De vergoeding van medische zorg in het buitenland bedraagt maximaal het in Nederland gehanteerde tarief. Daarom is het heel belangrijk dat nota's duidelijk gespecificeerd zijn. De door de overheid aan Aevitae opgelegde regels zijn erg scherp. Uw personalia, de naam van de zorgverlener, de datum van de behandeling dienen op de nota vermeld te zijn.

Vergoedingenoverzicht 2020

Basisverzekering Bewust Verzekerd

Dit vergoedingenoverzicht is bedoeld om gemakkelijk te kunnen zien welke soorten vergoedingen er in een verzekering zijn opgenomen. In dit overzicht ziet u de vergoedingen van de basisverzekering Bewust Verzekerd. De genoemde vergoedingen gelden per persoon per kalenderjaar. Behalve als dit anders staat aangegeven. De basisverzekering Bewust Verzekerd is een naturapolis. Bij de basisverzekering Bewust Verzekerd moeten de zorgverleners een contract hebben met ons. Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen afspraken hebben? Dan er sprake van een lagere vergoeding. Kijk in de zorgzoeker voor een overzicht van zorgverleners waar wij afspraken mee hebben gemaakt. Op onze website staat een zorgzoeker.

Bij de basisverzekering Bewust Verzekerd staat de beschermwaardigheid van het leven voorop. Er worden daarom geen ingrepen vergoed die het leven beëindigen of ingrijpend veranderen.

Het overzicht geeft een algemene omschrijving van de zorg waarop u recht heeft. U kunt hieraan geen rechten ontleen. In de polisvoorwaarden kunnen namelijk nadere voorwaarden voor vergoeding zijn opgenomen. Voor een volledig overzicht raden wij u daarom aan om uw polisvoorwaarden goed door te lezen. Deze zijn altijd leidend. Komt u er niet uit?

Bel ons dan gerust. Wij helpen u graag verder.

| Zorgactiviteit | Basisverzekering Bewust Verzekerd |
|--|---|
| Audiologische zorg | |
| onderzoek naar de gehoorfunctie, advisering hoorapparaat, voorlichting over het gebruik, psychosociale zorg en hulp bij het stellen vsn een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen | ja |
| Bevalling en kraamzorg | |
| Bevalling | |
| • bevalling thuis zonder medische indicatie | ja |
| • bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische noodzaak | € 214 per dag voor gebruik verloskamer (restbedrag is wettelijke eigen bijdrage) |
| • bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum met medische noodzaak | ja |
| Kraamzorg | |
| • kraamzorg thuis of in een geboortecentrum | ten hoogste 10 dagen (er geldt een eigen bijdrage van € 4,50 per uur) |
| • kraamzorg in een ziekenhuis bij een bevalling met medische noodzaak | ja |
| • kraamzorg in een ziekenhuis bij een bevalling zonder medische noodzaak | ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage € 36 per dag + het bedrag hoger dan € 250 per dag als het ziekenhuis dat in rekening brengt |
| Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck | |
| Jonger dan 18 jaar | |
| • chronische aandoeningen | ja, na toestemming |
| • niet-chronische aandoeningen | 9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen |
| 18 jaar en ouder | |
| • bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie | maximaal 9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling) |
| • oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij etalagebenen (perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine) | maximaal 37 behandelingen gedurende 12 maanden (vanaf de 1e behandeling) |
| • oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht | maximaal 12 behandelingen gedurende 12 maanden (vanaf de 1e behandeling) als dit nodig is, hebt u na 12 maanden opnieuw recht op 12 behandelingen |
| • oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie | In de eerste 12 maanden, afhankelijk van de GOLD-Classificatie maximaal: - 5 behandelingen bij klasse A - 27 behandelingen bij klasse B - 70 behandelingen bij klasse C en D Na de eerste 12 maanden, als er nog onderhoudsbehandeling nodig is, afhankelijk van de GOLD-Classificatie, maximaal: - 3 behandelingen per 12 maanden bij klasse B - 52 behandelingen per 12 maanden bij klasse C en D |

| Zorgactiviteit | Basisverzekering Bewust Verzekerd |
|--|---|
| • uw aandoening staat op de Chronische lijst met aandoeningen | ja, vanaf 21e behandeling |
| • uw aandoening staat niet op de Chronische lijst met aandoeningen | geen vergoeding vanuit de basisverzekering |
| Buitenland | |
| spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland | ja, tot maximaal het tarief dat wij in Nederland zouden vergoeden. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de door u gekozen zorgverlener en of deze een contract met ons heeft. |
| niet-spoedeisende zorg in het buitenland | ja, tot maximaal het tarief dat wij in Nederland zouden vergoeden. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de door u gekozen zorgverlener en of deze een contract met ons heeft. |
| Diëtetiek | |
| voorlichting met een medisch doel en het behandelen van patiënten door diëettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten | 3 uur per jaar |
| Erfelijkheidsonderzoek | |
| onderzoek van en naar erfelijke afwijkingen | ja |
| Ergotherapie | |
| zorg met als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen | maximaal 10 uur per jaar |
| Farmaceutische zorg (geneesmiddelen) | |
| anticonceptie tot 21 jaar | ja, met uitzondering van een wettelijke eigen bijdrage |
| anticonceptie 21 jaar en ouder | ja, alleen bij endometriose of menorrhagie en met uitzondering van een wettelijke eigen bijdrage |
| dieetpreparaten | ja, na toestemming |
| geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg | ja, voor sommige geneesmiddelen geldt een eigen bijdrage |
| Gecombineerde leefstijlinterventies (GLI) vanaf 18 jaar | |
| erkend programma van 24 maanden | ja |
| Geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen | |
| geneeskundige zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten die plegen te bieden | ja |
| Huisartsenzorg | |
| geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend onderzoek en diagnostiek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken, preventiezorg (kinderwensconsult) en voetzorg als u diabetes mellitus type 1 of 2 hebt | ja |
| Hulpmiddelenzorg | |
| hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Reglement hulpmiddelen | ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage |
| In-vitrofertilisatie (IVF), en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen | |
| in-vitrofertilisatie (IVF) voor vrouwen tot 43 jaar. Er gelden nadere voorwaarden. | ja, 1e, 2e, en 3e poging |
| overige fertiliteits bevorderende behandelingen (vrouwen tot 43 jaar) | ja |
| Logopedie | |
| herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen | ja |
| Medisch specialistische zorg | |
| geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook: | ja |
| • zorg door een trombosedienst | ja |
| • second opinion door een medisch specialist | ja |
| • dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of thuis | ja |
| • chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur | ja |
| • begeleiding bij het stoppen met roken (korte stopadviezen) | ja |

| Zorgactiviteit | Basisverzekering Bewust Verzekerd |
|---|--|
| Mondzorg | |
| • kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder | ja |
| • kunstgebit (uitneembare volledige prothese) al dan niet op implantaten | ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage |
| • kunstgebit (uitneembare volledige prothese) reparatie en opnieuw passend maken | ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage |
| • tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen | ja |
| • tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar | ja |
| • tandheelkundige implantaten | ja, bij ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel |
| Plastische en/of reconstructieve chirurgie | |
| bij een beperkt aantal specifieke medische indicaties | ja, na toestemming |
| Psychologische zorg | |
| • generalistische basis GGZ | ja, bij lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele problematiek |
| • gespecialiseerde GGZ | ja, bij (zeer) complexe psychische aandoeningen |
| Revalidatie | |
| • quickscan | ja |
| • oncologische revalidatie | ja |
| • geriatrische revalidatie | ja |
| Stoppen met roken | |
| stoppen-met-rokenprogramma | maximaal eenmaal per jaar |
| Transplantatie van weefsels en organen | |
| als de transplantatie is verricht in een EU- of EER-lidstaat | ja |
| Verblijf | |
| verblijf in een: – (psychiatrisch) ziekenhuis – GGZ-instelling (na toestemming) – revalidatie-instelling (na toestemming) – kindzorghuis in verband met intensieve kindzorg | ja |
| medisch noodzakelijk eerstelijns verblijf | ja |
| Verpleging en verzorging (wijkverpleging) | |
| verpleging en verzorging zonder verblijf | ja |
| Ziekenvervoer | |
| • ambulancevervoer | ja |
| • zittend ziekenvervoer bij specifieke medische indicaties, met: | |
| • eigen auto | ja, na toestemming € 0,32 per km (er geldt een eigen bijdrage van € 105 per jaar) |
| • openbaar vervoer of taxi | ja, na toestemming (er geldt een eigen bijdrage van € 105 per jaar) |
| • óf een logeervergoeding als er sprake is van tenminste 3 aaneengesloten dagen behandeling | ja, na toestemming maximaal € 75 per nacht |
| Zintuiglijk gehandicaptenzorg | |
| multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen | ja |
| Zorgprogramma's (ketenzorg) | |
| ketenzorg bij diabetes mellitus type 2 (18 jaar en ouder), COPD, astma of vasculair risicomanagement (VRM) | ja |

Hoewel dit dekkingsoverzicht met zorg is samengesteld kunnen er geen rechten aan ontleend worden. Voor de volledige dekkingssomschrijvingen wordt verwezen naar de polisvoorwaarden.

Vergoedingenoverzicht 2020

Aanvullende verzekeringen Bewust Verzekerd

Dit vergoedingenoverzicht is bedoeld om de verschillende verzekeringen gemakkelijk met elkaar te vergelijken. Het overzicht geeft een algemene omschrijving van de zorg waarop u recht heeft. U kunt hieraan geen rechten ontleen. In de polisvoorwaarden kunnen namelijk nadere voorwaarden voor vergoeding zijn opgenomen. Ook kan een beperking van de vergoeding gelden, bijvoorbeeld wanneer u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Kijk in onze Zorgzoeker als u wilt weten of uw zorgverlener een contract heeft. De vergoedingen in dit overzicht zijn per verzekerde per kalenderjaar, tenzij anders is aangegeven.

Voor een volledig overzicht raden wij u daarom aan om uw polisvoorwaarden goed door te lezen. Deze zijn altijd leidend. Bel ons dan gerust. Wij helpen u graag verder.

| Omschrijving | Bewust Verzekerd 1 | Bewust Verzekerd 2 | Bewust Verzekerd 3 |
|--|--------------------------|--|--|
| Alternatief | | | |
| Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen (chiropractie, osteopathie, homeopathie en manuele therapie) | | | € 40,- per dag tot |
| Botten, spieren en gewrichten | | | |
| Beweegprogramma's (obesitas, voormalig hartfalen, diabetes type 2, COPD of reuma) | € 100,- | € 200,- | € 300,- |
| Ergotherapie | | | 3 uur |
| Pedicurezorg (reumatische-, diabetische- of medische voet) | | € 25,- per behandeling tot € 100,- | € 25,- per behandeling tot € 100,- |
| Podotherapie/podologie/ podoposturale therapie en/ of (sport)steunzolen | | € 100,- waaronder 1 paar (sport)steunzolen | € 200,- waaronder 1 paar (sport)steunzolen |
| Buitenland | | | |
| Spoedeisende zorg buitenland | aanvulling tot kostprijs | aanvulling tot kostprijs | aanvulling tot kostprijs |
| Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring) | ja | ja | ja |
| Overnachtings- en vervoerskosten bij expertise-behandelingen in het buitenland | | overnachtingskosten: € 75,- per nacht, vliegtuigvervoer (Economy Class), openbaar vervoer (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per km. Totale vergoeding € 5.000,- | overnachtingskosten: € 75,- per nacht, vliegtuigvervoer (Economy Class), openbaar vervoer (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per km. Totale vergoeding € 5.000,- |
| Christelijke psychosociale hulp | | | |
| Christelijke psychosociale hulp | € 350,- | € 500,- | € 650,- |
| Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck | | | |
| Fysiotherapie, manuele therapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck | 10 behandelingen | 15 behandelingen | 25 behandelingen |
| Huid | | | |
| Acnébehandeling | | € 100,- | € 250,- |
| Camouflagetherapie | | € 200,- voor de gehele verzekeringsduur | € 200,- voor de gehele verzekeringsduur |
| Epilatie (elektrische, IPL- of laserepilatie) | | | 75% tot € 250,- |
| Hulpmiddelen | | | |
| Hoofdbedekking of toupim | € 100,- | € 150,- | € 200,- |
| Plakstrips mammaprothese | ja | ja | ja |

| Omschrijving | Bewust Verzekerd 1 | Bewust Verzekerd 2 | Bewust Verzekerd 3 |
|---|-------------------------------------|--|---|
| Plaswemaker | | € 100,- voor de gehele verzekeringsduur | € 100,- voor de gehele verzekeringsduur |
| Pruik | € 100,- | € 200,- | € 300,- |
| Mond en tanden (mondzorg) | | | |
| Heeft u ook een aanvullende tandartsverzekering afgesloten? Kijkt u dan ook verderop in deze vergoedingwijzer wat de eventuele vergoeding vanuit deze aanvullende tandartsverzekering is. | | | |
| Kronen, bruggen, inlays en implantaten tot 18 jaar | | ja | ja |
| Orthodontie (beugel) incl. second opinion tot 18 jaar | | | 70% tot € 1.500,- voor de gehele verzekeringsduur |
| Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval 18 jaar en ouder | € 10.000,- per ongeval | € 10.000,- per ongeval | € 10.000,- per ongeval |
| Ogen en oren | | | |
| Brillen en/of contactlenzen | | € 100,- per 3 kalenderjaren | € 200,- per 3 kalenderjaren |
| Hoortoestel | | | wettelijke eigen bijdrage tot € 250,- |
| Vervoer | | | |
| Vervoer (zittend ziekenvervoer) | wettelijke eigen bijdrage | wettelijke eigen bijdrage | wettelijke eigen bijdrage |
| Ziekenhuis, behandeling en verpleging | | | |
| Gasthuis voor uw bezoek (overnachtings- en vervoerskosten voor uw bezoek bij een ziekenhuisverblijf) | | € 35,- per nacht tot € 500,- voor alle bezoekers samen openbaar vervoer (2e klasse) of eigen auto of taxi € 0,30 per km | € 35,- per nacht tot € 600,- voor alle bezoekers samen openbaar vervoer (2e klasse) of eigen auto of taxi € 0,30 per km |
| Mammaprint | ja, alleen bij laboratorium Agendia | ja, alleen bij laboratorium Agendia | ja, alleen bij laboratorium Agendia |
| Zwanger(worden)/baby/kind | | | |
| Adoptiekraamzorg (kind jonger dan 12 maanden) | | | 15 uur kraamzorg |
| Medische screening bij adoptie | | | € 400,- voor screening per adoptiekind |
| Bevalling poliklinisch in ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische noodzaak | | | wettelijke eigen bijdrage |
| Borstkolfapparaat | | | € 100,- voor de gehele verzekeringsduur |
| Kraampakket | | | ja |
| Kraamzorg in een geboorte- of kraamcentrum | | | wettelijke eigen bijdrage |
| Kraamzorg thuis | | | wettelijke eigen bijdrage |
| Kraamzorg uitgesteld (medisch) | | | 15 uur per zwangerschap, m.u.v. eigen betaling van € 4,50 per uur |
| Kraamzorg extra/huishoudelijke hulp | | | € 350,- per bevalling, alleen bij gecontracteerde zorgverleners |
| Lactatiekundige zorg | | | € 175,- |

| Omschrijving | Bewust Verzekerd 1 | Bewust Verzekerd 2 | Bewust Verzekerd 3 |
|---|--------------------|---|---|
| TENS bij bevalling (pijnbestrijding) | | | 1 apparaat voor de gehele verzekeringsduur, alleen bij gecontracteerde leverancier |
| Natuurlijke vruchtbaarheidsmethoden | | | € 350,- voor de gehele verzekeringsduur |
| Zwangerschaps cursus | | | € 75,- per zwangerschap |
| Overig | | | |
| Herstellingsoord (christelijk) psychosomatische gezondheidszorg | | | € 50,- per dag tot 31 dagen |
| Hospice | € 75,- per dag | € 75,- per dag | € 75,- per dag |
| Terminale zorg door vrijwilligers thuis | € 115,- | € 115,- | € 115,- |
| Kinderopvang aan huis tot 12 jaar tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s) | | vanaf de 3e verblijfsdag t/m de 3e dag na ontslag tot 50 uur per jaar. En de dossierkosten. Alleen bij gecontracteerde instelling | vanaf de 3e verblijfsdag t/m de 3e dag na ontslag tot 50 uur per jaar. En de dossierkosten. Alleen bij gecontracteerde instelling |
| Leefstijltrainingen voor hartpatiënten, whiplashpatiënten en mensen met stress en burnout gerelateerde klachten | | € 750,- | € 1.250,- |
| Preventieve cursussen | | € 125,- per cursus | € 125,- per cursus |
| Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of (sport)diëtist (zonder medische indicatie) | € 50,- | € 100,- | € 150,- |

Hoewel dit dekkingsoverzicht met zorg is samengesteld kunnen er geen rechten aan ontleend worden. Voor de volledige dekkingsoomschrijvingen wordt verwezen naar de polisvoorwaarden.

Vergoedingenoverzicht 2020 Aanvullende tandartsverzekeringen Bewust Verzekerd

In dit overzicht ziet u de vergoedingen van de aanvullende tandartsverzekeringen. De genoemde vergoedingen gelden per persoon per kalenderjaar. Behalve als dit anders staat aangegeven.

Dit vergoedingenoverzicht is bedoeld om gemakkelijk te kunnen zien welke soorten vergoedingen er in een verzekering zijn opgenomen. Het overzicht geeft een algemene omschrijving van de zorg waarop u recht heeft. U kunt hieraan geen rechten ontleen. In de polisvoorwaarden kunnen namelijk nadere voorwaarden voor vergoeding zijn opgenomen. Ook kan een beperking van de vergoeding gelden, bijvoorbeeld wanneer u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Voor een volledig overzicht raden wij u daarom aan om uw polisvoorwaarden goed door te lezen. Deze zijn altijd leidend. Bel ons dan gerust. Wij helpen u graag verder.

| Omschrijving behandeling | Tand-BV 1 | Tand-BV 2 | Tand-BV 3 |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Totale vergoeding per kalenderjaar | € 250,- | € 500,- | € 750,- |
| Consulten (C-codes) en second opinion, tandvleesbehandelingen (alleen codes T21 en T22), Vulling (V-codes), Foto's (X-codes), Verdovingen (A-codes) en Trekken tanden/ kiezen (H-codes): | 100% | 100% | 100% |
| Overige behandelingen (codes), zoals mondhygiëne, kronen, bruggen en implantaten: | 75% | 75% | 75% |

Hoewel dit dekkingsoverzicht met zorg is samengesteld kunnen er geen rechten aan ontleend worden. Voor de volledige dekkingsoomschrijvingen wordt verwezen naar de polisvoorwaarden.

