



2024

Algemene regels en Vergoedingen ONVZ Vrije Keuze

ONVZ

Eersteklas Zorgverzekering

- **Contactgegevens** >

- **Algemene regels ONVZ Vrije Keuze** >

- **Vergoedingen ONVZ Vrije Keuze** >

- **Wereldfit vergoedingen** >

- **OntzorgPlus vergoedingen** >

- **Wereldfit uitgebreide voorwaarden** >

- **OntzorgPlus uitgebreide voorwaarden** >

- **Basisregels hulpmiddelen basisverzekering** >

- **Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering** >

● ONVZ

Postbus 392
3990 GD Houten
Telefoon: 030 639 62 22
Internet: www.onvz.nl

● ONVZ Service Center

Voor algemene vragen over uw zorgverzekering
Telefoon: 030 639 62 22
Bereikbaar op werkdagen van 8.00 tot 18.00 uur
Internet: onvz.nl/contact

● ONVZ Machtigingen

Als u toestemming nodig heeft om zorg vergoed te krijgen
Telefoon: 030 639 62 22
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur
Internet: www.onvz.nl/contact

● ONVZ ZorgConsulent

Informatie over behandelmethodes, het regelen van zorg en zorgbemiddeling
Telefoon: 0800 022 14 50 (gratis)
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur
E-mail: zorgconsulent@onvz.nl

● ONVZ Kraamzorg Service

Informatie over en aanvraag van kraamzorg
Telefoon: 088 668 97 05
Bereikbaar op werkdagen van 08.00 tot 17.30 uur
Internet: www.onvz.nl/snel-regelen/zwangerschap-en-geboorte

● **ONVZ Zorgassistance**

Hulp en advies over geneeskundige zorg in noodsituaties (in het buitenland)

Telefoon: +31 (0)88 668 97 67

24 uur per dag bereikbaar

● **ONVZ Verhaalszaken**

Bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde

Telefoon: 030 639 62 64

Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

● **ONVZ Klachtenservice**

Voor het indienen van een klacht

Postbus 392

3990 GD Houten

E-mail: klachtenservice@onvz.nl

● **Taxivervoer**

Telefoon: 0900 333 33 30

Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

● Inhoudsopgave

Inleiding	7
1. De verzekeringen van ONVZ	8
Over onze verzekeringen	8
Over het afsluiten van de verzekering	9
Welke regels de verzekering en de premie bepalen	9
2. Ik word klant van ONVZ	11
Een verzekering afsluiten of aanvragen	11
Wanneer uw verzekering ingaat	11
Wat verder belangrijk is	12
3. Ik ben verzekerd bij ONVZ	14
Ik heb zorg nodig	14
Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico	15
Soms vergoedt de verzekering minder, of niet	18
Ik wil zorgkosten declareren	19
Ik betaal premie	20
Meewerken en informeren	23
Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig	23
Wijzigen van de verzekering	24
4. Ik ga weg bij ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering	26
Opzeggen	26
Soms eindigt de basisverzekering van ONVZ zonder opzegging	26
Soms beëindigen wij de verzekering	27
Als u fraudeert	28
Als u niet tevreden bent of een klacht heeft	28
Recht dat van toepassing is	29

● Inleiding

Hier staan de algemene regels van de Vrije Keuze Basisverzekering en de daarbij horende aanvullende verzekeringen. Samen met de vergoedingen bepalen ze waar u recht op heeft. En wat u daarvoor moet doen.

In deze algemene regels staan ook regels voor het afsluiten van een verzekering bij ONVZ.

Deze algemene regels zijn verdeeld in 4 onderwerpen.

1. De verzekeringen van ONVZ
2. Ik word klant van ONVZ
3. Ik ben verzekerd bij ONVZ
4. Ik ga weg bij ONVZ. Of ONVZ beëindigt de verzekering

● 1. De verzekeringen van ONVZ

Bijna iedereen in Nederland moet een basisverzekering hebben. De basisverzekering vergoedt onder meer de huisarts, het ziekenhuis, de geestelijke gezondheidszorg (ggz), het vervoer met een ambulance en voor kinderen tot 18 jaar ook de tandarts. De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering.

Met de Vrije Keuze Basisverzekering heeft u optimale vrijheid bij het kiezen van een arts, ziekenhuis of zorgverlener. ONVZ heeft verder aanvullende verzekeringen. Ook met deze keuzevrijheid. Deze breiden de vergoedingen van de basisverzekering uit. Bijvoorbeeld met fysiotherapie, de tandarts vanaf 18 jaar of alternatieve zorg.

● Over onze verzekeringen

1. Dit zijn onze verzekeringen

Met al onze verzekeringen heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg en diensten. Dat noemen we restitutie. Enkele zorgsoorten zijn verzekerd op basis van restitutie met gecontracteerde zorg. En farmaceutische zorg (geneesmiddelen) in natura. Voor die zorgsoorten vergoeden wij de zorg volledig bij een gecontracteerde zorgverlener. Kiest u voor zorg bij een zorgverlener met wie we geen contract hebben? Dan geldt een maximale vergoeding. Omdat we de vergoeding van sommige niet-gecontracteerde zorg beperken, heet onze verzekering officieel een combinatieverzekering.

We spreken hierna kortweg van 'verzekering', en van 'vergoeden van zorg'.

Als wij hierna van 'ONVZ' spreken, of van 'wij' of 'ons' bedoelen we ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.¹ als het over de Vrije Keuze Basisverzekering gaat. En ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.² als het over aanvullende (tand)verzekeringen gaat.

Wij hebben 2 basisverzekeringen en verschillende aanvullende verzekeringen.

Dit zijn de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering en de daarbij horende aanvullende verzekeringen.

De bij de Vrije Keuze Basisverzekering horende aanvullende verzekeringen zijn:

- Vrije Keuze Startfit
- Vrije Keuze Benefit
- Vrije Keuze Optifit
- Vrije Keuze Topfit
- Vrije Keuze Superfit
- Wereldfit
- OntzorgPlus
- Zorgplan

De bij de Vrije Keuze Basisverzekering horende aanvullende tandverzekeringen zijn:

- Tandfit A
- Tandfit B
- Tandfit C
- Tandfit Preventief

2. Dit staat in onze algemene regels en vergoedingen

Op onze site www.onvz.nl en in de vergoedingen staat:

- welke zorg en diensten verzekerd zijn
- wie die zorg mag geven
- welke voorwaarden verder gelden

De verzekeringen vergoeden zorg en diensten die medisch noodzakelijk zijn. Wat dat is, staat in [algemene regel 24](#).

• Over het afsluiten van de verzekering

3. De hoofdverzekerde sluit de verzekering af

Iedereen die volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) een basisverzekering moet hebben, kan de Vrije Keuze Basisverzekering afsluiten. Of dat voor zich laten doen.

De persoon die een verzekering afsluit, heet officieel verzekeringnemer. Die noemen wij de hoofdverzekerde. Een hoofdverzekerde kan een verzekering voor zichzelf afsluiten. Maar ook voor iemand anders. Zoals partner of kinderen.

4. Verzekerde

De persoon die verzekerd is, is de verzekerde. Als u een verzekering afsluit voor uzelf bent u hoofdverzekerde én verzekerde.

5. Zorgpolis

De hoofdverzekerde krijgt van ons de zorgpolis. Dat is het bewijs van de verzekering. Op de zorgpolis staat wie er verzekerd is. En welke verzekeringen zijn afgesloten.

• Welke regels de verzekering en de premie bepalen

6. Onze algemene regels en vergoedingen

De algemene regels en de vergoedingen bepalen de Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen.

7. Wetten en regelingen

Ook de Zorgverzekeringswet en de regelingen die daarbij horen, bepalen de Vrije Keuze Basisverzekering. Die regelingen zijn onder andere het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Verder zijn ook andere wetten en regelingen van toepassing. Die kunnen we hier niet allemaal noemen.

8. De wet is leidend

Wijken de algemene regels of vergoedingen van de Vrije Keuze Basisverzekering af van de Zorgverzekeringswet? Dan geldt die wet.

9. Door u gegeven informatie telt mee

De Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen zijn ook gebaseerd op informatie die u ons heeft verstrekt, bijvoorbeeld bij uw aanvraag.

10. Premietabel en overzicht maximale vergoedingen

Bij de algemene regels hoort de premietabel. Daarin staan de basispremies van de verzekeringen. En kortingen en toeslagen.

En bij de vergoedingen hoort het overzicht maximale vergoedingen. Daarin staat hoeveel wij maximaal vergoeden als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben. In de vergoedingen zelf staat of er maximale vergoedingen gelden voor zorgverleners zonder contract.

11. Collectieve verzekeringen

Bent u collectief verzekerd? Dan gelden ook de regels voor de collectieve verzekering. Die kunt u opvragen bij de partij die deze met ONVZ heeft afgesloten. Vaak de werkgever.

Uitleg

1. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.: Risicodraagster van onze ONVZ Vrije Keuze en Bewuste Keuze Basisverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregisternummer 30135168, AFM-nummer 12000633), gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Internet: www.onvz.nl
2. ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.: Risicodraagster van onze aanvullende en andere verzekeringen is ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregisternummer 30209308, AFM-nummer 12001024), gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Internet: www.onvz.nl

● 2. Ik word klant van ONVZ

Wilt u klant worden van ONVZ? Van harte welkom! Wisselen van zorgverzekeraar kan altijd per 1 januari. En gaat gemakkelijk met onze overstapservice.

● Een verzekering afsluiten of aanvragen

12. Via onze site of een verzekeringsadviseur

U sluit de Vrije Keuze Basisverzekering of een aanvullende (tand)verzekering van ONVZ zelf af op onze site. Afsluiten kan ook via uw verzekeringsadviseur.

13. Soms een gezondheidsverklaring

Voor sommige aanvullende verzekeringen vragen wij u een gezondheidsverklaring in te vullen over de gezondheid van de verzekerde(n). Daarmee beoordelen wij of u de verzekering kunt afsluiten.

14. Aanvullende verzekeringen voor kinderen

Een aanvullende verzekering voor uw kind? Dat kan. Dit kan geen hogere verzekering zijn dan die van u, uw partner of een andere verzekerde van 18 jaar of ouder die op dezelfde zorgpolis staat.

Dit kan ook geen Tandfit verzekering zijn. Zorg van de tandarts valt tot 18 jaar onder de basisverzekering. En ook geen Zorgplan.

Bij Wereldfit en OntzorgPlus geldt: u of uw partner moet deze verzekering hebben.

Ook voor kinderen vragen wij u om de gezondheidsverklaring in te vullen van algemene regel 13. Behalve als u uw kind binnen 4 maanden na de geboorte aanmeldt. Dan hoeft u die verklaring niet in te vullen.

● Wanneer uw verzekering ingaat

15. Op de zorgpolis staat wanneer uw verzekering ingaat

16. Ingangsdatum basisverzekering

De Vrije Keuze Basisverzekering gaat meestal in op 1 januari van het volgende jaar. Maar niet altijd. Hieronder zetten wij het voor u op een rij.

Let op: als uw aanvraag niet volledig is, dan gaat de Vrije Keuze Basisverzekering pas in wanneer wij alle gegevens hebben ontvangen.

Stapt u voor 31 december over naar ONVZ? Dan zorgen wij dat uw Vrije Keuze Basisverzekering op 1 januari ingaat. Zijn er geen bijzondere omstandigheden? Dan sluiten de basisverzekering die u nu heeft en uw nieuwe basisverzekering op elkaar aan.

Sluit u voor 1 februari de Vrije Keuze Basisverzekering af? En heeft u uw huidige basisverzekering ergens anders vóór 1 januari opgezegd? Ook dan gaat uw basisverzekering bij ons in op 1 januari.

Wordt u 18 jaar en sluit u 1 of meer eigen verzekeringen af? Dan gaan deze in op de 1e dag van de maand na de maand dat u 18 jaar wordt. Behalve de Tandfit. Als u al bij ons verzekerd bent, gaat die in op de dag dat u 18 jaar wordt. Want de meeste zorg van de tandarts valt dan niet meer onder de basisverzekering.

U moet de verzekeringen wel aanvragen voordat u 18 jaar wordt.

Heeft u nog geen basisverzekering? En moet u deze (volgens de Zorgverzekeringswet) wel hebben? Bijvoorbeeld omdat u in het buitenland werkte en in Nederland komt werken.

Als u de Vrije Keuze Basisverzekering afsluit binnen 4 maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben, dan is de ingangsdatum de 1e dag waarop u verzekerd moest zijn. Sluit u de Vrije Keuze Basisverzekering af 4 of meer maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben? Dan is de ingangsdatum de dag dat wij uw volledige aanvraag ontvangen hebben.

Wisselt u van werkgever? En kunt u daardoor naar een andere collectieve verzekering overstappen? Als die andere collectieve verzekering bij ONVZ loopt, kunt u:

- tussentijds naar ons overstappen, of
- tussentijds van de ene naar de andere collectieve verzekering bij ons overstappen

Uw nieuwe dienstverband moet wel direct aansluiten op uw vorige. En u moet uw huidige collectieve verzekering op tijd opzeggen. Dat kan tot 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband ingaat. Uw nieuwe collectieve verzekering gaat dan in op de 1e dag van de maand ná de maand waarin u heeft opgezegd. Zegt u te laat op? Of sluiten uw dienstverbanden niet op elkaar aan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar naar ons overstappen.

Is dit allemaal niet van toepassing? Dan gaat de Vrije Keuze Basisverzekering in op de dag waarop wij uw aanvraag hebben ontvangen. De ingangsdatum kan ook later zijn als de verzekerde nog verzekerd is op een andere basisverzekering.

Overstapservice

Stapt u over naar ONVZ? Onze overstapservice regelt het voor u. Als u bij ons de Vrije Keuze Basisverzekering aanvraagt, zeggen wij uw huidige basisverzekering voor u op. Vraagt u ook een aanvullende verzekering bij ons aan? Dan kunnen wij uw huidige aanvullende verzekering ook voor u opzeggen. Dat doen wij pas als uw aanvullende verzekering bij ons afgesloten is.

17. Ingangsdatum aanvullende verzekeringen

Vraagt u met de Vrije Keuze Basisverzekering ook een aanvullende verzekering aan? Of wilt u een andere aanvullende verzekering van ONVZ dan u nu heeft? Voor de ingangsdatum van de aanvullende verzekeringen gelden dezelfde regels als voor onze Vrije Keuze Basisverzekering. Die staan in algemene regel 16. Behalve als u de gezondheidsverklaring van algemene regel 13 heeft ingevuld. Dan ontvangt u bericht of de verzekering is geaccepteerd. En wat dan de ingangsdatum is.

• Wat verder belangrijk is

18. Bedenktijd

Bij een nieuwe verzekering heeft u 14 dagen bedenktijd. De bedenktijd gaat in op de dag dat u de zorgpolis ontvangt. Of dat u bericht heeft ontvangen dat de polis in de Mijn-omgeving staat. U kunt zonder reden opzeggen. Er bestaat dan geen recht op vergoeding van zorg en diensten. Betaalde premies krijgt u terug.

19. Vereniging ONVZ

Sluit u de Vrije Keuze Basisverzekering af? Dan kunt u lid worden van de Vereniging ONVZ. Deze vereniging heeft een belangrijke stem binnen ONVZ. Iedere hoofdverzekerde kan maar 1 keer lid zijn. Ook al sluit die voor meer personen de Vrije Keuze Basisverzekering af. Het lidmaatschap stopt als de Vrije Keuze Basisverzekering eindigt.

20. Wij reageren via het kanaal dat u gebruikt

Stuurt u ons een e-mail, bericht op social media of chatbericht? Dan reageren wij ook op die manier. Soms kan dat niet, bijvoorbeeld door privacyregels. En soms wilt u dat niet. Dan reageren wij via een andere weg. Als u via onze site contact opneemt, bellen wij u terug of sturen wij een e-mail.

● 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing? Of geldt er een eigen bijdrage?

● Ik heb zorg nodig

21. Vergoeding meestal aan de zorgverlener

Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt dan meestal rechtstreeks aan de zorgverlener.

U kunt het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht). Dit heeft goederenrechtelijk effect. Zodat bij handelen in strijd hiermee geen overdracht plaatsvindt. En geen pandrecht tot stand komt.

Wij betalen altijd in euro's. Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontving.

22. Lees de algemene regels en de vergoedingen

Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan. Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. Vergoeding alleen als de verzekering loopt

De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent. Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

24. Wij vergoeden doelmatige zorg

Wij vergoeden alleen de zorg:

a. die naar inhoud en omvang voldoende effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan speelt mee wat in het gehele betrokken vakgebied als goede zorg geldt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent. Het moet steeds passende zorg zijn die voldoet aan de professionele standaard¹ en [Werkwijzers VAGZ/VAV](#).

b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

U moet de zorg nodig hebben, en de zorg moet voor u doelmatig zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

25. Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft

Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft. Dat staat dan in de vergoeding. Kiest u voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden [maximale vergoedingen](#). Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de [Zorgzoeker](#) op onze site.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2024? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling gewoon afmaken bij die zorgverlener. Dit geldt niet voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het [reglement Zvw-pgb](#).

Hardheidsclausule

Als u vindt dat de maximale vergoeding voor een zorgverlener zonder contract u verhindert bij het vinden van een geschikte zorgverlener dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. U moet dan aangeven waarom de vergoeding uw keuze zou verhinderen. Dit geldt niet als u gebruik maakt van het Zvw-pgb of voor zorg uit de aanvullende verzekering.

26. Er geldt altijd een maximum voor de vergoeding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt soms het tarief. Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér.

Is er geen vaste of maximumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij fysiotherapie uit de Vrije Keuze Basisverzekering en medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

Voor een aantal vergoedingen gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners onze eigen maximale vergoedingen. Dat staat in algemene regel 25.

- **Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico**

27. Wettelijke eigen bijdragen

Voor sommige zorg van de basisverzekering (zoals kraamzorg, sommige geneesmiddelen of een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage. Dat is het bedrag dat u zelf moet betalen voor de zorg. Wij noemen die hierna eigen bijdrage. De overheid bepaalt deze eigen bijdrage.

Krijgt u een maximale vergoeding omdat een zorgverlener geen contract met ons heeft? Dan komt de eigen bijdrage bovenop de eventuele bijbetaling.

28. Verplicht eigen risico vanaf 18 jaar

U betaalt ook het verplichte eigen risico. De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. Voor 2024 is het bedrag € 385. Dit deel van uw zorgkosten betaalt u zelf. Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering.

U betaalt alleen eigen risico over het bedrag dat wij vergoeden. U betaalt dus geen eigen risico over de eigen bijdrage. Of over een eventuele bijbetaling als u een zorgverlener kiest waarmee we geen contract hebben. Dit werkt zo. Als wij een rekening krijgen, halen we daar eerst de eigen bijdrage en een eventuele bijbetaling vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico.

Bij geneesmiddelen werkt dit anders. Als u de maximale eigen bijdrage van € 250 heeft betaald, vergoedt de basisverzekering de rest. Voor die kosten geldt dan wel het eigen risico.

29. Verplicht eigen risico als u 18 jaar wordt

Het eigen risico gaat in op de 1e dag van de maand na die waarin u 18 jaar wordt. Onder de 18 en in de maand van de 18e verjaardag geldt het eigen risico niet.

30. Vrijwillig eigen risico

U kunt bovenop het verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. Ook dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. U krijgt dan wel korting op de premie. In de premietabel staat welke bedragen u kunt kiezen als vrijwillig eigen risico. Met de korting. Wij verrekenen zorgkosten eerst met het verplichte en dan met het vrijwillig eigen risico.

31. Vrijwillig eigen risico als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar en wilt u een vrijwillig eigen risico? Dan moet u dat aan ons doorgeven binnen 30 dagen nadat u 18 jaar bent geworden. Doet u dat niet, dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Tot dan geldt alleen het verplichte eigen risico.

32. Voor sommige zorg geen eigen risico

Het verplicht of vrijwillig eigen risico geldt niet voor:

- huisartsenzorg. Maar het eigen risico geldt wel voor onderzoek of behandeling buiten de huisartsenpraktijk, als de huisarts het voorschrijft en de kosten apart in rekening worden gebracht
- zorg van de huisarts, samen met andere zorgverleners, bij chronische aandoeningen
- verpleging en verzorging. Maar het eigen risico geldt wel bij eerstelijns verblijf
- voetzorg bij een verhoogd risico op wondjes en zweren aan uw voeten (voetulcera) door een aandoening of na een medische behandeling
- programma's voor stoppen met roken
- gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht
- medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik van geneesmiddelen op recept door de apotheek. Maar het eigen risico geldt wel voor de geneesmiddelen zelf
- specifiek aangewezen geneesmiddelen op onze [lijst voorkeursgeneesmiddelen](#). Maar het eigen risico geldt wel voor de dienstverlening van de apotheek die daarbij hoort, zoals de terhandstellingskosten of een begeleidingsgesprek
- verloskundige zorg en kraamzorg. Maar het eigen risico geldt wel voor zorg die daarmee te maken heeft, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer
- hulpmiddelen in bruikleen. Maar het eigen risico geldt wel voor verbruiksartikelen voor deze hulpmiddelen en kosten van gebruik
- zorg voor u als orgaan- of weefseldonor, als de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar) voorbij is
- vervoerskosten die u als orgaan- of weefseldonor maakt tijdens de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar)
- zorg die de aanvullende verzekeringen vergoeden

33. Eigen risico per kalenderjaar

Declareert u of uw zorgverlener zorg die onder het eigen risico valt? Dan telt die zorg mee voor het eigen risico van het jaar van behandeling. Soms moet de zorgverlener consulten, onderzoeken en behandelingen in 1 keer declareren. Bijvoorbeeld met een dbc. Dan telt de dbc mee voor het eigen risico in het jaar waarin deze is geopend.

34. Eigen risico als de rekening veel later komt

Maakt u in 2024 zorgkosten? En stuurt uw zorgverlener ons de rekening pas in 2026 of later? Dan brengen we het verplichte eigen risico niet in rekening. Behalve als het aan u ligt dat wij de rekening niet eerder ontvingen. Dan kunnen wij het eigen risico wel in rekening brengen.

35. Eigen risico als u een deel van het jaar verzekerd bent

Bent u een deel van het jaar bij ons verzekerd? Dan passen wij het verplichte en vrijwillige eigen risico en de maximale eigen bijdrage voor geneesmiddelen aan. Wij berekenen dit dan op basis van het aantal dagen dat de verzekering heeft gelopen. Het bedrag ronden wij af op hele euro's.

Wordt u in de loop van het jaar 18? Ook dan passen wij het eigen risico aan. Maar niet de eigen bijdrage voor geneesmiddelen. Want die geldt ook onder de 18.

Uw verzekering gaat in op 3 februari. Er zijn dan 33 dagen van het jaar voorbij en nog 332 te gaan. Uw eigen risico is 332/365 van € 385: € 350,19. We ronden dat af op € 350.

● Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

36. Vergoeding volgens andere wetten

Soms moet u voor zorg of hulp naar het zorgkantoor of de gemeente. Dan vergoeden onze Vrije Keuze Basisverzekering en aanvullende verzekeringen de zorg of hulp niet. Ook niet als u de zorg of hulp van zorgkantoor of gemeente niet voldoende vindt. OntzorgPlus heeft een eigen regeling.

Het gaat onder meer om:

- intensieve zorg (Wet langdurige zorg, Wlz)
- ondersteuning om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Wmo)
- zorg en hulp voor jongeren (Jeugdwet)

37. Wat de basisverzekering niet vergoedt

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende zorg en diensten ook niet. De aanvullende verzekeringen soms wel.

- Eigen bijdragen volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) of Jeugdwet
- Eigen bijdragen voor bevolkingsonderzoek
- Keuringen (bijvoorbeeld aanstellings- en rijbewijskeuringen)
- Doktersverklaringen
- De griep prik. Benfit en hoger vergoeden de griep prik wel. Helemaal of voor een deel
- Geneesmiddelen tegen ziekte op reis. Startfit en hoger vergoeden deze middelen wel. Helemaal of voor een deel
- Alternatieve geneeswijzen. Startfit en hoger vergoeden deze zorg wel. Helemaal of voor een deel
- Kosten voor niet of te laat betalen van rekeningen
- Niet nagekomen afspraken (no-show)
- Schade door (burger)oorlog, opstand en andere conflicten die hierop lijken in Nederland
- Activiteiten om een bepaald sportniveau te bereiken. Of sportprestaties te verbeteren. Als het gaat om zorg door de sportarts, dan vergoeden Optifit en hoger deze kosten wel. Helemaal of voor een deel

38. Terrorisme

Bij zorg door terrorisme² krijgt u mogelijk een lagere vergoeding. Wij hebben onze verplichting om deze zorg te vergoeden verzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V. (NHT). Deze verzekering vergoedt maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Zijn er meer kosten? Dan vergoedt de NHT deze voor een deel. Wij vergoeden de zorg dan ook voor dit deel. Het [Clausuleblad terrorismedekking](#) van de NHT regelt de vergoeding. Hebben wij de zorg niet verzekerd bij de NHT? Ook dan vergoeden wij de zorg alsof deze wel verzekerd zou zijn bij de NHT.

Woont u niet in Nederland? Dan wordt zorg door terrorisme niet vergoed.

39. Extra vergoeding van de overheid

De overheid kan in bijzondere situaties (bijvoorbeeld bij natuurrampen) een deel van de zorg vergoeden.

40. Als u meer verzekeringen heeft

Voor de aanvullende verzekeringen gelden de volgende 2 beperkingen. Meestal merkt u hier niets van. Verzekeraars lossen dit zoveel mogelijk samen op.

1. **De aanvullende verzekering vergoedt niet voor het deel waarvoor een andere regeling geldt.** De aanvullende verzekeringen zijn zogenaamde excedentverzekeringen. Dit betekent dat de vergoedingen niet gelden voor zover een andere regeling vergoedt. Daarboven vergoeden wij wel. Tot de maximale vergoeding. Een regeling is een verzekering, wet of voorziening.
2. **De aanvullende verzekering vergoedt niet bij samenloop.** Samenloop betekent dat zorg of zorgkosten onder 2 of meer regelingen vallen. Of onder die andere regeling zou vallen, als de aanvullende verzekering niet bestond. Het maakt niet uit of de andere regeling eerder of later is ingegaan.

41. Wat wij ook niet vergoeden

Tot slot vergoeden wij ook niet in de volgende situaties.

Zorg binnen de familie

Onze Vrije Keuze Basisverzekering en aanvullende verzekeringen vergoeden geen zorg die is voorgeschreven of geleverd:

- door de verzekerde aan zichzelf
- door een gezinslid of een familielid in de 1e of 2e graad van de verzekerde aan die verzekerde

Wij vergoeden de zorg wel als we vooraf toestemming hebben gegeven.

Niet-gecontracteerde zorg

Voor enkele zorgsoorten beperken wij de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Dat staat in algemene regel 25. Krijgt u die zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben? Dan krijgt u een maximale vergoeding. Onze aanvullende verzekeringen vergoeden de kosten boven die maximale vergoeding niet.

Heeft u een (gedeeltelijke) natura basisverzekering? En gaat u naar een zorgverlener waarmee uw verzekeraar geen contract heeft? Dan moet u bijna altijd een deel van uw zorgkosten zelf betalen. Onze aanvullende verzekeringen vergoeden dat deel niet.

Opzet of roekeloosheid

Onze aanvullende verzekeringen vergoeden ook geen zorg of diensten die nodig is/zijn als gevolg van uw opzet of roekeloosheid.

Soms ook uitsluiting in de vergoeding

In de vergoedingen staan soms aanvullende uitsluitingen. Dan vergoeden wij ook niet.

● Ik wil zorgkosten declareren

U heeft zorg gekregen. Hoe zit het dan met de vergoeding? Vaak heeft u hier geen omkijken naar. Want zorgverleners sturen ons meestal de rekening rechtstreeks. Krijgt u toch zelf een rekening? Dan kunt u die op verschillende manieren bij ons indienen. Hieronder leest u meer.

42. Uw zorgverlener dient de rekening in

Veel zorgverleners dienen de rekening elektronisch bij ons in. Wij betalen meestal rechtstreeks aan de zorgverlener. Zo voldoen wij aan de verplichting om uw rekening te vergoeden. Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop u recht heeft? Dan gaat u ermee akkoord dat wij zelf het verschil bij de zorgverlener terugvragen.

43. Soms moet u zorgkosten terugbetalen

Soms moet u ons zorgkosten terugbetalen. Als wij rechtstreeks met uw zorgverlener afrekenen, betalen wij soms de hele rekening. Ook als u een deel ervan zelf moet betalen door eigen risico of eigen bijdrage. Of omdat uw verzekering niet alle zorg vergoedt. Voor het bedrag dat u zelf moet betalen, krijgt u van ons een rekening. Die moet u binnen 21 dagen betalen.

44. Als u zelf de rekening indient

Dient u zelf een rekening van een zorgverlener bij ons in? Dan moet u zich aan de volgende regels houden. Anders kan het zijn dat wij de kosten niet vergoeden. Of dat u de vergoeding moet terugbetalen.

Dien uw rekeningen zo snel mogelijk bij ons in. We moeten ze binnen 3 jaar hebben ontvangen. De 3 jaar gaan in op het moment dat u de rekening van de zorgverlener krijgt.

Rekeningen die u indient moeten duidelijk en volledig zijn. Er moet onder andere op staan welke zorg u van wie heeft gekregen, de datum en het nummer van de rekening. De rekeningen moeten in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans zijn. Anders kunnen wij om een vertaling vragen.

Als u de rekening digitaal indient, moet u het origineel nog 1 jaar bewaren. U kunt de rekening via de ONVZ app of onze site indienen. Maar dan moet u de originele rekening vanaf dat moment nog 1 jaar bewaren. En die aan ons sturen als wij die bij u opvragen.

Wij betalen de vergoeding bijna altijd aan u. Maar betalen wij de vergoeding rechtstreeks aan uw zorgverlener en betalen wij meer dan waarop u recht heeft? Dan gaat u ermee akkoord dat wij zelf het verschil bij de zorgverlener terugvragen.

45. Controle

Wij kunnen rekeningen controleren. Wij gaan dan bijvoorbeeld na of u de zorg of dienst wel heeft gekregen en nodig had. Is dat niet zo? Dan kan het zijn dat u moet terugbetalen. Als wij de rekening rechtstreeks aan uw zorgverlener hebben betaald, vragen wij uw zorgverlener om terug te betalen. U gaat daarmee akkoord.

● Ik betaal premie

46. Premiebetaling vooraf

De hoofdverzekerde moet de premies voor de verzekeringen steeds vooraf betalen. U kunt per maand, kwartaal, half jaar of jaar betalen.

47. Premie voor kinderen

Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u voor de volgende 6 verzekeringen geen premie:

- Vrije Keuze Basisverzekering
- Vrije Keuze Startfit
- Vrije Keuze Benefit
- Vrije Keuze Optifit
- Wereldfit
- OntzorgPlus

Voor Vrije Keuze Topfit en Superfit geldt een kinderpremie. Die betaalt u voor maximaal 2 kinderen. U moet kinderen zelf aanmelden.

U gaat premie betalen vanaf de 1e maand na de 18e verjaardag. Dan bestaat ook geen recht meer op de kinderpemie.

48. Korting op uw premie

U betaalt de basispremie. Daar kunnen nog kortingen vanaf gaan. De basispremie en de kortingen staan in de [premietabel](#). Korting krijgt u:

- als u per kwartaal, half jaar of jaar betaalt in plaats van per maand
- als u een vrijwillig eigen risico kiest

Korting op de premie van de aanvullende verzekeringen krijgt u als deelnemer aan:

- de collectiviteit van Vereniging ONVZ
- een andere collectiviteit die de aanvullende verzekering(en) met korting aanbiedt

49. Toeslag op uw premie

Combineert u onze aanvullende verzekering(en) niet met een Vrije Keuze Basisverzekering? Dan betaalt u een toeslag. In de [premietabel](#) staan de premies en de toeslagen.

Woont u in het buitenland? Daar geldt soms een heffing of belasting op de premie. Deze berekenen wij aan u door.

50. Premie over een deel van de maand

Start of stopt uw verzekering in de loop van een maand? Dan berekenen wij de premie over een deel van 1 maand. Daarbij stellen wij 1 maand op 30 dagen.

51. Als u premie niet (op tijd) betaalt

Betaalt u de premie van de Vrije Keuze Basisverzekering niet (op tijd)? Dan geldt de volgende regeling. Wat geldt voor aanvullende verzekeringen staat in algemene regel 74.

Wij verrekenen met wat u van ons tegoed heeft

Wij kunnen niet (op tijd) betaalde premies verrekenen met door u gedeclareerde kosten. Of andere bedragen die u van ons tegoed heeft. Andersom mag u premie die u moet betalen, niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.

Premieachterstand van 2 maandpremies

Heeft u een premieachterstand die overeenkomt met 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om die te accepteren. Als u de regeling niet accepteert, krijgt u informatie over de gevolgen daarvan.

Heeft u anderen verzekerd en is er voor hen (ook) een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten hierover aan u. En ze kunnen dan zelf een basisverzekering afsluiten.

Premieachterstand van 4 maandpremies

Bij een premieachterstand die overeenkomt met 4 maandpremies ontvangt u een waarschuwing. Dat we u bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers als u een betalingsachterstand van 6 maandpremies heeft. Dat doen we niet als u:

- alsnog een betalingsregeling accepteert
- ons binnen maximaal 4 weken na de waarschuwing laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij ons. Of dat de premieachterstand niet juist is berekend. U ontvangt bericht van ons of wij dit met u eens zijn. Zijn wij het niet eens? Dan kunt u uw bezwaar voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de burgerlijke rechter. Informatie over het indienen van een klacht bij de SKGZ staat in algemene regels 79 en 80. Als u dat doet binnen 4 weken nadat u bericht van ons heeft ontvangen, melden wij u in ieder geval niet aan bij het CAK tot de SKGZ of de rechter heeft beslist

Premieachterstand van 6 maandpremies

Bij een premieachterstand die overeenkomt met 6 maandpremies of meer melden wij u aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers. U moet dan de bestuursrechtelijke premie aan het CAK gaan betalen. Die premie is (veel) hoger dan de premie bij ons. Als u de bestuursrechtelijke premie moet betalen, hoeft u ons geen premie te betalen.

We melden u niet aan als u de zaak heeft voorgelegd aan de SKGZ of de rechter zoals hierboven vermeld.

Of als u zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en een contract heeft gesloten om uw schulden te regelen.

Afmelding bij het CAK

Wij melden u af bij het CAK als u alle kosten heeft betaald. Dat is het totaal van de verschuldigde premies, de door ons voorgesloten zorgkosten of onterechte vergoedingen én de incasso- en proceskosten.

Als wij u hebben afgemeld bij het CAK, stopt het betalen van de bestuursrechtelijke premie. En betaalt u weer premie aan ons.

Geen bestuursrechtelijke premie

U hoeft de bestuursrechtelijke premie aan het CAK niet (meer) te betalen als:

- de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op u van toepassing is
- u deelneemt aan een schuldenregeling via een professionele schuldhulpverlener en wij hieraan deelnemen
- wij met u een betalingsregeling zijn aangegaan

52. Verplichte premiebetaling per maand

Betaalt u premie per kwartaal, per half jaar of per jaar en betaalt u niet (op tijd)? Dan kunnen wij bepalen dat u per maand moet betalen. De premiekorting voor betaling per kwartaal, half jaar of jaar vervalt dan.

Dit geldt voor uw Vrije Keuze Basisverzekering en aanvullende verzekering(en).

53. Als u andere kosten niet (op tijd) betaalt

Betaalt u door ons voorgesloten zorgkosten (waaronder eigen risico of eigen bijdragen) of onterechte vergoedingen niet (op tijd)? Dan geldt voor de Vrije Keuze Basisverzekering het volgende.

Verrekenen met wat u van ons tegoed heeft

Wij hebben het recht om de voorgesloten kosten en onterechte vergoedingen te verrekenen met door u gedeclareerde kosten of andere bedragen die u van ons tegoed heeft. Andersom mag u premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.

Wij bieden u een betalingsregeling aan

Heeft u een betalingsachterstand van de voorgesloten kosten en onterechte vergoedingen? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan.

Wat geldt voor de aanvullende verzekering staat in algemene regel 74.

54. Incassokosten

Als u premie, voorgesloten kosten of onterechte vergoedingen moet (terug)betalen, noemen wij dat een vordering. Moeten wij kosten maken voor de incasso van onze vordering? Dan komen die kosten voor uw rekening, tot het wettelijk toegestane of gemaximeerde bedrag. Dit kunnen kosten van een rechtszaak zijn, maar ook kosten die wij moeten maken zonder tussenkomst van een rechter (buitengerechtelijke incassokosten). Bijvoorbeeld kosten van een incassobureau. Het bedrag van deze buitengerechtelijke incassokosten stellen wij vast volgens de Wet normering buitengerechtelijke incassokosten en het bijbehorende Besluit met een minimum van € 40. U bent die kosten verschuldigd vanaf het moment dat u uw verplichting niet nakomt. Gaat het om kosten van een rechtszaak en krijgen wij in die rechtszaak gelijk? Dan bepaalt de rechter de hoogte van de gerechtelijke kosten. Die moet u betalen bovenop het bedrag van de vordering en de buitengerechtelijke kosten.

55. Detentie

Tijdens detentie worden uw verzekeringen opgeschort. De overheid regelt dan uw zorg. U kunt bij ons dan geen aanspraak maken op vergoeding van zorg. En u hoeft ook geen premie te betalen. U moet ons laten weten dat u in detentie zit, en voor welke periode. U moet ons ook laten weten wanneer u vrij bent gekomen.

● **Meewerken en informeren**

56. Meewerken bij aanvragen, controle of onderzoek

Hebben wij voor (het beoordelen van) een aanvraag, voor controle of voor onderzoek informatie nodig? Daar moet u aan meewerken. U moet zorgen dat onze medisch adviseur of een andere medewerker die informatie krijgt. Bijvoorbeeld van uw behandelend arts. Hierbij gelden de privacyregels. Werkt u niet mee? Dan kan het zijn dat u zorg of diensten niet vergoed krijgt. Of ons vergoedingen moet terugbetalen.

57. Melden belangrijke veranderingen

Belangrijke veranderingen in uw situatie moet u binnen 1 maand aan ons doorgeven. Met belangrijk bedoelen we gebeurtenissen die wij moeten weten om uw verzekering(en) goed uit te voeren. Bijvoorbeeld:

- u verhuist naar het buitenland of gaat daar werken
- u krijgt een ander bankrekeningnummer
- u heeft een kind gekregen
- u bent niet langer verplicht om een basisverzekering te hebben

Doet u dit niet, dan kan het zijn dat u rekeningen niet vergoed krijgt. Of ons vergoedingen moet terugbetalen.

58. Aansprakelijkheid van anderen

Is iemand anders aansprakelijk voor uw zorgkosten? Bijvoorbeeld omdat u bent aangereden? Of heeft u een (reis)verzekering met dekking voor medische kosten? U moet meewerken als wij de zorgkosten bij de aansprakelijke persoon of de (reis)verzekeraar willen terugvragen. Vraagt u zelf ook (andere) kosten terug bij de tegenpartij? Dat mag onze rechten dan niet beperken. Anders kan het zijn dat u zorgkosten aan ons moet terugbetalen.

• Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig

59. Persoonsgegevens

Als u bij ons een verzekering heeft of aanvraagt, nemen wij uw gegevens op in onze administratie. Als u ons belt, kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons [privacy statement](#).

Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden. Wij nemen dan maatregelen.

60. Burgerservicenummer (BSN)

Wij moeten uw BSN in onze administratie opnemen. Wij moeten het ook gebruiken bij contacten met zorgverleners.

61. Waarvoor wij uw gegevens gebruiken

Wij gebruiken uw gegevens, opgenomen telefoongesprekken en chatgeschiedenis:

- om uw verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
- voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
- voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit

Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen wij alleen als dat nodig is voor deze doelen.

Wij gebruiken uw gegevens ook voor marketing. Dat geldt niet voor medische gegevens, opgenomen telefoongesprekken en chatgeschiedenis.

Meer informatie hierover staat in ons [privacy statement](#). Ook over uw rechten.

62. Stichting CIS

Stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nakijken of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via CIS uitwisselen met andere verzekeraars, als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het privacyreglement van CIS vindt u op www.stichtingcis.nl.

63. Uitwisselen persoonsgegevens

Om uw verzekeringen uit te voeren, vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens van/aan onder meer zorgverleners en leveranciers van hulpmiddelen. Wij doen dat digitaal via het netwerk voor veilige communicatie in de zorg (Vecozo). Of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die u krijgt makkelijk en veilig bij ons worden gedeclareerd.

Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij na of u (nog) recht op premiekorting heeft.

64. Marketing

Wilt u geen post, e-mail of andere uitingen ontvangen met marketing als doel? Geef het aan ons door. Dan sturen wij u deze informatie niet meer.

• Wijzigen van de verzekering

65. Overstappen van aanvullende verzekering

Stapt u over naar een andere aanvullende verzekering van ONVZ? Dan tellen zorgkosten die de oude aanvullende verzekering heeft vergoed mee voor de maximale vergoeding van de nieuwe aanvullende verzekering. Dat geldt dus ook als u wisselt tussen aanvullende verzekeringen van ONVZ Vrije Keuze en ONVZ Bewuste Keuze. Of tussen aanvullende verzekeringen van ONVZ en die van VvAA Zorgverzekering.

66. Wij kunnen de verzekering wijzigen

Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen wijzigen. Zowel voor de Vrije Keuze Basisverzekering als voor de aanvullende verzekeringen. De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen, gaat de nieuwe premie na 7 weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in algemene regel 67.

Uitleg

1. Professionele standaard: Geheel van professionele medische normen dat aangeeft wat goed handelen is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren, onder meer beschreven in door de betrokken beroepsgroep gepubliceerde waarborgdocumenten en in kwaliteitsinstrumenten opgenomen in het openbare register
2. Terrorisme: Gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen

● 4. Ik ga weg bij ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering

We hopen natuurlijk dat u bij ons blijft. Wilt u de verzekering toch beëindigen? Hier leest u hoe en wanneer dat kan.

● Opzeggen

67. U zegt de verzekering op

De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen. Dit kan met een brief of via onze [site](#). Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar.

In 5 gevallen kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen:

- als de bedenktijd van algemene regel 18 nog niet om is
- als u van werkgever verandert en bij uw oude én nieuwe werkgever deelneemt aan een collectieve verzekering. De opzegging moet dan binnen 1 maand na het einde van uw oude dienstverband bij ons binnen zijn. De opzegging gaat in op de 1e dag van de volgende maand. Anders loopt de oude verzekering nog door tot 1 januari van het volgende jaar. De korting van de collectieve verzekering geldt dan niet meer
- als de hoofdverzekerde iemand anders verzekerd heeft en deze verzekerde een nieuwe verzekering krijgt. Bijvoorbeeld bij scheiding. De oude verzekering eindigt op het moment dat de nieuwe verzekering ingaat. De opzegging moet wel op dat moment bij ons binnen zijn. Anders loopt de oude verzekering nog door in de maand waarin wij de opzegging ontvangen en de maand daarna
- als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 66. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. U moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat. Of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling. Of als de wijziging in uw voordeel is
- als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u laat weten dat wij medische gegevens over u hebben bekeken die niet voor ons bestemd waren. Wij zullen dat nooit doen. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa bij ons binnen zijn. Uw verzekering eindigt dan op de 1e dag van de 2e maand na uw opzegging

Een aanvullende tandverzekering kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen als u in een Wlz-instelling verblijft en in die instelling behandeling krijgt. De tandverzekering eindigt dan op de 1e dag van de maand volgend op die waarin wij de opzegging hebben ontvangen.

68. Opzeggen basisverzekering via CAK

Als het CAK u bij ons heeft verzekerd, kunt u de eerste 12 maanden niet opzeggen. Daarna wel, ook tijdens het jaar. Het CAK is een organisatie van de overheid. Die kijkt wie geen basisverzekering heeft, maar er wel een moet hebben. Als het nodig is, sluit het CAK dan een basisverzekering voor u af. En kiest zelf de verzekeraar.

U kunt die verzekering binnen 14 dagen opzeggen als u laat zien dat u wél een basisverzekering had.

- **Soms eindigt de basisverzekering van ONVZ zonder opzegging**

69. Geen recht op de basisverzekering

Blijkt na het afsluiten van een Vrije Keuze Basisverzekering dat u hier geen recht op heeft? Dan eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering vanaf de ingangsdatum. Of de datum waarop u er geen recht meer op had. U heeft bijvoorbeeld geen recht op een Vrije Keuze Basisverzekering als u werkt in een ander EU-land. Dan moet u in dat land een zorgverzekering afsluiten.

Heeft u al premie betaald? Dan betalen wij die terug. Zorgkosten die wij hebben vergoed, halen wij hier van af. Zijn de door ons betaalde zorgkosten hoger dan de betaalde premie? Dan moet u ons het verschil terugbetalen.

70. Beëindiging bij overlijden

De verzekeringen eindigen op de dag nadat verzekerde is overleden. Teveel betaalde premie betalen wij terug of verrekenen wij.

71. Als onze vergunning wordt ingetrokken

De Vrije Keuze Basisverzekering eindigt ook als onze vergunning als schadeverzekeraar zou worden ingetrokken. U krijgt daarvan minimaal 2 maanden vooraf bericht.

- **Soms beëindigen wij de verzekering**

72. Wijzigen aanvullende verzekering van kinderen

Verlaagt u of uw partner de aanvullende verzekering? Dan verlagen wij ook de aanvullende verzekeringen van de kinderen. Beëindigt u of uw partner de aanvullende verzekering? Of doen wij dat? Dan beëindigen wij ook de aanvullende verzekeringen van de kinderen. Wij verlagen of beëindigen niet als er een verzekerde van 18 jaar of ouder is op dezelfde polis met een gelijke of hogere aanvullende verzekering dan de kinderen.

73. Beëindigen aanvullende verzekering zonder recht op de basisverzekering

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en) als uw Vrije Keuze Basisverzekering eindigt omdat u geen recht meer heeft op een (Nederlandse of buitenlandse) basisverzekering.

Wij beëindigen uw Superfit als u buiten Nederland gaat wonen.

74. Beëindigen aanvullende verzekering als u niet (op tijd) betaalt

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Voor wij uw verzekering(en) beëindigen, doorlopen wij de volgende stappen.

Wij verrekenen met wat u van ons tegoed heeft

Wij kunnen niet (op tijd) betaalde premies verrekenen met door u gedeclareerde kosten. Of andere bedragen die u van ons tegoed heeft. Andersom mag u premie die u moet betalen, niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.

Aanmaning

Als u de premie niet (op tijd) betaalt, sturen wij u een aanmaning. Dat doen wij ook als u zorgkosten die wij hebben voorgeschoten, niet (op tijd) terugbetaalt.

Beëindiging

Betaalt u het openstaande bedrag niet (op tijd)? Dan kunnen wij uw aanvullende verzekering(en) beëindigen. Dat doen wij dan vanaf de datum waarop u de premie of kosten had moeten betalen.

75. Bedreiging of intimidatie

Wij kunnen de verzekering(en) ook beëindigen als u onze medewerkers bedreigt of intimideert. Of als u onze eigendommen beschadigt.

• Als u fraudeert

76. Fraude

Bij fraude overtreedt u bewust een regel of u laat dit doen om er zelf beter van te worden. Of om er iemand anders beter van te laten worden. Dit is bijvoorbeeld het geval als u met onjuiste of onvolledige informatie bij ons een verzekering afsluit of probeert af te sluiten. Of van ons een vergoeding of dienst krijgt of probeert te krijgen waarop u geen recht heeft.

Voorbeelden van fraude zijn:

- u stuurt ons vervalste stukken
- u geeft ons bewust een onjuist beeld van uw situatie
- u vermeldt bij een declaratie iets wat niet waar is
- u houdt informatie achter die voor ons van belang is

77. Onderzoek naar fraude

Bij een vermoeden van fraude doen wij onderzoek. Wij houden ons aan het [Protocol Verzekeraars en Criminaliteit](#). Daarin staan afspraken van verzekeraars over het aanpakken van fraude.

78. Maatregelen bij fraude

Is fraude vastgesteld? Dan kunnen dit de gevolgen zijn:

- rekeningen waarmee is gefraudeerd vergoeden wij niet
- rekeningen die wij onterecht aan u of uw zorgverlener hebben betaald moet u aan ons terugbetalen
- kosten van het fraudeonderzoek zijn voor uw rekening
- wij kunnen aangifte doen bij de politie
- wij kunnen uw gegevens (laten) opnemen in de registers die in algemene regel 62 staan
- wij kunnen uw verzekering(en) met terugwerkende kracht beëindigen tot de datum van de fraude
- wij kunnen u tot 5 jaar daarna weigeren voor een nieuwe verzekering

• Als u niet tevreden bent of een klacht heeft

Wij doen steeds ons best om u zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch kan het gebeuren dat u niet tevreden bent. Wilt u een klacht indienen? Hieronder staat hoe dat kan.

79. Een klacht indienen

Bent u het niet eens met onze beslissing? Of ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u bij onze Klachtenservice een klacht indienen. Dat kan als volgt:

- Postbus 392
3990 GD Houten
- e-mail: klachtenservice@onvz.nl
- het klachtenformulier op www.onvz.nl

U ontvangt een bevestiging als uw klacht bij ons binnen is. Wij reageren binnen 10 werkdagen inhoudelijk op uw klacht. Gaat het langer duren? Dan hoort u dat van ons.

80. Met uw klacht naar de SKGZ

Bent u niet tevreden met onze reactie? Of reageren wij niet? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De procedure bij de SKGZ verloopt als volgt.

Eerst probeert de Ombudsman Zorgverzekeringen uw klacht op te lossen door bemiddeling. Lukt dat niet? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Meer informatie vindt u op de site skgz.nl/procedure. Daar staat ook hoe u uw klacht bij de SKGZ kunt indienen.

U moet de klacht op tijd bij de SKGZ indienen. De SKGZ heeft 4 termijnen.

Heeft u een reactie van ons gekregen? U kunt uw klacht tot 1 jaar na onze reactie indienen bij de Ombudsman.

Hebben wij niet gereageerd? U kunt uw klacht tot 1 jaar na uw vraag aan ONVZ indienen bij de Ombudsman.

Heeft de Ombudsman uw probleem volgens u niet opgelost? En wilt u uw klacht daarom voorleggen aan de Geschillencommissie? Dan moet u dat doen binnen 90 dagen na het bericht van de Ombudsman dat (verder) bemiddelen volgens hem niet mogelijk is.

Wilt u uw klacht direct aan de Geschillencommissie voorleggen? Dan gelden dezelfde termijnen als voor het indienen van een klacht bij de Ombudsman.

Naar de rechter kan ook

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de burgerlijke rechter. Dan kunt u niet meer naar de SKGZ.

81. Een klacht over onze formulieren

Is uw klacht dat onze formulieren te ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u deze ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) indienen. Telefonisch of per e-mail.

Informatielijn: 088 770 87 70

E-mail: informatielijn@nza.nl

• Recht dat van toepassing is

82. De verzekeringen vallen onder Nederlands recht

Vergoedingen ONVZ Vrije Keuze

● Inhoudsopgave

Huisarts en gezond blijven	33
Huisarts (huisartsenzorg)	33
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	35
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)	37
Voetzorg	40
Psychische zorg bij de huisarts	43
Trombosedienst	45
Griep prik	46
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)	48
Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen	51
Stoppen met roken	54
Preventie cursussen	56
Preventief onderzoek	59
Overgangsconsulente	62
Ziekenhuis en medisch specialist	63
Medisch specialist	63
Ziekenhuisopname	66
Plastische chirurgie	69
Vruchtbaarheidsbehandelingen	72
In-vitrofertilisatie (ivf)	74
Erfelijkheidsonderzoek	77
Borstkanker: aanvullend onderzoek	79
Orgaantransplantatie en -donatie	81
Dialyse	83
Mechanische beademing	85
Voorwaardelijk toegelaten zorg	86
Second opinion	88
Verblijf in een logeerkamer	90
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder	92
Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort	93
Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na	96
Verpleging en verzorging	99
Verpleging en verzorging in de eigen omgeving	99
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	102
Eerstelijns verblijf	104
Vervangende mantelzorg	107
Hulp bij mantelzorg	109
Huishoudelijke hulp	111
Hospice	113
Bewegen	115
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	115

Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	118
Beweegprogramma's	122
Loophulpmiddelen	124
Zwemmen voor 50+	126
Revalidatie en herstel	127
Medisch-specialistische revalidatie	127
Geriatrische revalidatie	130
Ergotherapie	133
Zorghotel	135
Kuuroord	137
Therapeutisch kamp voor jongeren	138
Zwangerschap, bevalling en kind	139
Prenatale screening	139
Zwangerschap en bevalling	141
Kraamzorg	144
Kraampakket	148
Bevalling-TENS	149
Borstvoeding: lactatiekundige	150
Zorg bij adoptie	152
Plaswekker	154
Medicijnen en dieet	155
Geneesmiddelen basisverzekering	155
Geneesmiddelen aanvullende verzekering	159
Diëtetiek	162
Dieetpreparaten	164
Mond en gebit	166
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	166
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	169
Tandheelkundige zorg na een ongeval	173
Orthodontie tot 18 jaar	176
Orthodontie vanaf 18 jaar	178
Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar	180
Fronttandvervanging	183
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	185
Bijzondere tandheeskunde	187
ExpertClean tandenborstel	190
Psychische zorg	192
Geneeskundige ggz	192
Opname voor geneeskundige ggz	195
Anticonceptie	198
Anticonceptie	198
Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	201
Alternatief	203
Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg	203
Horen, zien en spreken	205
Audiologische zorg	205
Orthoptie	206

Zintuiglijk gehandicaptenzorg	208
Logopedie	210
Bril, (contact)lenzen en ooglaseren	212
Stottertherapie	214
Hulpmiddelen	216
Hulpmiddelen	216
Steunpessarium	219
Huid en haar	220
Acnebehandeling	220
Camouflage-instructie	222
Elektrische epilatie en laserbehandeling	224
Psoriasisdagbehandeling	226
Vervoer	227
Ambulancevervoer	227
Ziekenvervoer	229
Zorg in het buitenland en reizen	234
Buitenland: spoedeisende zorg	234
Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg	237
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen	240
Compensatie en verhaal	242
Vergoeding in bijzondere gevallen	242
Verhaalsbijstand bij letselschade	243

● Huisarts (huisartsenzorg)

Zorg begint bij de huisarts.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u gezondheidsproblemen? Of vragen over uw gezondheid? Dan is uw huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt.

Soms behandelt de huisarts u

De huisarts bespreekt uw vragen en klachten met u en stelt een diagnose. En laat uw bloed onderzoeken, of ander onderzoek doen, als dat nodig is. Meestal kan de huisarts u zelf behandelen. Soms wordt u doorverwezen naar een andere zorgverlener, zoals een fysiotherapeut of een specialist.

Soms behandelen andere zorgverleners u

Vaak werken in de praktijk van de huisarts nog andere zorgverleners: de praktijkondersteuners. Bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige, een longverpleegkundige of een psycholoog. Zij kunnen u zelfstandig behandelen, onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

Soms behandelen de huisarts en andere zorgverleners u samen

Bij COPD (chronische longproblemen), diabetes type 2 (suikerziekte) en cardiovasculair risicomanagement (hart- en vaatziekten) werkt de huisarts samen met zorgverleners buiten de praktijk. Bijvoorbeeld de fysiotherapeut en diëtist. Zo krijgt u zorg op maat. Dat noemen we ketenzorg.

Spoedzorg: eerst de huisarts of de huisartsenpost

Gaat het om een levensbedreigende situatie? Dan belt u 112. Voor andere spoedeisende vragen belt u eerst met uw huisarts. Is uw huisartsenpraktijk gesloten? Dan belt u met de huisartsenpost. Daar beoordelen ze hoe dringend uw hulpvraag is en welke zorgverlener u het beste kan helpen. Soms is een advies van de huisartsenpost genoeg. Is dat niet het geval? Dan vragen ze u om langs te komen. Als dat nodig is, krijgt u van de huisartsenpost een verwijzing voor de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Komt u bij de spoedeisende hulp zonder verwijzing? Dan kunt u niet altijd terecht of moet u langer wachten.

Al deze zorg samen is huisartsenzorg. De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt die.

Voor sommige vormen van huisartsenzorg gelden extra voorwaarden, of andere. Daarom staan deze apart vermeld:

- [Voetzorg](#)
- [Psychische zorg bij de huisarts](#)
- [Stoppen met roken](#)
- [Geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen \(gzsp\)](#)
- huisartsenzorg met opname ([Eerstelijns verblijf](#))

Individuele geneeskundige zorg bij infectieziekten en tuberculose vergoeden wij ook als u daarvoor naar een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding gaat. Deze werkt meestal bij de GGD.

Andere vergoedingen

Gaat u op reis? Er is een aparte vergoeding voor vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor (vakantie)reizen.

Voor preventief medisch onderzoek kunt u meestal ook gewoon bij de huisarts terecht. Wilt u meer doen aan preventie? Er zijn aparte vergoedingen voor (ander) Preventief onderzoek, Preventiecurcussen en de Griep prik.

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor huisartsenzorg betaalt u geen eigen bijdrage. Voor zorg die de huisarts voorschrijft, zoals geneesmiddelen, betaalt u soms wel een eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor huisartsenzorg geldt geen eigen risico. Voor zorg die de huisarts voorschrijft, zoals geneesmiddelen of (laboratorium)onderzoek, geldt het eigen risico wel. Dat is ook zo voor zorg door de arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding (GGD-arts). Zo werkt het eigen risico

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En ook dat de Vrije Keuze Basisverzekering geen keuringen (zoals een rijbewijs- of aanstellingskeuring) vergoedt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen omdat u bent ingeschreven bij de praktijk. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

● Diagnostiek voor eerstelijns zorg

Als de huisarts of andere eerstelijns zorgverlener extra onderzoek nodig vindt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Bij gezondheidsproblemen gaat u meestal eerst naar uw huisarts. Deze bespreekt uw vragen en klachten met u. Als dat nodig is, doet de huisarts lichamelijk onderzoek. En probeert zo vast te stellen wat er precies aan de hand is en wat de oorzaak is van uw klachten (de diagnose).

Soms heeft de huisarts voor een goede diagnose extra onderzoek nodig. Bijvoorbeeld bloedonderzoek, een hartfilmpje of een röntgenfoto. Dit kan vaak in de praktijk zelf. Dan hoort het bij de huisartsenzorg. Als het onderzoek niet in de huisartsenpraktijk kan, stuurt de huisarts u naar een laboratorium, een bloedprikpost of de polikliniek van het ziekenhuis. Dan geldt voor het extra onderzoek de vergoeding die u nu leest.

Naast de huisarts kan ook de verloskundige of een andere hieronder genoemde zorgverlener vragen om zo'n onderzoek of foto voor een goede diagnose. We noemen het daarom diagnostiek voor eerstelijns zorg, of eerstelijnsdiagnostiek. De huisarts, verloskundige of andere zorgverlener krijgt de uitslag van het onderzoek en kan u dan verder behandelen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze diagnostiek als het gaat om:

- laboratoriumonderzoek, zoals bloed- of urineonderzoek
- beeldvormende diagnostiek, zoals een röntgenfoto of scan
- functieonderzoek, zoals een hartfilmpje of longtest

De vergoeding geldt alleen als de diagnostiek wordt aangevraagd door:

- uw huisarts
- uw verloskundige, als dat nodig is voor zorg rondom zwangerschap en bevalling
- de jeugdarts, als dat nodig is voor zorg aan kinderen van 0 tot 4 jaar
- een specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten, als dat nodig is voor huisartsenzorg (ook tijdens Eerstelijns verblijf)
- een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding, als dat nodig is voor individuele zorg bij (een risico op) deze ziekten

Als bijvoorbeeld de fysiotherapeut of bedrijfsarts de diagnostiek nodig vindt, dan moet u daarvoor dus eerst langs uw huisarts.

De diagnostiek wordt uitgevoerd door:

- een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC)
- een productiesamenwerkingsverband¹
- een ziekenhuis
- de jeugdarts, als het gaat om diagnostische tests bij een vermoeden van koemelkallergie bij kinderen tot 4 jaar

Voor diagnostiek in verband met Prenatale screening gelden andere voorwaarden. Daarom staat deze apart vermeld.

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor diagnostiek voor eerstelijnszorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor diagnostiek voor eerstelijnszorg geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Productiesamenwerkingsverband: Een samenwerkingsverband van ziekenhuizen dat laboratoriumonderzoeken en andere diensten levert aan instellingen en eerstelijns zorgverleners

● Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

Eerstelijns zorg voor kwetsbare mensen die thuis wonen, bijvoorbeeld mensen met hersenletsel of met een verstandelijke handicap.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Kwetsbare mensen met gezondheidsproblemen wonen steeds vaker gewoon thuis. Bijvoorbeeld als iemand ouder wordt met meerdere gezondheidsproblemen tegelijk, of als iemand een chronische ziekte krijgt bij een verstandelijke beperking. Dat maakt de huisartsenzorg soms ingewikkeld. Dan kan de huisarts een specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten inschakelen om mee te denken. Of voor aanvullende behandeling doorverwijzen naar zo'n arts. Een kinderarts kan dat ook doen.

De zorg van de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten noemen we geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp). De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de gzsp in 3 vormen.

Advies aan de huisarts

De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten adviseert de huisarts. Dan ziet u zelf deze zorgverlener niet.

Consult en behandeling

De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten neemt de zorg, helemaal of voor een deel, over van de huisarts of kinderarts. De arts voert enkele gesprekken met u. En als meer zorg nodig is dan stelt de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten samen met u een zorgprogramma op. Daarin staat aan welke behandeldoelen u samen gaat werken, en hoe. Dat kan zijn om nieuwe vaardigheden te leren, om te zorgen dat uw klachten niet verergeren, of om te leren omgaan met uw beperkingen. De artsen kunnen hierbij ook iemand met meer kennis van de ggz inschakelen. Bijvoorbeeld een gz-psycholoog¹ of psychiater.

Dagbehandeling in een groep

Als u zelfstandig thuis woont en overdag behoefte heeft aan extra zorg, kan ook dagbehandeling in een groep deel uitmaken van het zorgprogramma. Die dagbehandeling krijgt u in een instelling, zoals een verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten. U krijgt dan zorg in een groep die helpt bij het bereiken van uw behandeldoel. Binnen dat zorgprogramma kunnen ook anderen u behandelen. Maar de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten blijft uw eerste aanspreekpunt. En die blijft verantwoordelijk voor uw totale behandeling. Voor mensen met gedragsproblemen kan ook één van de volgende zorgverleners eerste aanspreekpunt zijn:

- gz-psycholoog¹
- orthopedagoog-generalist
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychiater

Andere zorg nodig?

Vindt de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten dat u zorg nodig heeft van een fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, logopedist of diëtist? Dan valt die zorg ook onder uw zorgprogramma. Maar wij vergoeden die uit een van de 'Andere vergoedingen'. Let op dat de Vrije Keuze Basisverzekering de eerste 20 behandelingen fysiotherapie en oefentherapie niet vergoedt.

Hier kunt u terecht

Voor deze zorg kunt u via uw huisarts of kinderarts terecht bij de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten. Uw huisarts werkt vaak al samen met deze zorgverleners. Soms werken zij in de huisartsenpraktijk, of bijvoorbeeld in een verpleeghuis of andere instelling.

Dit wordt niet vergoed

- gzs als u een indicatie heeft voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz): het zorgkantoor is dan uw aanspreekpunt

Andere vergoedingen

Bij de dagbehandeling in een groep vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms ook het Ziekenvervoer naar de dagbehandeling.

Voor individuele Fysiotherapie en oefentherapie, Logopedie, Ergotherapie en Diëtetiek gelden die vergoedingen.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet een verwijzing van de huisarts of kinderarts hebben

De huisarts of kinderarts maakt de afweging of dit voor u de juiste zorg is. Als een verpleegkundig specialist of physician assistant² in de huisartsenpraktijk werkt, kan die dit ook namens de huisarts doen.

Soms moet u vooraf toestemming laten vragen

Dat moet als wij hierover geen afspraken hebben gemaakt met de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten. Bijna altijd hebben wij die wel. De arts weet of dat zo is. En zal, als dat nodig is, de toestemming voor u aanvragen.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten normaal gesproken verlenen als specifieke geneeskundige zorg voor deze doelgroep. Bij dagbehandeling in een groep is dat ook de zorg zoals klinisch psychologen die normaal gesproken verlenen. In beide gevallen geldt: Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Voor dagbesteding naar de gemeente

Heeft u behoefte aan een vorm van dagbesteding, maar heeft dit geen medisch doel binnen uw zorgprogramma? Dan moet de gemeente dit voor u regelen. U kunt hiervoor bij het zorgloket van uw gemeente terecht.

Uitleg

1. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

● Voetzorg

Extra aandacht voor uw voeten of uw looppatroon.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Jaarlijkse voetcontrole Bij verhoogd risico op voetulcera: voetcontrole en voetzorg
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 200 voor andere voetzorg en zolen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 500 voor andere voetzorg en zolen Max. per kalenderjaar
Superfit	100% voor andere voetzorg, € 500 voor zolen Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Er kunnen verschillende redenen zijn om uw voeten extra aandacht te geven. Een afwijkende stand van uw voeten of uw manier van lopen kan voetklachten geven. Dan kan een podoloog of podotherapeut u misschien helpen met advies of met podotherapeutische zolen. Of, bij een voetafwijking, met steunzolen. Die mag u ook bij een orthopedisch schoentechnicus laten aanmeten.

Soms zijn uw voeten extra kwetsbaar door een ziekte. Of door een medische behandeling. Goede voetzorg kan dan problemen voorkomen. Soms levert de huisarts deze zorg zelf. Soms vraagt de huisarts een podotherapeut of pedicure.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt voetzorg, maar alleen als u een verhoogd risico heeft op wondjes of zweren aan uw voeten (voetulcera) als gevolg van een ziekte of medische behandeling. U kunt dan een jaarlijkse voetcontrole laten doen. Uw huisarts onderzoekt uw voeten en stelt het risicoprofiel vast. Een podotherapeut kan dit ook doen.

Dit risicoprofiel zegt iets over de kwetsbaarheid van uw voeten. Er zijn 4 risicoprofielen volgens de Sims classificatie: 0, 1, 2 en 3. Hoe hoger het risicoprofiel, hoe meer zorg u nodig heeft. De huisarts of podotherapeut bepaalt uw risicoprofiel aan de hand van de volgende kenmerken:

- minder gevoel in uw voet (verlies van protectieve sensibiliteit)
- problemen met de doorbloeding van de voet (perifeer arterieel vaatlijden)
- een verhoogde kwetsbaarheid van de huid of verhoogde druk op de huid in uw voet

Heeft u bij de voetcontrole risicoprofiel 1 gekregen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering alleen de jaarlijkse voetcontrole.

Huisarts en gezond blijven

Heeft u risicoprofiel 2 of 3? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet alleen de jaarlijkse voetcontrole, maar ook de volgende voetzorg, om voetulcera te voorkomen of te behandelen:

- uitleg over gezonde leefstijl die voetproblemen kan voorkomen
- regelmatig gericht voetonderzoek
- vaststellen en behandelen van huid- en nagelproblemen, en van afwijkingen van de vorm en stand van uw voeten
- advies over de juiste schoenen

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden:

1. voetzorg als u risicoprofiel 1 heeft
2. podotherapie en podologie
3. orthese of nagelbeugel
4. podotherapeutische zolen
5. steunzolen

Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. Superfit vergoedt de consulten en behandelingen (1, 2 en 3) volledig, maar heeft een maximale vergoeding per kalenderjaar voor podotherapeutische zolen en steunzolen (4 en 5). De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

Voor voetzorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

- huisarts, of een verpleegkundige die werkt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts
- podotherapeut. Soms besteedt de podotherapeut een deel van de voetzorg uit, bijvoorbeeld aan een medisch pedicure. De podotherapeut blijft dan eindverantwoordelijk, en de kosten van de medisch pedicure zitten dan in de rekening van de podotherapeut

Voor preventieve voetzorg als u risicoprofiel 1 heeft uit de aanvullende verzekering:

- podotherapeut¹
- pedicure²
- medisch pedicure³
- paramedisch chiropodist⁴

Voor andere voetzorg uit de aanvullende verzekering:

- podotherapeut¹
- registerpodoloog⁵
- podoposturaal therapeut⁶

Voor steunzolen kunt u ook nog terecht bij de orthopedisch schoentechnicus⁷.

Dit wordt niet vergoed

- voetzorg als u geen verhoogd risico heeft op voetulcera (risicoprofiel 0)
- voetverzorging zoals eelt verwijderen of nagels knippen
- extra kosten voor behandeling aan huis of in een instelling

Andere vergoedingen

Voor orthopedische aanpassing van de schoen geldt de vergoeding Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen.

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor voetzorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor voetzorg geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

Het risicoprofiel en de agb-code moeten op de rekening staan

Krijgt u de voetzorg in verband met een verhoogd risico op voetulcera bij een aandoening of na een medische behandeling? Dan moet het risicoprofiel op de rekening staan. En de agb-code van de behandelaar.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Voor de voetzorg bij een verhoogd risico op voetulcera is gebruikelijke zorg: de zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen. Bij overige voetzorg is het: de voetzorg die medisch pedicures, podotherapeuten, registerpodologen of podoposturaal therapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Podotherapeut: Deze moet een actieve agb-code hebben
2. Pedicure: Deze moet in het Kwaliteitsregister Pedicures staan, met aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet' en een actieve agb-code hebben
3. Medisch pedicure: Deze moet in het Kwaliteitsregister Pedicures, het Register Paramedische Voetzorg of het Kwaliteitsregister van KABIZ staan en een actieve agb-code hebben
4. Paramedisch chiroprast: Deze moet in het Register Paramedische Voetzorg staan en een actieve agb-code hebben
5. Registerpodoloog: Deze moet in het Kwaliteitsregister van KABIZ staan en een actieve agb-code hebben
6. Podoposturaal therapeut: Deze moet in het Kwaliteitsregister van KABIZ staan en een actieve agb-code hebben
7. Orthopedisch schoentechnicus: Deze moet een actieve agb-code hebben

● Psychische zorg bij de huisarts

Iedereen is wel eens somber, of ziet het even niet meer zitten. Maar soms heeft u professionele hulp nodig.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u gezondheidsproblemen? Dan is uw huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt. Ook als het gaat om psychische klachten.

De huisarts ondersteunt u bij lichte psychische klachten. Bijvoorbeeld als u zich somber, gespannen of eenzaam voelt. In een huisartsenpraktijk werkt vaak een praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg (POH-ggz). Die is opgeleid voor het helpen van mensen met psychische klachten. De praktijkondersteuner kan gesprekken met u voeren, maar ook internetprogramma's inzetten bij de behandeling. Soms krijgt u geneesmiddelen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt psychische zorg door de huisarts of door de POH-ggz voor alle leeftijden.

In de gesprekken gaat de huisarts of de POH-ggz ook na of zij u wel de juiste zorg kunnen geven. Misschien heeft u meer of andere zorg nodig, bijvoorbeeld omdat uw klachten door een psychische stoornis komen. Dan verwijst de huisarts u door, naar de [Geneeskundige ggz](#). En geldt die vergoeding.

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan verwijst de huisarts u naar de jeugd-ggz. Voor deze zorg is de gemeente verantwoordelijk. Uw huisarts weet naar welke zorgverleners u kan worden verwezen.

Dit wordt niet vergoed

- bewegingsgerichte therapie
- anonieme behandeling via internet

Andere vergoedingen

De aanvullende verzekeringen vergoeden ook andere zorg die u misschien kan helpen bij psychische klachten. Zo vergoeden Startfit en hoger [Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg](#). Optifit en hoger vergoeden [Preventiecurssussen](#), zoals runningtherapie of een slaapcursus.

Wilt u stoppen met roken? Ook daarbij kunt u [ondersteuning](#) krijgen.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor psychische zorg van de huisarts of de POH-ggz betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor psychische zorg van de huisarts of de POH-ggz geldt geen eigen risico.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

● Trombosedienst

Gebruikt u antistollingsmiddelen? Dan moet u regelmatig uw bloed (laten) controleren.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Bij trombose stolt het bloed op het verkeerde moment of op de verkeerde plaats. Zo kunnen bloedpropjes ontstaan die de bloedvaten afsluiten. Antistollingsmiddelen (bloedverduuners) gaan dit tegen.

Als u antistollingsmiddelen gebruikt, moet u regelmatig de stollingstijd van uw bloed (laten) controleren. Daarvoor krijgt u meestal te maken met de trombosedienst. Die heeft prikposten waar u bloed kunt laten prikken, of komt bij u thuis. Controleert u zelf de stollingstijd? Dan kan de trombosedienst u meetapparatuur geven en u helpen bij het gebruik ervan.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt:

- prikken van bloed door de trombosedienst
- onderzoek om de stollingstijd van het bloed te bepalen
- advies over geneesmiddelen om trombose te voorkomen

Meet u zelf de stollingswaarden van uw bloed? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook:

- instructie voor het gebruik van de apparatuur en begeleiding bij de metingen

Andere vergoedingen

Zelfmeetapparatuur en wat daarbij hoort, valt onder de vergoeding [Hulpmiddelen bij trombose](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de trombosedienst betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor zorg van de trombosedienst geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u de zorg krijgt, moet u een verwijzing hebben van uw (huis)arts of medisch specialist.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

● Griep prik

Als u de jaarlijkse griepgolf wilt ontlopen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Jaarlijks
Optifit	Jaarlijks
Topfit	Jaarlijks
Superfit	Jaarlijks

● Wat u vergoed krijgt

Iedereen kan griep (influenza) krijgen. Voor sommige mensen kan griep ernstige gevolgen hebben. Bijvoorbeeld voor mensen met een longaandoening, diabetes of een hartziekte, en voor mensen boven de 60 jaar. Valt u in zo'n risicogroep? Dan heeft u recht op een griep prik (griepvaccinatie) via het Nationaal Programma Grieppreventie. Meestal krijgt u dan een oproep van de huisarts.

Bent u geen risicopatiënt? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Benfit en hoger 1 keer per kalenderjaar een griep prik.

Hier kunt u terecht

- (huis)arts
- GGD
- vaccinatiecentrum
- als u het griepvaccin zelf haalt met recept: apotheek

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor de griep prik betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor de griep prik geldt geen eigen risico.

● Dit moet u zelf doen

Als u het vaccin bij de apotheek haalt, moet u een voorschrift (recept) hebben

Het kan zijn dat de zorgverlener u vraagt het griepvaccin zelf bij de apotheek te halen. Dan moet u een voorschrift van uw (huis)arts hebben.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Meer informatie vindt u bij het RIVM

Op de website van het RIVM staat informatie over de griepvrijheid en de risicogroepen.

● **Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)**

Voor een blijvende verbetering van uw eetgewoontes en beweeggedrag.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	100% gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's samen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 500 voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's samen Max. per kalenderjaar
Superfit	100% voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's

● **Wat u vergoed krijgt**

Heeft u overgewicht? En daardoor een groter risico op ziekte? Dan is een gecombineerde leefstijlinterventie misschien iets voor u. Met een gecombineerde leefstijlinterventie (gli) werkt u toe naar een blijvend gezonde leefstijl. Het is een combinatie van advies en begeleiding bij gezondere voeding en eetgewoontes, meer bewegen en gedragsverandering.

Meestal via uw huisarts

Meestal bespreekt de huisarts zo'n gli met u, maar ook uw medisch specialist kan dat doen. Bent u enthousiast? Dan krijgt u een verwijzing naar een gli-begeleider¹, bijvoorbeeld een leefstijlcoach. Vaak is dat een zorgverlener waarmee uw huisarts (buiten de huisartsenpraktijk) al samenwerkt. Deze begeleidt u in een speciaal ontwikkeld programma. Dat duurt meestal zo'n 2 jaar, en volgt u voor een groot deel in een groep. De precieze duur en inhoud verschillen per programma. Dit bespreekt uw gli-begeleider vooraf met u. De huisarts of medisch specialist die u verwijst, blijft betrokken. Uw gli-begeleider houdt de huisarts of medisch specialist op de hoogte van de resultaten.

Wel de coaching, niet de beweging

Uw gli-begeleider motiveert en coacht u naar gezonder gedrag, meer bewegen en gezonder eten. Samen onderzoekt u bijvoorbeeld wat voor u het beste werkt om meer te bewegen. Zoals aansluiten bij een wandelgroep, of een sportvereniging. De kosten van die wandelgroep of sportvereniging betaalt u zelf.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt de gli als u:

- ouder bent dan 16 jaar, en
- gemotiveerd bent om het complete programma van zo'n 2 jaar te doorlopen, en
- een BMI² heeft
 - van 30 kg/m² of hoger, of
 - van 25-30 kg/m² met daarbij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes type II of een aanwezige ziekte die samenhangt met het overgewicht

Voldoet u hieraan en heeft u diabetes type 2? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms ook een startbijeenkomst van 2 dagen met verblijf en medische begeleiding. En tijdens het programma medische begeleiding voor het afbouwen van medicijnen. Dat is zo als u aan de volgende voorwaarden voldoet:

- u gebruikt insuline of SU-derivaten
- u heeft niet goed ingestelde diabetes³
- een eerdere leefstijlinterventie is niet gelukt of is niet veilig
- u bent toch gemotiveerd om uw leefstijl te veranderen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt alleen door ons erkende gecombineerde leefstijlinterventies.

Aanvullende beweegprogramma's (voor alle leeftijden)

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden een beweegprogramma voor deelnemers aan een gli. Een beweegprogramma kan interessant zijn als u deelneemt aan een gli, maar het nog niet lukt om bij een beweegactiviteit zoals een wandelgroep of sportvereniging aan te sluiten.

In zo'n beweegprogramma traint u 3 tot 4 maanden lang meerdere keren per week, in een groep. Daarna kunt u zelf verder in het gewone sportaanbod. Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor beweegprogramma's bij gli en andere Beweegprogramma's samen. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Superfit vergoedt de beweegprogramma's volledig.

Hier kunt u terecht

Voor de gecombineerde leefstijlinterventie:

- een leefstijlcoach⁴ met wie uw huisarts samenwerkt in de zorggroep
- een andere gli-begeleider¹ met een eigen praktijk die bij de erkende gecombineerde leefstijlinterventies genoemd staat

Voor het beweegprogramma:

- fysiotherapeut
- oefentherapeut Cesar of Mensendieck
- thuiszorgorganisatie

Andere vergoedingen

Krijgt u tijdens het programma te maken met andere klachten die (verder) behandeld moeten worden, zoals klachten bij het bewegen of psychische problemen? Dan kan de huisarts u doorverwijzen voor bijvoorbeeld fysiotherapie of oefentherapie, Diëtetiek, naar de Medisch specialist of voor psychologische ondersteuning zoals Geneeskundige ggz. Dat kan dan naast het gli-programma plaatsvinden.

Wilt u op een andere manier aan uw leefstijl werken? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden Preventiecurssussen voor 'gezond gewicht'.

Voor kinderen tot 18 jaar met overgewicht of obesitas en een verhoogd risico op ziekte is er een speciale ketenaanpak.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor de gli en het beweegprogramma betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor de gli en het beweegprogramma geldt geen eigen risico. Als de huisarts u doorverwijst voor andere klachten, bijvoorbeeld naar de diëtist of psycholoog, geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

Voor de gli moet u een verwijzing hebben

U moet een verwijzing hebben van uw huisarts of medisch specialist.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de gli (en het verblijf als dat erbij hoort) alleen als wij toestemming hebben gegeven voordat u hieraan begint. Soms regelt uw zorgverlener dat voor u.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het gli-programma moet effectief zijn. Uw behandelaar kan u daar meer over vertellen. Alleen effectieve leefstijlinterventies zijn door ons erkend.

De ZorgConsulent helpt u bij het vinden van een begeleider

Zoekt u een leefstijlcoach of andere gli-begeleider? Uw huisarts of medisch specialist kan u hierover informeren. Onze ZorgConsulent denkt ook graag met u mee. En kan uw vragen over het beweegprogramma beantwoorden.

Voor het beweegprogramma kunnen wij om een verklaring van uw zorgverlener vragen

Dat doen wij als wij niet kunnen vaststellen of u aan de voorwaarden voor een beweegprogramma voldoet. Soms kunnen wij dat aan uw andere declaraties zien. Maar door de privacyregels mogen wij die in principe niet (zonder uw toestemming) voor dat doel gebruiken.

Uitleg

1. Gli-begeleider: Dat kan een leefstijlcoach, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of diëtist zijn
2. BMI: Zelf uw BMI berekenen? Deel uw gewicht (in kilo's) door uw lengte (in meters). Deel de uitkomst nog een keer door uw lengte (in meters). De uitkomst is uw BMI
3. Niet goed ingestelde diabetes: Dat is zo als het HbA1c-gehalte boven de NHG-streefwaarde is
4. Leefstijlcoach: Deze moet als leefstijlcoach geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister van KABIZ, KRF NL of Stichting Keurmerk fysiotherapie, of in het Kwaliteitsregister Paramedici

● Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen

Voor een blijvende verbetering van eetgewoontes en bewegedrag.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Centrale zorgverlener met gecombineerde leefstijlinterventie (gli)
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's samen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 500 voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's samen Max. per kalenderjaar
Superfit	100% voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's

● Wat u vergoed krijgt

Is uw kind jonger dan 18 jaar en heeft het overgewicht? En daardoor een groter risico op ziekte? Dan kan uw kind een programma volgen om toe te werken naar een blijvend gezonde leefstijl. Verschillende zorgverleners werken daarin samen met het kind om niet alleen medische, maar ook sociale en psychische problemen aan te pakken. Ook het gezin of de verzorgers worden daarbij betrokken. Een centrale zorgverlener (CZV) coördineert en begeleidt dit. We noemen dat een ketenaanpak.

De centrale zorgverlener (CZV)

De huisarts, kinderarts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige stelt vast of sprake is van overgewicht met een groter risico op ziekte. En verwijst dan door naar de CZV. Tijdens de intake kijkt de CZV of er naast medische ook andere problemen zijn die een rol spelen bij het overgewicht. De CZV kijkt welke hulp nodig is en stelt een plan van aanpak op, het zorgplan. Daarna volgt de CZV het verloop van het plan en motiveert het kind en het gezin. Als dat nodig is bespreekt de CZV ook deelname aan een gecombineerde leefstijlinterventie (gli). Deze totale ketenaanpak duurt meestal zo'n 2,5 jaar.

Gecombineerde leefstijlinterventie (gli)

De gli voor kinderen is altijd op maat en duurt meestal zo'n 2 jaar. Het programma bestaat uit advies en begeleiding op het gebied van voeding, eetgewoontes, beweging en is gericht op een blijvende gedragsverandering.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt intake, coördinatie en begeleiding door de CZV en de gli maximaal 3,5 jaar. Maar dan moeten uw kind en de zorg aan bepaalde voorwaarden voldoen.

Huisarts en gezond blijven

De vergoeding geldt alleen als uw kind:

- jonger is dan 18 jaar, en
- samen met het gezin gemotiveerd is om het complete programma voor de ketenaanpak te volgen, en
- een BMI¹ heeft
 - van 30 kg/m² of hoger, of
 - van 25-30 kg/m² met daarbij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes type 2 of een aanwezige ziekte die samenhangt met het overgewicht

De vergoeding geldt alleen als:

- de CZV coördinatie en begeleiding geeft op basis van een zorgplan, en
- de CZV de gli gemotiveerd in dat zorgplan heeft opgenomen, en
- het gaat om een van de door ons erkende gecombineerde leefstijlinterventies

Soms blijkt uit de intake dat het beter is om de start van de gli uit te stellen omdat andere problemen een blijvende gedragsverandering in de weg staan. In een tussenperiode van maximaal 6 maanden wordt gekeken naar andere hulpverlening (door onder andere de gemeente) op dit vlak. Als dat nodig is, kan deze periode verlengd worden. Na de tussenperiode kijkt de CZV of de gli nog moet plaatsvinden. Blijkt na deze tussenperiode dat het doel van het zorgplan niet meer bereikt gaat worden binnen afzienbare termijn? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de CZV niet meer. En ook de gli niet.

Aanvullende beweegprogramma's (voor alle leeftijden)

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden een beweegprogramma als uw kind deelneemt aan een gli. Een beweegprogramma kan interessant zijn als uw kind deelneemt aan een gli, maar het nog niet lukt om bij een beweegactiviteit of sportvereniging aan te sluiten.

In zo'n beweegprogramma traint uw kind 3 tot 4 maanden lang meerdere keren per week, in een groep. Daarna kan het zelf verder in het gewone sportaanbod. Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor beweegprogramma's bij de Gecombineerde leefstijlinterventie (gli) en andere Beweegprogramma's samen. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Superfit vergoedt de beweegprogramma's volledig.

Hier kunt u terecht

Voor de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas:

- een CZV die bij de erkende gecombineerde leefstijlinterventies staat
- een gli-begeleider die bij de erkende gecombineerde leefstijlinterventies staat

Voor het beweegprogramma:

- fysiotherapeut
- oefentherapeut Cesar of Mensendieck
- thuiszorgorganisatie

Dit wordt niet vergoed

- de gli voor kinderen als uw kind 16 jaar of ouder is en al een Gecombineerde leefstijlinterventie voor volwassenen volgt
- begeleiding bij beweegactiviteiten en de beweegactiviteiten zelf
- zorg die gemeente regelt, zoals een maatschappelijk werker of opvoedadvies (let op, want die zorg staat vaak wél in het zorgplan)

Andere vergoedingen

Krijgt uw kind tijdens de ketenaanpak te maken met andere klachten die (verder) behandeld moeten worden, zoals klachten bij het bewegen? Dan kan de huisarts doorverwijzen voor bijvoorbeeld Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar, [Diëtetiek](#), of naar de [Medisch specialist](#). Dat kan dan naast de ketenaanpak plaatsvinden. Wil uw kind op een andere manier aan de leefstijl werken? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden [Preventiecurstussen](#) voor 'gezond gewicht' en een Therapeutisch kamp voor jongeren met overgewicht.

Als uw kind 16 jaar of ouder is, kan de verwijzer ook kiezen voor een gli-programma voor volwassenen. Dan geldt de vergoeding [Gecombineerde leefstijlinterventie](#) voor volwassenen.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor de CZV, de gli en het beweegprogramma betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor de CZV, de gli en het beweegprogramma geldt geen eigen risico.

● Dit moet u zelf doen

Voor de centrale zorgverlener moet u een verwijzing hebben

Voordat u met uw kind naar de centrale zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van de huisarts, kinderarts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de begeleiding en coördinatie van de CZV en de gli alleen als wij vooraf [toestemming](#) hebben gegeven. U vraagt ons toestemming na de intake, maar voordat de begeleiding begint.

U moet ons ook vooraf toestemming vragen voor verlenging van de tussenperiode van 6 maanden tussen intake en gli.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het gli-programma moet effectief zijn. De behandelaar kan u daar meer over vertellen. Alleen effectieve leefstijlinterventies zijn door ons [erkend](#).

Als uw kind tijdens de ketenaanpak 18 jaar wordt

Is uw kind gestart met de ketenaanpak en is het nog niet klaar voor de 18e verjaardag? Dan mag uw kind de ketenaanpak met de gli gewoon afmaken. Uw kind moet de ketenaanpak wel zijn gestart voordat het 18 wordt.

Uitleg

1. BMI: Zelf uw BMI berekenen? Deel uw gewicht (in kilo's) door uw lengte (in meters). Deel de uitkomst nog een keer door uw lengte (in meters). De uitkomst is uw BMI

● Stoppen met roken

We weten allemaal dat roken ongezond is. Wij ondersteunen u bij het stoppen met roken.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Stoppen-met-rokenprogramma, met nicotinevervangers/geneesmiddelen 1 keer per kalenderjaar
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 150 voor stoppen met roken en andere preventiecurssussen, uit vergoeding Preventiecurssussen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 250 voor stoppen met roken en andere preventiecurssussen, uit vergoeding Preventiecurssussen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 325 voor stoppen met roken en andere preventiecurssussen, uit vergoeding Preventiecurssussen Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Wilt u graag stoppen met roken en lukt dat niet alleen? Dan kan uw huisarts, verloskundige of medisch specialist¹ u helpen met korte ondersteunende adviezen. Waar u dan recht op heeft, staat in die vergoedingen.

Voor intensievere begeleiding kunt u meedoen aan een stoppen-met-rokenprogramma. Dat is gericht op stoppen met roken door verandering van uw gedrag. Professionals helpen u met advies, persoonlijke coaching, telefonische coaching of een groepstraining. Eventueel in combinatie met nicotinevervangers, zoals nicotinepleisters of nicotine zuig- of kauwtabletten, of met geneesmiddelen zoals Nortrilen, Zyban of Champix.

Voor een stoppen-met-rokenprogramma kunt u terecht bij:

- huisarts
- verpleegkundige
- zorgverlener die geregistreerd staat in het [kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#) van het Partnership Stoppen met Roken

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt:

- korte ondersteunende adviezen, en
- 1 keer per kalenderjaar een stoppen-met-rokenprogramma, met de daarbij voorgeschreven nicotinevervangers en geneesmiddelen

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden ook stoppen met roken. Die staat bij [Preventiecurssussen](#).

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor het stoppen-met-rokenprogramma (inclusief voorgeschreven nicotinevervangers en geneesmiddelen) betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor het stoppen-met-rokenprogramma (inclusief voorgeschreven nicotinevervangers en geneesmiddelen) geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

U heeft geen verwijzing nodig

Voor het stoppen-met-rokenprogramma heeft u geen verwijzing nodig.

Voor nicotinevervangers en geneesmiddelen moet u een voorschrift (recept) hebben

Voor nicotinevervangers en geneesmiddelen die bij de behandeling horen moet u een voorschrift hebben van uw huisarts. Of van een medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Die laatste 3 moeten een aanvraagformulier invullen. U stuurt dit formulier mee met uw declaratie.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die verpleegkundigen, verloskundigen, huisartsen en medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

● Preventiecursussen

Fit worden en fit blijven.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	75% cursussen eerste hulp en 100% overige cursussen, samen tot € 150 Max. per kalenderjaar
Topfit	75% cursussen eerste hulp en 100% overige cursussen, samen tot € 250 Max. per kalenderjaar
Superfit	75% cursussen eerste hulp en 100% overige cursussen, samen tot € 325 Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Met een preventiecursus kunt u aan uw gezondheid werken en gezondheidsklachten voorkomen. Er zijn ook cursussen die u leren omgaan met een aandoening. Of waarmee u zich voorbereidt op een bevalling.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden preventiecursussen. Cursussen voor eerste hulp voor 75%, de overige cursussen voor 100%. Maar altijd tot de maximale vergoeding per kalenderjaar. De maximale bedragen staan hierboven. De cursussen waar het om gaat staan hieronder. In de loop van het jaar kunnen daar cursussen bijkomen.

Wilt u meer informatie over de preventiecursussen? De [ZorgConsulent](#) helpt u graag.

Stoppen met roken (100%)

- lasertherapie
- Allen Carr-training
- training De Opluchting (videotraining, e-mailtraining of open training van één dag)

Zwangerschap (100%)

- cursus borstvoeding door een lactatiekundige¹
- zwangerschapscursus door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of door de Vereniging Samen Bevalen², of de cursus YVLO-ZwangerFit door een (bekken)fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, ingeschreven in het [YVLO-register](#)
- zwangerschapsyoga door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, of door een gekwalificeerde yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland
- cursus om weer fit te worden na de bevalling door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Huisarts en gezond blijven

Gezond gewicht (100%)

- cursus gezonde voeding en gezond gewicht door een thuiszorgorganisatie
- cursus van een gewichtsconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN), of van een diëtist aangesloten bij de Nederlandse Vereniging Diëtisten (NVD) of de Diëtisten Coöperatie Nederland (DCN)
- Happy Weight
- programma's Van Klacht naar Kracht, Bewegen op Recept en BigMove aangeboden door een gezondheidscentrum of GGD (vergoeding van de eigen bijdrage)

Mentale fitheid (100%)

- weerbaarheidstraining voor kinderen tot 16 jaar door een psycholoog
- Kanjertraining door een praktijk met een licentie voor de Ouder- en Kindtraining
- Steviger in je schoenen staan door het Instituut Stema Opleidingen & Coaching
- Sta Sterk training ontwikkeld door Stichting Omgaan met Pesten
- runningtherapie om depressie te voorkomen door een gecertificeerd runningtherapeut die lid is van de Beroepsvereniging Runningtherapie Nederland (BRTN)

Zelfmanagement (100%)

- cursus Beter Slapen of Slapen kun je leren door een thuiszorgorganisatie
- online cursus Beter Slapen door Somnio.nl
- cursus Leren omgaan met een chronische ziekte van jezelf of een gezinslid door een thuiszorgorganisatie, patiëntenvereniging of GGD
- cursus Valpreventie door een fysiotherapeut of oefentherapeut (die kan ook van een thuiszorgorganisatie zijn) als uw gemeente geen passend aanbod heeft

Eerste hulp (75%)

- basis-, herhaal- en vervolgcursus EHBO of kinder-EHBO door een organisatie aangesloten bij KNV EHBO, bij Nationale Bond EHBO of gecertificeerd door het Oranjekruis, het Nederlandse Rode Kruis of NIKTA
- cursus EHBO Basis, EHBO bij kinderen, EHBO bij volwassenen en EHBO Top van Livis
- basiscursus reanimeren of AED (automatische externe defibrillator) gecertificeerd door de Nederlandse Reanimatie Raad, gecertificeerd door het Rode Kruis of gegeven door een reanimatiepartner van de Hartstichting
- basiscursus Stop de bloeding – Red een leven door een gecertificeerde instructeur
- Mental Health First Aid (MHFA: Eerste hulp bij psychische problemen): de cursus MHFA standaard of YMHFA (jeugd) door een gecertificeerde trainer van MHFA

Dit wordt niet vergoed

- cursussen bedrijfshulpverlening
- cursussen sport-EHBO
- cursussen door een werkgever of vereniging georganiseerd (in-company)

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze preventiecursussen betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor deze preventiecursussen geldt geen eigen risico.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Uitleg

1. Lactatiekundige: Een lactatiekundige die volwaardig lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of van de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB)
2. Vereniging Samen Bevalen: Een geregistreerde zwangerschapsdocent Samen Bevalen

● Preventief onderzoek

Onderzoek naar uw gezondheid als de basisverzekering dat niet vergoedt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Bij medische reden, uit vergoedingen Huisarts, Medisch specialist of Erfelijkheidsonderzoek
Startfit	1 persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck Max. per kalenderjaar
Benfit	1 persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck Max. per kalenderjaar
Optifit	1 persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck. En 50% van andere gezondheidschecks en sportmedisch onderzoek, samen tot max. € 200 Max. per kalenderjaar
Topfit	1 persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck. En tot max. € 350: • 50% van andere gezondheidschecks of sportmedisch onderzoek • 100% van farmacogenetisch onderzoek Max. per kalenderjaar
Superfit	1 persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck. En tot max. € 500: • 50% van andere gezondheidschecks of sportmedisch onderzoek • 100% van farmacogenetisch onderzoek Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u gezondheidsproblemen? Of vragen over uw gezondheid? Dan is de huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt. Heeft u geen klachten, maar wilt u wel uw gezondheid laten onderzoeken? Dan geldt deze vergoeding voor preventief onderzoek.

Wordt bij het onderzoek iets gevonden waarvoor u behandeld moet worden? Dan valt dat bijna altijd onder de Vrije Keuze Basisverzekering. Kijk daarvoor bij de juiste vergoeding, meestal huisarts of Medisch specialist.

Onze persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck

Al onze aanvullende verzekeringen vergoeden een persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck. Daarmee laat u uw algemene gezondheid of fitheid testen. Een soort APK voor uw gezondheid. U krijgt ook persoonlijk advies over hoe u gezond wordt en blijft.

Wij vergoeden zo'n check één keer per kalenderjaar. U kunt kiezen uit drie verschillende gezondheidschecks en één sportcheck. De ZorgConsulent kan u meer uitleg geven over de verschillende gezondheidschecks en denkt mee over welk onderzoek het beste bij u past.

Een andere gezondheidscheck of sportmedisch onderzoek

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook andere checks en uitgebreidere onderzoeken voor 50% tot een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

De maximale vergoeding geldt voor de volgende checks en onderzoeken samen:

2. meer gericht onderzoek naar bepaalde medische risico's. Bijvoorbeeld als u zich zorgen maakt over een ziekte die in uw familie veel voorkomt
1. andere persoonlijke gezondheidschecks dan die hierboven
3. uitgebreider sportmedisch onderzoek of een sportmedische keuring. Bijvoorbeeld om uw conditie te laten onderzoeken of voor persoonlijk advies om veilig te sporten. Wij vergoeden:
 - sportmedisch onderzoek
 - sportmedisch- en inspanningsadvies
 - sportmedische begeleiding
 - sportkeuring of duikkeuring

Farmacogenetisch onderzoek

De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden ook farmacogenetisch onderzoek tot een maximaal bedrag per kalenderjaar. Dat maximum geldt voor gezondheidschecks, sportmedisch en farmacogenetisch onderzoek samen. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Bij farmacogenetisch onderzoek gaat een laboratorium met dna-onderzoek na of een geneesmiddel bij u zal werken, en welke dosis voor u het beste is. Uw arts schrijft het onderzoek voor en vraagt het aan, of weet waar u terecht kunt. Wij vergoeden het farmacogenetisch onderzoek als het gaat om een voor u nieuw geneesmiddel, en als het onderzoek past binnen de adviezen van de KNMP¹. Uw arts weet of dat zo is. Het zogenoemde dna-paspoort valt ook onder dit farmacogenetisch onderzoek.

Hier kunt u terecht

- voor onze gezondheidschecks of sportcheck: de door ons gecontracteerde aanbieders
- voor een andere gezondheidscheck of uitgebreider onderzoek: huisarts of medisch specialist
- voor sportmedisch onderzoek of sportmedische keuring: een sportarts
- voor een duikkeuring: een duikerarts²
- voor farmacogenetisch onderzoek: laboratorium voor farmacogenetisch onderzoek

Dit wordt niet vergoed

- bevolkingsonderzoek³
- onderzoek dat u voor of via uw werkgever of sportvereniging laat doen

Andere vergoedingen

Soms vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de sportarts. Bijvoorbeeld bij een beschadigde knie. Dan geldt de vergoeding voor de medisch specialist. U heeft dan vooraf een verwijzing van de huisarts nodig.

Als er een indicatie is voor verder onderzoek naar (de kans op) een erfelijke ziekte of aandoening, of het doorgeven daarvan aan uw kinderen, dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms Erfelijkheidsonderzoek.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor preventief onderzoek uit deze vergoeding betaalt u geen eigen bijdrage. Wel krijgt u soms maar een deel vergoed.

Geen eigen risico

Voor preventief onderzoek uit deze vergoeding geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

Soms moet op de rekening staan wie het onderzoek uitvoert

Als u kiest voor onze persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck, heeft u geen omkijken naar de rekening. Die gaat rechtstreeks naar ONVZ. Laat u een andere gezondheidscheck doen? Of sportmedisch onderzoek? Dan moet op de rekening staan wie het onderzoek heeft uitgevoerd. Wij vergoeden het onderzoek alleen als een huisarts of medisch specialist dit uitvoert.

Voor farmacogenetisch onderzoek moet u een voorschrift van uw arts hebben

Regelt u het onderzoek zelf? Stuur dan het voorschrift mee met uw declaratie.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Voor meer informatie kunt u terecht bij de ZorgConsulent

Onze ZorgConsulent weet ook waar u het onderzoek kunt laten doen.

Onze gezondheidscheck is niet geschikt voor kinderen

Daarom vergoeden wij deze gezondheids- of sportcheck vanaf 18 jaar.

Uitleg

1. KNMP: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
2. Duikerarts: Deze moet Nederlands gecertificeerd zijn door het NICDA of Europees gecertificeerd zijn door ECHM/ECB. U vindt een gecertificeerde duikerarts op www.mijnduikerarts.nl
3. Bevolkingsonderzoek: Dat is preventief medisch onderzoek dat de overheid aanbiedt en betaalt, bijvoorbeeld voor borstkanker of darmkanker. Als u er aan mee kunt doen, krijgt u vanzelf bericht

● Overgangsconsulente

Ondersteuning tijdens de overgang.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 200 voor consulten Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 350 voor consulten Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 500 voor consulten Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

In de overgang (menopauze) verandert uw lichaam door hormoonwisselingen. U kunt te maken krijgen met bijvoorbeeld opvliegers, emotionele schommelingen en slaapproblemen. Maar ook in andere levensfasen kunt u klachten krijgen. Een overgangsconsulente geeft u voorlichting, advies en zorg.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden consulten door een overgangsconsulente. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

Een overgangsconsulente aangesloten bij:

- [Care for Women](#), of
- [Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten](#)

Dit wordt niet vergoed

- preventieve middelen (zoals vitamines) of behandelingen die de overgangsconsulent voorschrijft of adviseert

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de overgangsconsulente betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor zorg van de overgangsconsulente geldt geen eigen risico.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● Medisch specialist

De medisch specialist werkt meestal in het ziekenhuis. Daarom wordt deze zorg ook wel ziekenhuiszorg genoemd.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De meeste ziekenhuiszorg
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist¹. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (zbc²) of in een eigen praktijk.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. En is als behandelaar verantwoordelijk voor uw zorgvraag. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Bijvoorbeeld een scan of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de verantwoordelijke behandelaar ook een SEH-arts³, een verpleegkundig specialist of een physician assistant⁴ zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg⁵, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de Ziekenhuisopname.

Voor sommige behandelingen gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld. Bijvoorbeeld:

- Medisch-specialistische revalidatie
- Plastische chirurgie
- Vruchtbaarheidsbehandelingen / Ivf

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

Andere vergoedingen

Deze behandelingen krijgt u soms wel in het ziekenhuis, maar ze vallen niet onder de vergoeding die u nu leest:

- Kaakchirurgie
- Geneeskundige ggz
- Opname voor geneeskundige ggz

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende zorg niet. De aanvullende verzekering soms wel:

- [Aanvullende diagnostiek bij borstkanker](#)
- [Sterilisatie of een hersteloperatie daarvan](#)

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de medisch specialist betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor zorg van de medisch specialist geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist⁶ zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg⁷ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

In drie situaties moet u vooraf toestemming vragen:

- 1 Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg⁸ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf [toestemming](#) hebben gegeven.
- 2 U moet ons toestemming vragen voor controle, onderzoek of behandeling in een aantal zbc²'s. Die staan op ons Overzicht zbc's met toestemming. U vraagt bij uw intake om een behandelplan en offerte. Daarmee kunt u bij ons [toestemming](#) vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg (na uw eerste consult) niet. Wilt u naar 1 van deze zbc's? Neem dan eerst contact op met onze [ZorgConsulent](#).
- 3 Soms moet u ons ook vooraf toestemming vragen voor de volgende behandelingen en onderzoeken:
 - een uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie)
 - behandelingen Complex Chronische Longaandoeningen (CCL)

Staat uw zorgverlener in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL of polysomnografie? Dan hoeft u niets te doen. Met die instellingen hebben wij afspraken over toestemming. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u ons [toestemming](#) vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat we nooit meer vergoeden dan de marktconforme prijs.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc² krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere medisch specialist.

Wachtlĳst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
2. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
4. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
5. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetik
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● Ziekenhuisopname

Soms is een opname in het ziekenhuis nodig om beter te worden.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Max. 3 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort
Zorgplan	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

● Wat u vergoed krijgt

Kleinere operaties en onderzoeken vinden meestal plaats op de polikliniek van een ziekenhuis of in dagopname¹. U kunt dan dezelfde dag weer naar huis.

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist² of de kaakchirurg³ in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg⁴
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

Soms is opname in het ziekenhuis niet meer nodig. Maar heeft u nog wel een hoog risico op ernstige complicaties waarbij direct medisch-specialistische zorg nodig is. Bijvoorbeeld als u CAR-T celtherapie ondergaat voor een agressieve vorm van lymfeklierkanker. Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook verblijf dichtbij het ziekenhuis, als uw eigen huis te ver weg is. Bij dat verblijf is geen verpleging, verzorging of paramedische zorg nodig. De vergoeding hiervoor is maximaal € 89 per dag.

De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan hebben een vergoeding om uw verblijf comfortabeler te maken, bijvoorbeeld met een eenpersoonskamer. Die staat bij Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (zbc⁵)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

Als u zonder verpleging of zorg in de buurt van het ziekenhuis moet verblijven:

- logeershuis bij het ziekenhuis
- hotel of andere betaalde overnachting

Andere vergoedingen

Er zijn nog andere soorten zorg waarvoor u kunt worden opgenomen. Daarom staan deze apart vermeld:

- Opname voor geneeskundige ggz
- Eerstelijns verblijf
- Medisch-specialistische revalidatie
- Geriatrische revalidatie
- Zintuiglijk gehandicaptenzorg

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist⁶ zijn. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg⁷ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg⁸ staan, vergoeden wij de opname alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

Soms moet u ons ook toestemming vragen als u wordt opgenomen voor de volgende behandelingen en onderzoeken:

- een uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie)
- behandelingen Complex Chronische Longaandoeningen (CCL)

Staat uw zorgverlener in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL of polysomnografie? Dan hoeft u niets te doen. Met die instellingen hebben wij afspraken over toestemming. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de opname niet.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat we nooit meer vergoeden dan de marktconforme prijs.

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de ziekenhuisopname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Voor een geplande opname in het buitenland moet u bijvoorbeeld vooraf toestemming van ons hebben.

Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis
2. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
3. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
5. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde gevallen
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	<ul style="list-style-type: none">• Bij lichamelijke functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen• Correctie flaporen tot 18 jaar
Topfit	<ul style="list-style-type: none">• Bij lichamelijke functiestoornis• Correctie flaporen tot 18 jaar
Superfit	<ul style="list-style-type: none">• Bij lichamelijke functiestoornis• Correctie flaporen tot 18 jaar

● Wat u vergoed krijgt

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Maar plastische chirurgie is veel meer. Het kan ook gaan om operaties om een aangeboren afwijking te herstellen. Of om het lichaam te herstellen na een ongeluk, zoals bij brandwonden. Ook als er bij een medische behandeling een litteken overblijft waar u last van heeft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

Hieronder leest u wanneer de Vrije Keuze Basisverzekering of aanvullende verzekering plastische chirurgie vergoedt. Wat de basisverzekering vergoedt, moet voor iedereen hetzelfde zijn. Daarom gebruiken zorgverzekeraars hiervoor de Werkwijzer plastische chirurgie¹ van de Vereniging Artsen Volksgezondheid. De voorwaarden in die werkwijzer gelden dus ook. Meer uitleg staat in het document '[plastische chirurgie](#)'.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis² heeft
2. verminkingen³ door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslakte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltepleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urinewegen en geslachtsorganen
8. het veranderen van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg⁴, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de [Ziekenhuisopname](#).

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden bepaalde plastische chirurgie als de basisverzekering die niet vergoedt.

Optifit vergoedt plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als het gaat om correctie van bovenoogleden of om het vervangen van borstprothesen

Topfit en Superfit vergoeden plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist⁵, zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc⁶).

Soms moet de zorgverlener zelf ook voldoen aan voorwaarden zoals beschreven in de Werkwijzer plastische chirurgie¹. In geval van zorg bij genderincongruentie, moet bijvoorbeeld sprake zijn van een multidisciplinair genderteam.

Dit wordt niet vergoed

- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- borstvergroting in andere gevallen dan hierboven staan

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor plastische chirurgie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor plastische chirurgie die onder de basisverzekering valt. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Bij acute zorg⁷ is geen verwijzing nodig.

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg⁸ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

Voor transgender vrouwen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms epilatie of laserbehandeling van gezichts- en halsbehaarung. Dit valt ook onder de plastische chirurgie. Hiervoor moet u vooraf toestemming vragen.

Gaat u naar een zbc⁶ uit ons Overzicht zbc's met toestemming? Dan heeft u onze toestemming nodig voor alle controles, onderzoeken en behandelingen. Neem hiervoor contact op met onze ZorgConsulent.

Ook voor vergoeding uit de aanvullende verzekeringen heeft u vooraf toestemming nodig. Alleen voor correctie van flaporen is geen toestemming nodig.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc⁶ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

Transgenderzorg is meer dan plastische chirurgie

Bij genderincongruentie kan plastische chirurgie onderdeel zijn van een multidisciplinair zorgtraject. Let op dat keuzes aan het begin van dat traject gevolgen kunnen hebben voor de vergoeding van de plastische chirurgie of van andere zorg. Op onze website leest u meer over transgenderzorg.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

Uitleg

1. Werkwijzer plastische chirurgie: Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard 2021 (versie 21.0). Deze vindt u op <https://vavolksgezondheid.nl/werkwijzers-vagzvav>
2. Functiestoornis: Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken
3. Verminkingen: Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
5. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
6. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● Vruchtbaarheidsbehandelingen

Als het niet lukt om zwanger te worden.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Tot 43 jaar Bij ivf alleen 1e, 2e en 3e poging, uit vergoeding Ivf
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	4e en 5e poging ivf (tot 43 jaar), uit vergoeding Ivf
Superfit	Extra pogingen ivf (tot 43 jaar), uit vergoeding Ivf

● Wat u vergoed krijgt

Lukt het niet om zwanger te worden? Een gynaecoloog kan onderzoeken waar dat aan ligt en kan u misschien behandelen om de kans op een zwangerschap te vergroten.

Voldoet u aan de volgende 2 voorwaarden?

- u bent als vrouw jonger dan 43 jaar, en
- u hebt een kinderwens, maar zwanger worden lukt al lange tijd niet door een medische oorzaak

Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering:

- medisch-specialistisch(e) onderzoek en behandeling
- kunstmatige inseminatie (ki) of intra-uteriene inseminatie (iui)
- in-vitrofertilisatie (ivf) en intracytoplasmatische sperma-injectie (icsi), inclusief het invriezen (cryopreserveren) van embryo's
- geneesmiddelen die daarbij nodig zijn

Voor Ivf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

Dit wordt niet vergoed

- vruchtbaarheidsbehandelingen bij u als vrouw vanaf uw 43e verjaardag
- kosten van sperma- of eiceldonatie. Dit geldt voor de kosten van de spermacellen of eicellen. En voor de kosten van eventuele medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of een andere medisch specialist.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de vruchtbaarheidsbehandelingen die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

We kijken naar de kans op zwangerschap

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt vruchtbaarheidsbehandelingen alleen als zwanger worden lange tijd niet lukt. De huisarts verwijst u dan naar de gynaecoloog. De leeftijd van de vrouw en de kwaliteit van het sperma zijn belangrijk voor de kans op zwangerschap. De gynaecoloog bepaalt een indicatie van die kans. De basisverzekering vergoedt vruchtbaarheidsbehandelingen alleen als dat voor u zinnig is.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

U haalt ze dus niet zelf bij uw eigen apotheek en betaalt ze niet apart.

Donorsperma betaalt u zelf

Is donorsperma nodig voor ki of iui? Dat betaalt u zelf. De kosten verschillen per ziekenhuis. Het reserveren van sperma van een bepaalde donor moet u ook zelf betalen.

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc¹ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

Uitleg

1. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

● In-vitrofertilisatie (ivf)

Reageerbuisbevruchting.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Tot 43 jaar, 3 pogingen Na doorgaande zwangerschap opnieuw 3 pogingen
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Tot 43 jaar, poging 4 en 5
Superfit	Tot 43 jaar, extra pogingen

● Wat u vergoed krijgt

Als zwanger worden lange tijd niet lukt, kan de huisarts u uiteindelijk doorverwijzen naar de medisch specialist. Die bespreekt met u of u bijvoorbeeld in-vitrofertilisatie (ivf) of een andere vruchtbaarheidsbehandeling nodig heeft. Bij ivf vindt de bevruchting buiten het lichaam plaats. Als bij ivf een zaadcel in de eikel wordt geïnjecteerd, spreken we van een icsi¹-behandeling. Wij vergoeden ivf en icsi, als u een medische indicatie heeft voor deze zorg.

Voor elke keer dat u zwanger wilt worden, vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** de 1e, 2e en 3e poging ivf of icsi. De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden extra pogingen ivf of icsi. Topfit vergoedt de 4e en 5e poging. Superfit vergoedt ook nog de pogingen daarna.

Een ivf- of icsi-poging bestaat uit 4 fases:

- fase 1: de hormonale behandeling voor rijping van uw eicellen
- fase 2: de follikelpunctie (het aanpakken van de eiblaasjes om eicellen te verkrijgen)
- fase 3: de laboratoriumfase, waarin uw eicellen worden bevrucht met zaadcellen en uitgroeien tot een embryo
- fase 4: het bij u terugplaatsen van 1 of 2 embryo's, 1 keer of vaker

Als in fase 2 de punctie gedaan is, telt de behandeling mee als poging. Dat is ook zo als er bij het aanpakken geen rijpe eicellen verkregen zijn. De poging loopt door tot alle ingevroren embryo's zijn teruggeplaatst, of totdat er een doorgaande zwangerschap tot stand komt.

- Volgt een doorgaande zwangerschap? Als er ingevroren embryo's over zijn, dan valt het later terugplaatsen daarvan onder de vergoeding Vruchtbaarheidsbehandelingen.
- Volgt geen doorgaande zwangerschap? Dan is de poging geëindigd.

Start u opnieuw met fase 1 of 2? Dan telt dat als een nieuwe poging. Let op: de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een nieuwe poging niet als er nog ingevroren embryo's over zijn. En het bewaren van de embryo's uit de nieuwe poging ook niet.

Als er wél een doorgaande zwangerschap tot stand komt, dan begint het tellen van de pogingen opnieuw. Dan geldt een volgende behandeling als een nieuwe 1e poging.

We spreken van een doorgaande zwangerschap als het embryo leeft:

- 12 weken na de laatste menstruatie bij een spontane zwangerschap
- 10 weken na het moment van de follikelpunctie
- 9 weken en 3 dagen bij implantatie van een ingevroren embryo

Er gelden leeftijdsgrenzen

Voor de vrouw gelden leeftijdsgrenzen voor deze vergoeding. U moet bij de start van een poging jonger zijn dan 43 jaar. Een nieuwe poging na uw 43e verjaardag wordt dus niet meer vergoed. En als u bij de start van de 1e of 2e poging jonger bent dan 38 jaar, dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering alleen als er niet meer dan 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

We kijken naar de kans op zwangerschap

De basis- en aanvullende verzekering vergoeden ivf en icsi alleen als dit in uw geval zinnig is. Dat betekent voor de eerste 3 pogingen:

- dat u een klinisch noodzakelijke medische indicatie heeft voor ivf of icsi. Dat is voor ivf bijvoorbeeld extreem slechte zaadkwaliteit (ook wel "extreme OAT" genoemd), een vastgestelde ondoorgankelijkheid van de eileiders of onbegrepen subfertiliteit waarbij 6-9 pogingen iui geen zwangerschap hebben opgeleverd

Voor de 4e of volgende poging geldt:

- dat de basisverzekering de eerste 3 pogingen heeft vergoed, en
- dat er sprake is van voldoende follikelvorming, eicel-opbrengst én opbrengst van in-vitro-embryo's bij die eerdere pogingen ivf of icsi. Daarbij mag geen sprake zijn van onvoldoende opgewerkte spermacellen of premature ovariële insufficiëntie (POI)

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum² (vruchtbaarheidskliniek)

Dit wordt niet vergoed

- testen die de succeskans van ivf voorspellen, zoals de ReceptIVFity test of ERA-test (Endometrial Receptivity Analysis)
- technieken waarvan de effectiviteit niet wetenschappelijk is bewezen, zoals assisted hatching of in vitro maturatie
- kosten van sperma- of eiceldonatie. Dit geldt voor de kosten van de spermacellen of eicellen. En voor de kosten van eventuele medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor ivf betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de 1e, 2e en 3e poging ivf. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of een andere medisch specialist.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Wilt u voor ivf of icsi naar het buitenland? Een deel van de ivf- of icsi-behandeling vindt plaats tijdens dagopname³. Daarom moet u ons vooraf toestemming vragen.

Topfit en Superfit vergoeden een 4e of volgende poging alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Ook als u deze poging in Nederland ondergaat.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de vruchtbaarheidsbehandelingen die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en (dag)opname. Dat staat in de vergoeding voor niet-spoedeisende (voorzienende zorg) in het buitenland.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

U haalt ze dus niet zelf bij uw eigen apotheek en betaalt ze niet apart.

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc⁴ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

Uitleg

1. Icsi: Intracytoplasmatische sperma-injectie
2. Zelfstandig behandelcentrum: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis
4. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

● Erfelijkheidsonderzoek

Heb ik kans op een erfelijke ziekte? Kan ik het doorgeven?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Erfelijkheidsonderzoek en -advies
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Erfelijkheidsonderzoek kan antwoord geven op de vraag of u (kans op) een erfelijke ziekte of aandoening heeft, en of u die kunt doorgeven.

Het onderzoek kan bestaan uit medisch onderzoek, laboratoriumonderzoek of stamboomonderzoek. Advies over erfelijke ziekte en psychosociale begeleiding rond erfelijkheid horen daar ook bij.

Als het nodig is voor het advies aan u, vergoeden wij ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Advisering kan dan ook aan hen plaatsvinden.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt erfelijkheidsonderzoek en -advies.

Hier kunt u terecht

- klinisch-genetisch centrum. Dit wordt ook wel centrum voor erfelijkheidsonderzoek genoemd

Dit wordt niet vergoed

- onderzoek om ouderschap vast te stellen

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor erfelijkheidsonderzoek betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor erfelijkheidsonderzoek geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar het klinisch-genetisch centrum gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts of een medisch specialist¹.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

● **Borstkanker: aanvullend onderzoek**

Meer zekerheid bij de keuze van een vervolgbehandeling.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	Oncotype DX
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	MammaPrint
Topfit	MammaPrint
Superfit	MammaPrint
OntzorgPlus	MammaPrint

● **Wat u vergoed krijgt**

Als u de diagnose borstkanker heeft gekregen, beslist u samen met uw medisch specialist over uw behandeling. Dan kan het ook gaan over chemotherapie.

Is er twijfel of chemotherapie in uw geval toegevoegde waarde heeft? Soms kunnen de testen MammaPrint of Oncotype DX helpen bij de beslissing. Deze testen kijken naar de genactiviteit in de tumor. De uitslag geeft aan of de kans op uitzaaiingen of terugkeer van de tumor hoog of laag is.

Of een van deze testen voor u geschikt is, kunt u bespreken met uw medisch specialist. Dit hangt onder meer af van de soort borstkanker, het stadium en de eigenschappen van de tumor.

Diagnose en behandeling van borstkanker vallen onder de vergoeding Medisch specialist. De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt die zorg. En Oncotype DX als dat voor u nodig is.

Vindt uw medisch specialist dat MammaPrint nodig is voor een goede beslissing over uw vervolgbehandeling? Dan vergoeden de **aanvullende verzekeringen** Optifit, Topfit, Superfit en OntzorgPlus deze test.

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor de MammaPrint en Oncotype DX betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor Oncotype DX geldt het eigen risico. Voor MammaPrint geldt het eigen risico niet.

● **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist

U hoeft daarvoor zelf niets te doen. Uw medisch specialist regelt de test voor u.

Met OntzorgPlus moet u contact met ons opnemen

Neem voordat u het aanvullend onderzoek krijgt, contact op met onze ZorgConsulent. Die kan ook met u meedenken over andere vragen rondom uw zorg.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding.

● **Organtransplantatie en -donatie**

Heeft u een nieuw orgaan of weefsel nodig? Of bent u donor voor iemand anders?

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	100%
	Ook de meeste zorg voor de donor
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● **Wat u vergoed krijgt**

Bij een organtransplantatie wordt een niet of slecht functionerend orgaan bij een 'ontvanger' vervangen door eenzelfde orgaan van iemand anders, de donor. Een donor kan in leven zijn, bijvoorbeeld bij transplantatie van een nier of een deel van de lever. Weefseltransplantatie komt ook voor. Dan kan het bijvoorbeeld gaan om huid of hoornvlies.

Als u zelf een orgaan of weefsel ontvangt, vergoedt uw Vrije Keuze Basisverzekering:

- specialistische geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor
- operatief verwijderen van het orgaan of weefsel bij de donor
- onderzoeken, bewaren en vervoeren van het orgaan of weefsel voor de transplantatie, als dit van een overleden donor komt
- transplantatie van het orgaan of weefsel
- alle zorg voor de donor, die onder de basisverzekering valt en verband houdt met de ziekenhuisopname van de donor voor selectie en verwijdering van het orgaan of weefsel. Dit geldt tot 13 weken na ontslag uit het ziekenhuis voor die opname. Bij een levertransplantatie geldt dit tot een half jaar na ontslag

Heeft uw donor zelf geen basisverzekering (bij ons of een andere zorgverzekeraar), bijvoorbeeld omdat uw donor in het buitenland woont? Dan vergoedt uw Vrije Keuze Basisverzekering ook:

- het openbaar vervoer (2e klas) binnen Nederland van en naar alle hierboven genoemde zorg voor de donor. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto
- vervoer van de donor naar Nederland en terug als de donor in het buitenland woont en transplantatie van nier, beenmerg of lever in Nederland plaatsvindt. Ook vergoeden wij dan de overige kosten die verband houden met de transplantatie en die de donor maakt doordat die in het buitenland woont. De verblijfskosten in Nederland en eventuele inkomsten die de donor misloopt, vergoeden wij niet

Als u zelf donor bent, vergoedt uw Vrije Keuze Basisverzekering:

- uw kosten van openbaar vervoer (2e klas) van en naar alle hierboven genoemde zorg. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto
- uw vervoer naar Nederland en terug, als u in het buitenland woont en transplantatie van nier, beenmerg of lever in Nederland plaatsvindt. Ook vergoeden wij dan de overige kosten die verband houden met de transplantatie en die u maakt doordat u in het buitenland woont. De verblijfskosten in Nederland en eventuele inkomsten die u misloopt, vergoeden wij niet
- zorg die u nodig heeft na de 13 weken na ontslag uit het ziekenhuis (of een half jaar als het gaat om een levertransplantatie) volgens de geldende vergoedingen

Hier kunt u terecht

Weefsels en organen worden getransplanteerd in een ziekenhuis in:

- Nederland
- een ander EU- of EER-land¹
- een ander land, als de donor daar woont en de donor en ontvanger echtgenoten zijn, geregistreerd partners of bloedverwanten in de 1e, 2e of 3e graad

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor zorg bij orgaantransplantatie en -donatie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Ontvangt u zelf een orgaan of weefsel? Dan geldt het eigen risico (ook voor de zorg aan de donor die uw Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt). [Zo werkt het eigen risico](#)

Bent u donor? Dan geldt het eigen risico niet voor:

- zorg ná de periode van 13 weken of (bij levertransplantatie) een half jaar, als die zorg verband houdt met uw ziekenhuisopname voor selectie en verwijdering van het orgaan of weefsel
- vervoer van en naar de zorg die in de eerste 13 weken of (bij levertransplantatie) het eerste half jaar voor u als donor wordt vergoed

• Dit moet u zelf doen

Voor donorzorg na de 13e week (of het half jaar) moet u een verklaring hebben van uw arts

Uit die verklaring moet blijken dat de zorg verband houdt met uw ziekenhuisopname voor selectie en voor verwijdering van het orgaan of weefsel. Alleen met die verklaring zorgen wij dat geen eigen risico wordt ingehouden bij de vergoeding.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de transplantatiezorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Als donor kunt u sommige onkosten vergoed krijgen

Er is een subsidieregeling als u zelf donor bent. De [Nederlandse Transplantatiestichting](#) voert de subsidieregeling uit en kan u hier meer informatie over geven.

Uitleg

1. EU- of EER-land: Naast Nederland maken de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, en Zweden. Zwitserland is hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland

● Dialyse

Als uw nieren niet goed meer werken.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
	In een instelling of bij u thuis
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Uw nieren halen de afvalstoffen uit uw bloed en regelen de hoeveelheid vocht in uw lichaam. Als uw nieren niet goed werken, kan een behandeling nodig zijn die de nierfunctie vervangt. Die behandeling heet dialyse.

Er zijn 2 vormen van dialyse:

- Hemodialyse (HD). Hierbij wordt een machine, een kunstnier, aangesloten op een bloedvat. Het bloed stroomt door de kunstnier die het bloed filtert op afvalstoffen en overtollig vocht. Daarna stroomt het bloed weer terug in het lichaam.
- Peritoneaaldialyse (PD). Hierbij filtert het eigen buikvlies de afvalstoffen en overtollig vocht uit het bloed. Via een katheter komt een speciale vloeistof in de buikholte om die afvalstoffen en het vocht op te nemen. De vloeistof loopt daarna weer uit de buikholte.

Voor de dialyse gaat u naar het ziekenhuis of een dialysecentrum. De dialyse kan ook bij u thuis gebeuren.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de 2 vormen van dialyse en de zorg die erbij hoort:

- onderzoek, behandeling en verpleging rond de dialyse
- geneesmiddelen
- psychosociale begeleiding

Als u de dialyse thuis doet, krijgt u daarbij meestal ondersteuning van het ziekenhuis of het dialysecentrum waar u onder behandeling bent. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze ondersteuning ook. Het kan gaan om:

- opleiding en psychosociale begeleiding van uzelf en uw familie of mantelzorgers die u helpen bij de thuisdialyse
- beschikbaar stellen van dialyse-apparatuur en wat daarbij hoort, regelmatige controle en onderhoud daarvan en vervanging van onderdelen als dat nodig is
- chemicaliën, vloeistoffen en andere gebruiksartikelen (bijvoorbeeld een dialysetoel)
- deskundige hulp van bijvoorbeeld een verpleegkundige

Andere vergoedingen

Bij thuisdialyse maakt u ook zelf extra kosten. Als er geen andere wettelijke regeling is die dit regelt, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering:

- aanpassingen in en aan de woning die nodig zijn voor de dialyse
- herstel van de woning in de oorspronkelijke staat, als de aanpassingen niet meer nodig zijn
- een bedrag per week voor de extra kosten van water, elektriciteit en onderhoud

Daarvoor geldt de vergoeding Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse.

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor dialysezorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor dialysezorg geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Dialyse tijdens vakantie in het buitenland

Wilt u op vakantie naar het buitenland? Dan wilt u dat goed voorbereiden. Bel onze [ZorgConsulent](#) voor de (vergoedings)mogelijkheden. Ook [Nierpatiënten Vereniging Nederland](#) kan u adviseren.

● Mechanische beademing

Als ademen niet meer vanzelf gaat.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
	In een instelling of bij u thuis
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Bij een ernstige (long)ziekte of als u in coma ligt, kunt u soms niet zelfstandig (voldoende) ademen. Een beademingsapparaat kan dan de ademhaling overnemen. Dit heet ook wel mechanische beademing en gebeurt meestal in een ziekenhuis.

Soms is de mechanische beademing lange tijd, of zelfs levenslang, nodig. Dan kan de beademing ook buiten het ziekenhuis plaatsvinden. Bijvoorbeeld in een verpleeghuis.

Als uw medische situatie dat toelaat krijgt u de beademing thuis. Een centrum voor thuisbeademing begeleidt u en uw familie of mantelzorgers daarbij. Er zijn in Nederland 4 van deze centra, elk met een eigen werkgebied.

Het centrum voor thuisbeademing levert de apparatuur die u thuis nodig heeft. En stelt die voor u in. De verpleegkundigen leren u, uw familie of mantelzorgers hoe u ermee om moet gaan. Verder levert het centrum alle medisch-specialistische zorg en geneesmiddelen die u bij de beademing nodig heeft.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt mechanische beademing:

- in het ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis
- thuis met apparatuur, zorg en begeleiding van het centrum voor thuisbeademing

Bij mechanische beademing thuis krijgt u ook een vergoeding voor stroomkosten (elektriciteitskosten). Die is € 0,06 per uur dat u de beademing nodig heeft (€ 1,44 per dag bij een gebruik van 24 uur).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor mechanische beademing betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor mechanische beademing geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

• Voorwaardelijk toegelaten zorg

Meedoen aan onderzoek naar nieuwe behandelingen.

• Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% als u meedoet aan het onderzoek
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

• Wat u vergoed krijgt

De overheid bepaalt welke zorg de basisverzekering vergoedt. Die zorg wordt ook wel 'het basispakket' genoemd.

Omdat de zorg steeds in ontwikkeling is, bepaalt de overheid niet alles in detail. Een algemene grens aan het basispakket is dat zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Als nieuwe zorg daaraan voldoet, kan deze in het basispakket komen zonder dat er steeds een aanpassing van de wettelijke regels nodig is.

Zorginstituut Nederland onderzoekt wat de stand van de wetenschap is, en publiceert daarover. Zo wordt duidelijk wat op een bepaald moment wel en niet in het basispakket zit.

Soms lijkt een behandeling, geneesmiddel of hulpmiddel effectief voor een bepaalde groep patiënten. Maar is er nog niet genoeg onderzoek gedaan om dit met zekerheid te kunnen zeggen. Dan voldoet die zorg nog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De overheid kan de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel dan voor een bepaalde tijd toch toevoegen aan het basispakket. In die periode wordt dan onderzoek gedaan naar de effectiviteit ervan.

Bent u een van de patiënten voor wie de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel zou kunnen werken? Dan kunt u deze vergoed krijgen. U moet wel meedoen aan het wetenschappelijk onderzoek.

In het document [voorwaardelijke toelating tot het basispakket](#) staat:

- welke zorg op dit moment voorwaardelijk is toegelaten tot het basispakket
- welke patiënten de zorg kunnen krijgen
- aan welk onderzoek u moet meedoen om de kosten ervan vergoed te krijgen
- voor welke periode de zorg is toegelaten
- waar u terecht kunt

Elke 3 maanden kan de minister nieuwe behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen toelaten. Daarom kan het document in de loop van het jaar worden aangepast.

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor voorwaardelijk toegelaten zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor voorwaardelijk toegelaten zorg geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

- **U moet vooraf een verwijzing hebben**

- Voor u naar het ziekenhuis gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

- **Goed om te weten**

- **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

- De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

- **Niet bij alle ziekenhuizen of zorgverleners krijgt u vergoeding**

- Als u de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel krijgt in een ziekenhuis of bij een zorgverlener die niet meedoet aan het onderzoek, vergoeden wij de kosten niet.

● Second opinion

Als u twijfelt aan de noodzaak van een ingrijpende behandeling.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Twijfelt u over de diagnose die uw huisarts, medisch specialist of andere zorgverlener met u heeft besproken? Of over een voorgestelde behandeling? Dan kunt u de mening van een (andere) arts¹ vragen: een second opinion. Die arts geeft alleen zijn visie en neemt niet de behandeling over.

Een second opinion is bedoeld om u zo goed mogelijk te informeren, voordat u een beslissing neemt over een behandeling. Het is belangrijk om uw wens voor een second opinion eerst te bespreken met uw eigen zorgverlener. Bij die zorgverlener komt u na de second opinion namelijk ook weer terug.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een second opinion als aan deze 5 voorwaarden is voldaan:

1. het gaat om zorg die onder de basisverzekering valt, zoals zorg van de medisch specialist. Of zorg onder basisverzekering valt, staat in de [vergoedingen](#)
2. de diagnostiek of de voorgestelde behandeling waar de second opinion over gaat, valt ook onder de basisverzekering
3. de arts die de second opinion doet, werkt in hetzelfde vakgebied als de 1e zorgverlener
4. u heeft een verwijzing van een arts. Dit kan de 1e zorgverlener zijn, of uw huisarts
5. u gaat met de second opinion terug naar de 1e zorgverlener

Hier kunt u terecht

- een arts die werkt in hetzelfde vakgebied als de 1e zorgverlener

Dit wordt niet vergoed

- een second opinion over de mate waarin u arbeidsongeschikt bent
- kosten voor een kopie van uw medisch dossier, als de 1e zorgverlener of het ziekenhuis die in rekening brengt

Andere vergoedingen

Voor een 'second opinion' over [Verpleging en verzorging in de eigen omgeving](#) en [Geneeskundige ggz](#) gelden die vergoedingen.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor een second opinion betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor een second opinion over zorg door een huisarts of over verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Voor een second opinion over andere zorg geldt het eigen risico wel. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

U moet een verwijzing hebben

Wij vergoeden de second opinion alleen als u daarvoor een verwijzing heeft van een arts. Dit kan uw eigen zorgverlener zijn als dat een arts is. Anders kunt u uw huisarts om een verwijzing vragen.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die de 1e zorgverlener normaal gesproken verleent.

De ZorgConsulent helpt u

Voor informatie en advies over een second opinion kunt u ook altijd bij onze ZorgConsulent terecht.

Uitleg

1. Arts: Met arts bedoelen wij in deze vergoeding ook een tandarts

● Verblijf in een logeerhuis

In de buurt zijn als uw kind of gezinslid in het ziekenhuis ligt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Ouders bij kind: € 12,50 per dag, tot € 260 Gezinslid bij volwassene: € 25 per dag Max. per dag/kalenderjaar
Optifit	Ouders bij kind: € 12,50 per dag, tot € 260 Gezinslid bij volwassene: € 25 per dag Max. per dag/kalenderjaar
Topfit	100% voor ouders bij kind en gezinslid bij volwassene 100% logeren na transplantatie of bij behandeling tegen kanker
Superfit	100% voor ouders bij kind en gezinslid bij volwassene 100% logeren na transplantatie of bij behandeling tegen kanker
OntzorgPlus	100% voor ouders of gezinslid bij opname binnen 1 jaar na het ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening

● Wat u vergoed krijgt

Een ziekenhuisopname kan ingrijpend zijn. Als uw kind wordt opgenomen, wilt u als ouder waarschijnlijk in de buurt zijn. En wordt u zelf opgenomen, dan wilt u misschien ook een gezinslid in de buurt hebben.

Daarom is er bij veel ziekenhuizen een logeerhuis, bijvoorbeeld een Ronald McDonald Huis, of een logeerafdeling. Daar kunnen ouders en gezinsleden overnachten.

Voor het verblijf betaalt u een bedrag per dag. We noemen dat hierna logeerkosten. Het logeerhuis noemt het bedrag soms 'eigen bijdrage'.

De aanvullende verzekeringen OntzorgPlus, Benfit en Optifit vergoeden de logeerkosten in situatie 1 en 2 hieronder. Topfit en Superfit vergoeden ook in situatie 3.

1. Ziekenhuisbehandeling van een kind onder de 18 jaar

Wordt uw kind behandeld of opgenomen in het ziekenhuis? De aanvullende verzekering Benfit en hoger en OntzorgPlus van het kind vergoedt de logeerkosten van de ouder, als die ook zo'n verzekering bij ons heeft. Benfit en Optifit vergoeden maximaal € 12,50 per dag, tot maximaal € 260 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de logeerkosten volledig. OntzorgPlus vergoedt de logeerkosten volledig als uw kind wordt opgenomen binnen 1 jaar na een ernstig ongeval of vaststelling van een ernstige aandoening.

2. Ziekenhuisopname vanaf 18 jaar

Bent u 18 jaar of ouder? De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger en OntzorgPlus vergoeden de logeerkosten van 1 gezinslid tijdens uw ziekenhuisopname. Dit gezinslid moet zelf ook zo'n verzekering bij ons hebben. Benfit en Optifit vergoeden maximaal € 25 per dag. Topfit en Superfit vergoeden de logeerkosten volledig. OntzorgPlus vergoedt logeerkosten volledig bij ziekenhuisopname binnen 1 jaar na een ernstig ongeval of vaststelling van een ernstige aandoening.

3. Na transplantatie of behandeling van kanker

Heeft u Topfit of Superfit? Dan vergoeden wij de logeerkosten voor u en een begeleider ook:

- na een transplantatie, of
- bij chemotherapie, bestraling of immuuntherapie bij kanker

Hier kunt u terecht

- logeerafdeling of logeerhuis van het ziekenhuis
- Ronald McDonald Huis

Andere vergoedingen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt logeren ook in plaats van:

- [Ziekenvervoer](#)
- [Ziekenhuisopname](#)

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor verblijf in een logeerhuis betaalt u ons geen eigen bijdrage. Wel betaalt u soms een bedrag aan het logeerhuis.

Geen eigen risico

Voor verblijf in een logeerhuis geldt geen eigen risico.

• Dit moet u zelf doen

Met OntzorgPlus moet u contact met ons opnemen

Neem voordat u naar het logeerhuis gaat contact op met onze ZorgConsulent. Die kan ook met u meedenken over andere vragen rondom uw zorg.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Het ziekenhuis weet wat de mogelijkheden zijn

Meestal staat het ook op de website van het ziekenhuis. Informatie over de Ronald McDonald Huizen vindt u bij het [Kinderfonds](#).

OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

De [uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus](#) bepalen uw vergoeding.

• Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder

Geen zorgen over de opvang van uw kinderen als u in het ziekenhuis ligt.

• Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 25 per werkdag, vanaf 4e opnamedag Max. per dag, max. 60 werkdagen

• Wat u vergoed krijgt

Bent u ouder van een kind jonger dan 12 jaar? En wordt u 4 of meer dagen achter elkaar opgenomen in het ziekenhuis? De aanvullende verzekering Superfit vergoedt kosten van kinderopvang tijdens uw opname, als uw kind ook die aanvullende verzekering heeft. De vergoeding gaat in op de 4e opnamedag en is maximaal € 25 per kind, per werkdag. De vergoeding stopt bij uw ontslag uit het ziekenhuis, en is maximaal 60 werkdagen.

Hier kunt u terecht

- kinderopvanginstelling ingeschreven in het [Landelijk Register Kinderopvang \(LRK\)](#)

Andere vergoedingen

OntzorgPlus biedt soms [oppas voor de kinderen](#).

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor kinderopvang bij ziekenhuisopname betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor kinderopvang bij ziekenhuisopname geldt geen eigen risico.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Heeft u nog geen opvang? De ZorgConsulent helpt u verder

Heeft u geen contract met een erkende kinderopvanginstelling? Dan helpt onze [ZorgConsulent](#) u graag met het zoeken van kinderopvang.

● Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

U kunt zonder, maar mét is wel heel fijn. Meer privacy, rust en extra comfort tijdens een opname.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 2.500 Max. per kalenderjaar
Zorgplan	€ 2.500 Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Wordt u in het ziekenhuis opgenomen? Dan geldt de vergoeding [Ziekenhuisopname](#).

In veel ziekenhuizen kunt u gebruik maken van extra voorzieningen of service om uw ziekenhuisopname iets aangenamer te maken. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan vergoeden de 4 voorzieningen die hieronder staan. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor al die voorzieningen samen. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Het moet gaan om een ziekenhuisopname in Nederland, België of Duitsland die noodzakelijk is voor onderzoek of behandeling door de [Medisch specialist](#).

Wij vergoeden:

- 1a. een eenpersoonskamer die u op eigen verzoek krijgt in plaats van een meerpersoonskamer. Het gaat dus niet om een eenpersoonskamer die u krijgt omdat u apart moet worden verpleegd, bijvoorbeeld vanwege infectiegevaar, of
- 1b. een compensatie van € 75 per opnamedag als het ziekenhuis wel deze eenpersoonskamers-op-verzoek heeft, maar ze tijdens uw opname niet beschikbaar zijn. In Nederland geldt deze compensatie bij ziekenhuizen in ons [overzicht](#)
2. het luxepakket dat het ziekenhuis aanbiedt. Dat kan zijn voor:
 - bellen met een toestel op uw kamer, binnen Nederland
 - koelkast, gevuld met dranken
 - krant of tijdschrift
 - koffie en thee voor uw bezoek
 - luxe maaltijden of een extra snack
 - gebruik televisie en internet
3. een extra bed op de kamer of extra maaltijd als uw partner tijdens uw opname bij u kan verblijven

4. een bedrag voor parkeerkosten van uzelf of uw bezoek. Bij een opname van maximaal 5 dagen is dit bedrag € 50. Bij een opname van 6 dagen of langer is dit bedrag € 100

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc¹) in Nederland, België of Duitsland
- als u buiten Nederland, België of Duitsland woont: een ziekenhuis in ieder land

Dit wordt niet vergoed

- de vergoeding geldt niet bij opname in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis

Andere vergoedingen

Assistentie en extra service vóór uw ziekenhuisopname en na ontslag staan apart vermeld.

OntzorgPlus biedt soms ondersteuning thuis bij een spoedopname.

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor extra luxe en comfort bij ziekenhuisopname betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor extra luxe en comfort bij ziekenhuisopname geldt geen eigen risico.

• Dit moet u zelf doen

De eenpersoonskamer regelt u zelf

U kunt hiervoor zelf contact opnemen met het opnamebureau van het ziekenhuis waar u naar toe wilt.

Bel ons. Wij kunnen het comfort voor u regelen

Is uw opname gepland? Neem dan contact op met onze ZorgConsulent. Zij kunnen taxivervoer regelen of de compensatie van parkeerkosten alvast aan u betalen. En meedenken of wij andere zaken uit handen kunnen nemen.

Compensatie declareert u met het formulier privékamer

Ziekenhuizen met eenpersoonskamers voor gebruik op eigen verzoek, staan in ons overzicht. Is zo'n kamer tijdens uw opname niet beschikbaar? De compensatie van € 75 per opnamedag declareert u eenvoudig met het formulier privékamer.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Weten welke ziekenhuizen eenpersoonskamers bieden?

Kijkt u in ons overzicht van de Nederlandse ziekenhuizen waar u terecht kunt voor een eenpersoonskamer. Of u er tijdens een opname gebruik van kunt maken, is afhankelijk van beschikbaarheid op dat moment.

Ziekenhuisopname in het buitenland?

Gebruik van een eenpersoonskamer in België, Duitsland of een ander land heeft soms ook gevolgen voor de behandelkosten. Zo mogen sommige medisch specialisten (in Duitsland bijvoorbeeld de Chefarzt) dan hogere (loon)kosten rekenen. De meerkosten van loon en behandeling vallen niet onder deze vergoeding. Die kosten betaalt u zelf.

Uitleg

1. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

● Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na

Wat extra hulp of iemand die met u meedenkt bij een opname is geen overbodige luxe.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Assistentie Vervoer heen en terug (€ 0,27 per km) Max. 2 overnachtingen na ontslag Overnachting: max. € 100 per nacht
Zorgplan	Assistentie Vervoer heen en terug (€ 0,27 per km) Max. 2 overnachtingen na ontslag Overnachting: max. € 100 per nacht

● Wat u vergoed krijgt

Wordt u in het ziekenhuis opgenomen? Dan geldt de vergoeding Ziekenhuisopname. Gaat het om een opname binnen de psychiatrie? Dan geldt de vergoeding Opname voor geneeskundige ggz.

Een ziekenhuisopname is niet niks. Misschien maakt u zich zorgen over de opname zelf, of over wat u daarna te wachten staat. Dan kan het fijn zijn als het vervoer naar het ziekenhuis wordt geregeld. Of als iemand al voor uw opname meedenkt over de zorg na uw ontslag.

De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan vergoeden assistentie en extra service in aanloop naar uw ziekenhuisopname en als u weer naar huis gaat. Het moet gaan om een ziekenhuisopname die noodzakelijk is voor onderzoek of behandeling door de Medisch specialist.

Opname in Nederland

Bij opname in een Nederlands ziekenhuis vergoeden wij:

1. hulp van de Zorgassistent. Die:
 - neemt vooraf contact met u op voor een intake
 - regelt het vervoer naar het ziekenhuis
 - kan bij de opname zijn en u wegwijs maken in het ziekenhuis
 - beantwoordt uw zorgvragen
 - kan telefonisch contact met u houden, overleggen met de (medische) staf of u bezoeken
 - begeleidt u bij ontslag
 - regelt het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis

Als u met spoed wordt opgenomen, dan zijn de bovenste 3 niet mogelijk.

2. vervoer van en naar het ziekenhuis bij opname en ontslag. Wij vergoeden het vervoer binnen Nederland per taxi of openbaar vervoer volledig. Gaat u liever met uw eigen auto of kan familie u brengen? Dan vergoeden wij € 0,27 per km
3. aansluitend op uw ontslag uit het ziekenhuis: maximaal 2 overnachtingen voor uzelf in een logeerkamer, zorghotel of andere (betaalde) overnachtingsmogelijkheid bij het ziekenhuis, tot maximaal € 100 per nacht. Zo kunt u een extra dag herstellen in de buurt van het ziekenhuis, zonder dat de arts dit voorschrijft. Bijvoorbeeld als u het gevoel heeft dat het ontslag wat vroeg komt. Moet u vóór 10 uur 's morgens in het ziekenhuis aanwezig zijn? En woont u er meer dan 50 kilometer vandaan? Dan kunt u er ook voor kiezen om 1 overnachting voorafgaand aan de ziekenhuisopname te gebruiken
4. aanvullende zorg en dienstverlening door de ZorgConsulent bij ontslag uit het ziekenhuis. Bijvoorbeeld:
 - maaltijdservice
 - regelen van hulpmiddelen die u thuis nodig heeft voor een goed herstel
 - regelen van ondersteuning in het huishouden of kinderopvang
 - regelen van vervangende mantelzorg
5. de volgende hulp bij vragen over uw behandeling, de nazorg of het herstel:

a. uitgebreid telefonisch consult bij een medisch specialist

De ZorgConsulent regelt een keer per behandeltraject een uitgebreid telefonisch consult bij een medisch specialist. Zo kunt u overleggen over uw medische situatie, mogelijke behandelingen of kansen op herstel. De medisch specialist denkt met u mee, maar kent uw medisch dossier niet. En kan uw vragen beantwoorden, meer uitleg geven en u helpen bij het formuleren van vragen voor uw eigen medisch specialist

b. begeleiding artsgesprek

De ZorgConsulent regelt een keer per behandeltraject begeleiding bij het gesprek met uw medisch specialist of andere arts in het ziekenhuis. Een verpleegkundige helpt u dan bij de voorbereiding en gaat mee naar het gesprek. Bijvoorbeeld om de juiste vragen te stellen en de antwoorden goed te verwerken

Opname in België of Duitsland?

Woont u in Nederland, maar wordt u in een Belgisch of Duits ziekenhuis opgenomen? Dan vergoeden wij niet de hulp van de Zorgassistent (1), maar wel vervoer, overnachting en dienstverlening door de ZorgConsulent (2, 3 en 4). Bij vragen over uw behandeling of zorg kunnen wij alleen het telefonisch consult regelen (5a).

Woont u in België of Duitsland en wordt u in dat land opgenomen? Dan vergoeden wij alleen vervoer en overnachting (2 en 3). De ZorgConsulent kan wel met u meedenken over de zorg na uw ontslag, maar kan die meestal niet voor u regelen. Bij vragen over uw behandeling of zorg kunnen wij alleen het telefonisch consult regelen (5a).

Andere vergoedingen

Bij sommige medische indicaties vergoedt uw Vrije Keuze Basisverzekering, Superfit of Zorgplan het vervoer van en naar het ziekenhuis. Dan geldt de vergoeding [Ziekenvervoer](#).

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor assistentie en service bij ziekenhuisopname betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor assistentie en service bij ziekenhuisopname geldt geen eigen risico.

● **Dit moet u zelf doen**

Neem contact op met de ZorgConsulent

Is de datum van opname bekend? Neem contact op met onze [ZorgConsulent](#) over de mogelijkheden voor assistentie en extra services.

Vervoer regelt u zo

U laat de Zorgassistent uw vervoer regelen. Of u doet het zelf via taxicentrale Transvision. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30. Na de telefonische intake met Transvision kunt u ook online ritten boeken via hun reserveringstool.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

We gaan voor autovervoer uit van de optimale route

Het aantal kilometers berekenen wij met [Google Maps](#). Wij vergoeden alleen de kilometers waarbij u zelf passagier bent.

Opname buiten Nederland, België of Duitsland?

Dan kunt u helaas geen gebruik maken van de assistentie, extra vervoer of overnachtingen. Natuurlijk kunt u wel onze ZorgConsulent bellen met vragen over uw opname.

● Verpleging en verzorging in de eigen omgeving

Zorg die u in de eigen omgeving krijgt. Bijvoorbeeld verzorging van een wond. Of hulp bij opstaan, wassen en aankleden. De zorg wordt ook wel 'wijkverpleging' genoemd.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u door uw medische situatie verpleging en verzorging in de eigen omgeving nodig? Dan komt de verpleegkundige of verzorgende naar u toe. Uw eigen omgeving is meestal thuis, maar kan ook tijdelijk ergens anders zijn, bijvoorbeeld als u bij een familielid logeert of op vakantie bent.

Verpleging heeft vaak te maken met medische handelingen. Zoals een wond verzorgen of een injectie geven. Maar er valt meer onder. Bijvoorbeeld het in de gaten houden van uw gezondheid. Of overleg met andere zorgverleners, zodat u op het juiste moment de juiste zorg krijgt. Verzorging is de hulp bij dagelijkse handelingen. Zoals douchen en aankleden, en het aantrekken van steunkousen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt verpleging en verzorging in de eigen omgeving als u geneeskundige zorg nodig heeft of daar een grote kans op is.

Een verpleegkundige beoordeelt welke zorg u nodig heeft, en hoe vaak en hoe lang. De verpleegkundige doet dat in uw eigen omgeving. Dat is meestal bij u thuis. U bent daar zelf bij. Dit heet ook wel 'indicatiestelling'. De verpleegkundige kijkt ook wat u zelf kunt doen. Of kunt leren. En waar een partner of mantelzorger u mee kan helpen. Misschien heeft u alleen een hulpmiddel nodig. Of zorg van een andere zorgverlener, zoals een fysiotherapeut of ergotherapeut. Het kan ook zijn dat niet alle zorg onder deze vergoeding Verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt. Als het bijvoorbeeld om huishoudelijke hulp gaat, dan moet de gemeente dat regelen. De verpleegkundige zet de belangrijkste afspraken over hoe de zorg wordt ingevuld samen met u in een zorgplan.

Zorg voor kinderen valt ook onder deze vergoeding. Net als zorg bij dementie, en zorg in de laatste levensfase. Daarvoor gelden ook de voorwaarden hierna.

Verpleging en verzorging voor kinderen jonger dan 18 jaar

Voor kinderen jonger dan 18 jaar geldt deze vergoeding ook. Een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige doet dan de indicatiestelling voor verpleging en eventueel verzorging. Meestal komt u met de kinderverpleegkundige in contact via de kinderarts die uw kind behandelt.

Gaat uw kind naar een verpleegkundig kinderdagopvang of een verpleegkundig kindzorghuis? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering het verblijf en de zorg daar. Maar alleen als uw kind continu toezicht nodig heeft, of als er dag en nacht verpleegkundige zorg in de buurt beschikbaar moet zijn.

Casemanagement bij dementie

Als iemand met dementie verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, dan is er vaak ook iemand nodig die dat coördineert: een casemanager. Dit is een vaste contactpersoon, meestal een verpleegkundige, die zorgt dat alle zorg goed op elkaar wordt afgestemd. Voor casemanagement bij dementie geldt ook de vergoeding die u nu leest. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt of casemanagement nodig is.

Verpleging en verzorging in de laatste levensfase (palliatieve terminale zorg)

In de laatste levensfase kan aangepaste zorg nodig zijn. De zorg is bedoeld om de kwaliteit van uw leven in deze periode zo goed mogelijk te houden en om uw naasten te ondersteunen. Dit heet palliatieve terminale zorg. U kunt deze zorg thuis krijgen, maar ook in een hospice of bijna-thuis-huis. De verpleegkundige stelt de indicatie. Een arts moet vooraf hebben bepaald dat sprake is van de laatste levensfase. Dat kan uw huisarts zijn, een medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten. Waken vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering alleen als dat om verpleegkundige redenen nodig is.

Hier kunt u terecht

De indicatiestelling moet worden gedaan door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige of een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige. Die moet zijn aangesloten bij een netwerk¹ dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert.

De zorg wordt gegeven door een verpleegkundige of een verzorgende individuele gezondheidszorg. Of, als het gaat om zorg voor een kind onder de 18 jaar, door een kinderverpleegkundige.

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#). En u moet ons vooraf toestemming vragen voor de zorg.

Zelf meer regie voeren met een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)?

Uw zorgverlener zorgt ervoor dat u op tijd de juiste zorg krijgt en stuurt meestal de rekening rechtstreeks aan ons. Wilt u dit liever zelf regelen? Dan kunt u een [Persoonsgebonden budget \(Zvw-pgb\)](#) bij ons aanvragen. Met een Zvw-pgb maakt u zelf afspraken met zorgverleners. U betaalt de zorgverleners zelf, en u declareert de kosten bij ons.

Dit wordt niet vergoed

- zorg door een helpende (opleidingsniveau 2)
- zorg die de gemeente regelt, zoals huishoudelijke hulp (let op, want die zorg staat vaak wél in uw zorgplan)
- verpleging en verzorging als u een indicatie heeft voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Het [zorgkantoor](#) is dan uw aanspreekpunt

Andere vergoedingen

Is het nodig dat u tijdelijk wordt opgenomen, maar hoeft dat niet in een ziekenhuis? Dan geldt meestal de vergoeding [Eerstelijns verblijf](#).

Voor (verpleegkundige) zorg rond de bevalling geldt de vergoeding [Zwangerschap en bevalling](#).

Voor verpleegkundige zorg bij medisch-specialistische zorg thuis, zoals [Dialyse](#) of [Mechanische beademing](#) gelden die vergoedingen.

Voor kinderen met een lichamelijke handicap, of met meerdere lichamelijke problemen tegelijk en in sommige andere situaties vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering [Ziekenvervoer](#) van huis naar een zorgverlener en terug.

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving geldt geen eigen risico. Ook niet als u die zorg via een Zvw-pgb vergoed krijgt.

● Dit moet u zelf doen

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Dit hangt af van de zorgverlener die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Heeft uw zorgverlener een contract met ons? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij afspraken over de toestemming.
2. Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan moet u vooraf toestemming bij ons vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier bedoelen we: de verpleging en verzorging die verpleegkundigen en verzorgenden normaal gesproken verlenen in verband met de geneeskundige zorg die u nodig heeft. Of als u een verhoogd risico heeft om die zorg nodig te hebben. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden

U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen, door een andere verpleegkundige. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de herbeoordeling, maar alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Wij kunnen deze andere verpleegkundige aanwijzen. Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Ook wij kunnen dan uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

Zorg regelen? Neem contact op met de ZorgConsulent

Heeft u hulp nodig bij het regelen van verpleging en verzorging? Dan kunt u contact opnemen met onze ZorgConsulent.

Uitleg

1. Netwerk: Bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, verpleegkundig platform of samenwerking van thuiszorgorganisaties

● Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

Zélf meer regie over verpleging en verzorging in uw eigen omgeving.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, volgens reglement Zvw-pgb
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u recht op Verpleging en verzorging in de eigen omgeving? En wilt u zelf meer regie hebben over de zorg die u krijgt? Dan kunt u een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aanvragen. Daarmee kunt u zelf zorgverleners inhuren. Dat kunnen ook 'informele zorgverleners' zijn, zoals familielieden of kennissen.

Met een Zvw-pgb bent u niet alleen verantwoordelijk voor het inhuren, inroosteren en betalen van zorgverleners. U moet er ook voor zorgen dat de zorg van goede kwaliteit is en dat de zorgverleners hun zorg op elkaar afstemmen. En u moet aan ons uitleggen hoe u uw Zvw-pgb gebruikt heeft.

Een Zvw-pgb vraagt het nodige van u. Wij kijken daarom samen met u of u aan alle regels kunt voldoen. Of iemand heeft die dit namens u wil doen. Alle voorwaarden staan in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2024. U leest daar ook welke zorgverleners u mag inschakelen en welke tarieven u maximaal mag afspreken.

Wilt u een Zvw-pgb aanvragen? Stuur ons dan het ingevulde aanvraagformulier. Het 'verpleegkundige deel' (deel 1) van het formulier moet door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige worden ingevuld. Of door een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist kindergeneeskunde¹, als het gaat om zorg voor iemand onder de 18 jaar. Het 'verzekerden deel' (deel 2) moet u zelf invullen. Hierin geeft u aan met welke zorgverleners u de zorg gaat organiseren.

Als wij het formulier hebben ontvangen, bellen wij u voor een 'bewuste keuze gesprek'. Daarin bespreken we uw aanvraag, en gaan wij na of alles voor u en voor ons duidelijk is.

Wij beslissen meestal binnen 6 weken. Als uw aanvraag akkoord is, krijgt u van ons een toestemmingsbrief. Daarin staat hoeveel uren zorg u maximaal vergoed krijgt. Als u de toestemmingsbrief heeft, kunt u contracten afsluiten met uw zorgverleners.

Dit wordt niet vergoed

- zorg die de gemeente regelt, zoals huishoudelijke hulp (let op, want die zorg staat vaak wél in uw zorgplan)
- verpleging en verzorging als u een indicatie heeft voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz): het zorgkantoor is dan uw aanspreekpunt

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving geldt geen eigen risico. Ook niet als u die zorg via een Zvw-pgb vergoed krijgt.

- **Dit moet u zelf doen**

Een Zvw-pgb moet u bij ons aanvragen

Wij vergoeden verpleging en verzorging via een Zvw-pgb alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen, via een toestemmingsbrief. Met het aanvraagformulier vraagt u toestemming.

U bent er zelf verantwoordelijk voor dat u goede zorg krijgt

Lees daarom vooraf goed het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2024 door. Daarin staat waar u allemaal aan moet denken. Meer informatie vindt u ook op www.pgb.nl.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Soms moet u het declaratieformulier Zvw-pgb gebruiken

U gebruikt dit formulier om rekeningen van informele zorgverleners te declareren. Ook voor formele zorgverleners met een AGB-code die begint met 91. Rekeningen van andere formele zorgverleners kunt u zonder dat formulier declareren.

Uitleg

1. Verpleegkundig specialist kindergeneeskunde: Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

● Eerstelijns verblijf

Als u tijdelijk meer zorg nodig heeft dan thuis mogelijk is. Bijvoorbeeld omdat u herstelt van een zware longontsteking.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% 3 maanden, langer na onze toestemming
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 50 per dag voor extra faciliteiten Max., tijdens opname
Superfit	100% extra faciliteiten Tijdens opname
Zorgplan	100% extra faciliteiten Tijdens opname

● Wat u vergoed krijgt

Kunt u door de zorg die u nodig heeft even niet thuis wonen, maar is opname in het ziekenhuis niet (meer) nodig? Of moet uw medische situatie extra in de gaten gehouden worden? Dan kan de huisarts u tijdelijk laten opnemen voor eerstelijns verblijf.

Tijdens uw opname krijgt u huisartsenzorg, en als dat nodig is verpleging en verzorging. Eerstelijns verblijf is bedoeld voor kortdurend verblijf waarbij u er ernaartoe werkt om weer naar huis te gaan. Dit is anders als de zorg te maken heeft met de laatste levensfase.

U krijgt altijd een hoofdbehandelaar. Dat is een huisarts, een arts voor verstandelijk gehandicapten of (als u een complexe zorgvraag heeft) een specialist ouderengeneeskunde. De hoofdbehandelaar stelt met u een zorgplan op en is het aanspreekpunt voor u en uw naasten.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt eerstelijns verblijf en de daarbij behorende huisartsenzorg. Als dat volgens uw zorgplan nodig is, krijgt u daarbij ook:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg¹
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die standaard aanwezig zijn in de instelling waar u verblijft

Heeft u tijdens het eerstelijns verblijf ook andere geneesmiddelen, hulpmiddelen of verbandmiddelen nodig? Dan gelden daarvoor de vergoedingen Geneesmiddelen basisverzekering, Hulpmiddelen en Verbandmiddelen.

Biedt de instelling waar u verblijft extra faciliteiten aan? De **aanvullende verzekering** Topfit vergoedt hiervoor maximaal € 50 per dag. Superfit en Zorgplan vergoeden de extra faciliteiten volledig. De extra faciliteiten moeten wel te maken hebben met uw verblijf. Dan gaat het om bijvoorbeeld meer keuze bij maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Wij vergoeden (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (zoals kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).

Hier kunt u terecht

De arts die u laat opnemen, weet waar u terecht kunt voor eerstelijns verblijf. Dit kan bijvoorbeeld een speciale afdeling van een verpleeghuis zijn. Er zijn ook ziekenhuizen met 'huisartsenbedden'. Er is in ieder geval 24 uur per dag een verpleegkundige² dichtbij beschikbaar.

Dit wordt niet vergoed

- opname om uw mantelzorger te ontlasten (respijtzorg). Daarvoor is het zorgloket van uw gemeente het aanspreekpunt
- verblijf voor Geriatrische revalidatie of voor zorg rond de bevalling
- opname en zorg als u een indicatie heeft voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz): het zorgkantoor is dan uw aanspreekpunt

Andere vergoedingen

Als u tijdens uw verblijf andere geneesmiddelen, hulp- of verbandmiddelen nodig heeft dan die standaard in de instelling aanwezig zijn, dan gelden de vergoedingen Geneesmiddelen basisverzekering, Hulpmiddelen en Verbandmiddelen.

Moet u tijdelijk in de buurt van een gespecialiseerd ziekenhuis overnachten, omdat u een hoog risico loopt die gespecialiseerde zorg direct nodig te hebben? Dan geldt de vergoeding Ziekenhuisopname.

Moet uw mantelzorger er even uit? Dan is Vervangende mantelzorg misschien interessant.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor eerstelijns verblijf betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor de zorg van de huisarts en voor extra faciliteiten geldt geen eigen risico. Voor het verblijf en andere zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet een indicatie van de huisarts of de medisch specialist hebben

De huisarts maakt de afweging of dit voor u de juiste zorg is. Zo ja, dan krijgt u een indicatie. Als u uit het ziekenhuis komt, kan ook een medisch specialist de indicatie stellen.

Voor verblijf van meer dan 3 maanden moet u ons toestemming vragen

Na de 3e maand vergoeden wij de zorg alleen als wij (voor de 3e maand om is) toestemming hebben gegeven. Duurt het verblijf korter dan 3 maanden? Of gaat het om verblijf in de laatste levensfase (palliatieve zorg)? Dan heeft u geen toestemming nodig.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Uitleg

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Verpleegkundige: Deze moet minimaal hbo-ge диплоmeerd zijn

● Vervangende mantelzorg

Kan uw mantelzorger even niet voor u zorgen? Of kunt u als mantelzorger even geen zorg bieden?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 800 Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent
Optifit	€ 1.200 Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent
Topfit	€ 2.000 Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent
Superfit	€ 2.500 Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent
OntzorgPlus	2 weken, bij spoedopname na ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening Max. per ernstig ongeval of ernstige aandoening

● Wat u vergoed krijgt

Mantelzorg is onbetaalde, vaak langdurige zorg voor een partner, familielid of vriend(in) met een ziekte of beperking. Bent u mantelzorger, maar moet u er langere tijd tussenuit? Of kan uw mantelzorger voor langere tijd geen zorg bieden? Bijvoorbeeld door vakantie of een medische behandeling? Dan kunt u vervangende mantelzorg krijgen.

Heeft u een vervangende mantelzorger nodig? Bespreek dan eerst met de gemeente van degene die de mantelzorg krijgt op welke manier zij u kunnen ondersteunen.

Biedt de gemeente u geen vervangende mantelzorg? En heeft de mantelzorger 3 maanden of langer minimaal 8 uur per week mantelzorg gegeven? Neem dan contact op met de [ZorgConsulent](#) om een vervangende mantelzorger te regelen.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden vervangende mantelzorg die de ZorgConsulent voor u regelt. Als u mantelzorg krijgt, of als u mantelzorger bent. Heeft u allebei zo'n aanvullende verzekering? Dan keren wij de vergoeding voor die situatie 1 keer per kalenderjaar uit. Zijn dit niet dezelfde aanvullende verzekeringen? Dan geldt de hoogste vergoeding. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat bovenaan deze vergoeding.

De aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt vervangende mantelzorg als u zelf mantelzorger bent en door een ernstig ongeval of een ernstige aandoening onverwacht in het ziekenhuis belandt. OntzorgPlus vergoedt de vervangende mantelzorg dan voor maximaal 2 weken. Ook Superfit vergoedt dit, want OntzorgPlus maakt daarvan onderdeel uit.

Dit wordt niet vergoed

- vervangende mantelzorg als u een Wlz-pgb heeft

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor vervangende mantelzorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor vervangende mantelzorg geldt geen eigen risico.

● **Dit moet u zelf doen**

Vraag de vervangende mantelzorg op tijd aan bij de ZorgConsulent

Anders kunnen wij de vervanging niet op tijd voor u regelen, of krijgt u geen vergoeding. Bij OntzorgPlus kan de ZorgConsulent ook toestemming geven om de vervanging zelf te regelen.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

De ondersteuning door de gemeente gaat voor

U moet eerst bij de gemeente vragen of die u kan helpen.

De vervangende mantelzorger biedt geen medische zorg

Vervangende mantelzorg is ondersteuning in de thuissituatie. Als er medisch hulp nodig is, loopt dat via de thuiszorg of huisarts.

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

● Hulp bij mantelzorg

Omdat u als mantelzorger veel moet regelen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Mantelzorgondersteuning van ZorgConsulent
Benfit	Mantelzorgondersteuning van ZorgConsulent
Optifit	€ 350 voor mantelzorgmakelaar Mantelzorgondersteuning van ZorgConsulent Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 500 voor mantelzorgmakelaar Mantelzorgondersteuning van ZorgConsulent Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 750 voor mantelzorgmakelaar Mantelzorgondersteuning van ZorgConsulent Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Zorgt u onbetaald langere tijd voor een familielid, vriend(in) of partner met een ziekte of beperking? Dan bent u mantelzorger. Als mantelzorger heeft u soms zélf ook wat steun nodig.

Een mantelzorgondersteuner kan u helpen om in balans te blijven. De ondersteuner biedt een luisterend oor, en helpt u bijvoorbeeld om grenzen te stellen, of uw sociale netwerk (weer) uit te breiden. Of bij het combineren van mantelzorg en werk. Onze ZorgConsulenten zijn opgeleid tot mantelzorgondersteuner. Zij kunnen de ondersteuning combineren met hun kennis van de gezondheidszorg. Zo kunnen zij ook met u meedenken over zorg en vergoedingen.

Een mantelzorgmakelaar gaat een stap verder dan de mantelzorgondersteuner. Een mantelzorgmakelaar beantwoordt uw vragen en geeft advies over uw situatie, maar neemt ook tijdrovende regelzaken uit handen als het gaat om zorg, welzijn of financiën. De mantelzorgmakelaar kent de situatie in uw regio en kan u zo naar de juiste organisaties verwijzen.

De mantelzorgondersteuner en mantelzorgmakelaar bieden vormen van mantelzorgondersteuning. Die krijgt u van de gemeente. De precieze vorm van ondersteuning verschilt per gemeente. Daardoor kan het zijn dat uw gemeente andere vormen van mantelzorgondersteuning heeft.

Biedt uw gemeente geen mantelzorgondersteuning of mantelzorgmakelaar? En heeft u 3 maanden of langer minimaal 8 uur per week mantelzorg gegeven? Dan kunt u met een aanvullende verzekering Startfit of hoger terecht bij de [ZorgConsulent](#) voor mantelzorgondersteuning. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden daarnaast de mantelzorgmakelaar die de ZorgConsulent voor u regelt. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

- de ZorgConsulent voor mantelzorgondersteuning
- een mantelzorgmakelaar die in het register zelfstandige mantelzorgmakelaars van BMZM¹ staat, via de ZorgConsulent

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor hulp bij mantelzorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor hulp bij mantelzorg geldt geen eigen risico.

● Dit moet u zelf doen

Neem altijd contact op met de ZorgConsulent

Onze ZorgConsulent kan nagaan welke mantelzorgondersteuning uw gemeente biedt, en kijkt samen met u wat (daarnaast) nodig is.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

De ondersteuning door de gemeente gaat voor

U moet eerst bij de gemeente vragen of die u kan helpen.

Uitleg

1. BMZM: Beroepsvereniging van Mantelzorgmakelaars

● Huishoudelijke hulp

Als u het huishouden even niet kunt doen na een opname in het ziekenhuis

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	9 uur, na ziekenhuisopname Max. per opname, via ZorgConsulent
Topfit	18 uur, na ziekenhuisopname Max. per opname, via ZorgConsulent
Superfit	30 uur, na ziekenhuisopname Max. per opname, via ZorgConsulent
OntzorgPlus	1 week, bij spoedopname na ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening Max. per ernstig ongeval of ernstige aandoening

● Wat u vergoed krijgt

Kunt u na een ziekenhuisopname zelf niet het huishouden doen? Bespreek dit dan eerst met uw gemeente. De gemeente moet zorgen voor ondersteuning thuis als u zichzelf niet kunt redden.

Wijst de gemeente uw aanvraag af? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Optifit en hoger, en OntzorgPlus huishoudelijke hulp als de ZorgConsulent de hulp voor u regelt.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden de huishoudelijke hulp als:

- deze aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal 4 dagen, en
- u ouder bent dan 18 jaar

Er is een maximum aan het aantal uren. Dat staat hierboven.

De aanvullende verzekeringen Superfit en OntzorgPlus vergoeden (ook) huishoudelijke hulp tot maximaal 1 week. Het gaat om 1 week tijdens of aansluitend op de spoedeisende 1e opname na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor huishoudelijke hulp betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor huishoudelijke hulp geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

U moet de huishoudelijke hulp aanvragen bij de ZorgConsulent

Neemt u zo snel mogelijk contact op. Onze ZorgConsulent kan dan de juiste ondersteuning voor u regelen. Gaat het om huishoudelijke hulp als u weer thuis bent? Vraag die dan aan voor uw ontslag uit het ziekenhuis. Anders kan de ZorgConsulent de hulp niet op tijd regelen.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden geen eigen bijdragen

Krijgt u wel huishoudelijke hulp via de gemeente? Dan betaalt u een eigen bijdrage. Deze vergoeden wij niet.

De ondersteuning door de gemeente gaat voor

U moet eerst bij de gemeente vragen of die u kan helpen.

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

● Hospice

De laatste levensfase doorbrengen in een huiselijke omgeving.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 25 per dag voor eigen betaling, max. 3 maanden
Topfit	€ 50 per dag voor eigen betaling, max. 3 maanden
Superfit	100% van eigen betaling
Zorgplan	100% van eigen betaling

● Wat u vergoed krijgt

Als de laatste fase van het leven aanbreekt, kunt u ervoor kiezen die door te brengen in een hospice. Daar bieden zorgverleners en vrijwilligers zorg en ondersteuning in een huiselijke omgeving. De zorg is gericht op het wegnemen van pijn en ongemak.

Elk hospice heeft een eigen zorgaanbod. Soms gaat het alleen om eenvoudige zorg. Zo'n hospice wordt ook wel bijna-thuis-huis genoemd. Maar er zijn ook hospices die complexe zorg geven. Het [Netwerk Palliatieve zorg](#) weet welke hospices er in uw omgeving zijn en wat de mogelijkheden zijn.

Hoe u de zorg in een hospice vergoed krijgt, hangt af van uw persoonlijke situatie, en van het hospice. Het kan zijn dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt als [Eerstelijns verblijf](#), of als [Verpleging en verzorging in de eigen omgeving](#). Soms vergoeden de Wlz¹ en de Wmo² het verblijf in een hospice. Het hospice kan u vertellen hoe dit in uw geval zit. Onze [ZorgConsulent](#) kan u ook verder helpen.

U betaalt bijna altijd ook zelf een bedrag aan het hospice, voor bijvoorbeeld de maaltijden die u er krijgt. Bij sommige hospices kunt u extra faciliteiten 'bijbestellen'. Bijvoorbeeld een extra bed en maaltijden voor uw partner. Of extra koffie, thee of fruit op uw kamer. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger en Zorgplan vergoeden die eigen betaling (inclusief extra faciliteiten). Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per dag, voor maximaal 3 maanden. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Superfit en Zorgplan vergoeden de eigen betaling volledig.

Krijgt u het verblijf uit de Wlz of de Wmo vergoed? Dan betaalt u naast de eigen betaling aan het hospice meestal ook een wettelijke eigen bijdrage. Die geldt voor alle zorg en ondersteuning uit de Wlz en Wmo. Deze wettelijke eigen bijdrage vergoeden wij niet.

● Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor een hospice betaalt u ons geen eigen bijdrage. Wel betaalt u soms een bedrag aan het hospice.

Geen eigen risico

Voor deze vergoeding geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

U moet een indicatie hebben van het CIZ, de huisarts of de medisch specialist

De indicatie moet met de declaratie worden meegestuurd.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Uitleg

1. Wlz: Wet langdurige zorg
2. Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning

● Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	<ul style="list-style-type: none">• Lijst chronische fysiotherapie: 100%• Andere indicaties: 9 behandelingen, en na verwijzing 9 extra behandelingen <p>In de lijst chronische fysiotherapie kan een maximale behandelperiode staan</p>
Startfit	<ul style="list-style-type: none">• 10 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding <p>Max. per kalenderjaar</p>
Benfit	<ul style="list-style-type: none">• 16 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding <p>Max. per kalenderjaar</p>
Optifit	<ul style="list-style-type: none">• 30 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding <p>Max. per kalenderjaar</p>
Topfit	<ul style="list-style-type: none">• 50 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding <p>Max. per kalenderjaar</p>
Superfit	<ul style="list-style-type: none">• 100%, max. 18 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen, of door uw houding? Dan kan de fysiotherapeut of oefentherapeut bepalen wat er precies aan de hand is en u behandelen en begeleiden bij uw herstel. Vaak krijgt u oefeningen om te herstellen en om na het herstel te voorkomen dat de klachten terugkeren. Deze oefeningen doet u zelf thuis of in een sportschool.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar.

Heeft u behandeling nodig door een aandoening die op de lijst chronische fysiotherapie staat? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering alle behandelingen. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.

Bij aandoeningen die niet op de lijst chronische fysiotherapie staan, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Als u na deze 9 behandelingen wel verbetering merkt, maar nog niet van de klachten af bent, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering nog 9 extra behandelingen. U moet voor de start van deze 2e serie wel een verwijzing hebben.

De **aanvullende verzekeringen** vergoeden extra behandelingen fysiotherapie en oefentherapie. U kunt deze gebruiken als de basisverzekering (nog) niet vergoedt. Het maximale aantal behandelingen per kalenderjaar staat hierboven.

Zorgverlener zonder contract

Voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering, adviseren wij u naar een gecontracteerde fysiotherapeut te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben. Heeft uw fysiotherapeut geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#) per behandeling. De rest betaalt u zelf.

Deze maximale vergoedingen gelden niet voor oefentherapie Cesar of Mensendieck.

Hier kunt u terecht

Voor zorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

- fysiotherapeut¹
- kinderfysiotherapeut² of kinderoefentherapeut³
- manueel therapeut⁴
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar⁵
- bekkenfysiotherapeut⁶ of bekkenoefentherapeut⁷
- oedeemfysiotherapeut⁸
- huidtherapeut⁹: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut¹⁰ of psychosomatisch oefentherapeut¹¹.

Andere vergoedingen

Voor fysiotherapie en oefentherapie na ernstige COVID-19 geldt de vergoeding [Voorwaardelijk toegelaten zorg](#).

Wilt u naar een andere therapeut? Bijvoorbeeld een chiropractor of osteopaat? Daarvoor geldt de vergoeding [Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg](#).

Heeft u sportklachten? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook sportmedisch onderzoek en begeleiding. Daarvoor geldt de vergoeding [Preventief onderzoek](#).

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor fysiotherapie en oefentherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

• Dit moet u zelf doen

Soms moet u een verwijzing hebben

Krijgt u behandeling voor een aandoening die niet op de lijst chronische fysiotherapie staat en valt de zorg onder de Vrije Keuze Basisverzekering? Dan moet u voor de 2e serie van 9 behandelingen een verwijzing hebben van uw huisarts, de medisch specialist, jeugdarts, verpleegkundig specialist of physician assistant¹².

Andere behandellocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen

Fysiotherapie of oefentherapie krijgt u in de praktijk van de therapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders (bijvoorbeeld op school) moet u ons vooraf [toestemming](#) vragen. Die geven wij alleen als er een medische reden voor is.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als de zorg niet doeltreffend is. En ook niet als u fysiotherapie of oefentherapie krijgt om een hoger sportniveau te bereiken. Om dat te beoordelen kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de fysiotherapie en oefentherapie die fysio- en oefentherapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Vanaf uw 18e geldt een andere vergoeding

Dat is Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar. Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee in het maximum aantal behandelingen van die vergoeding.

Uitleg

1. Fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
2. Kinderfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als kinderfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
3. Kinderoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als kinderoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
4. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Oefentherapeut Mensendieck of Cesar: Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici
6. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
7. Bekkenoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
8. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
9. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
10. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
11. Psychosomatisch oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
12. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

● Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Behandelingen: <ul style="list-style-type: none">• Lijst chronische fysiotherapie: vanaf 21e• Etalagebenen: max. 37• Artrose heup of knie: max. 12• COPD: afhankelijk van GOLD-stadium, 0 tot 70• Urine-incontinentie: max. 9• Reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19, uit vergoeding Voorwaardelijk toegelaten zorg• Valpreventieve beweeginterventie Er kan een maximale behandelperiode gelden
Startfit	<ul style="list-style-type: none">• 10 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Benfit	<ul style="list-style-type: none">• 16 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Optifit	<ul style="list-style-type: none">• 30 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Topfit	<ul style="list-style-type: none">• 50 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Superfit	<ul style="list-style-type: none">• 100%, max. 18 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen, of door uw houding? Dan kan de fysiotherapeut of oefentherapeut bepalen wat er precies aan de hand is en u behandelen en begeleiden bij uw herstel. Vaak krijgt u oefeningen om te herstellen en om na het herstel te voorkomen dat de klachten terugkeren. Deze oefeningen doet u zelf thuis of in een sportschool.

Heeft u lichte klachten? Of wilt u klachten voorkomen? Dan kunt u met de [Fysiochecknu app](#) ook zelf aan de slag. Doe de online fysio check en u krijgt een persoonlijk oefenprogramma in de app.

Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** een valpreventieve beweeginterventie. En fysiotherapie en oefentherapie bij 6 aandoeningen. We zetten het hieronder op een rij.

Valpreventieve beweeginterventie

Meestal biedt uw gemeente een valpreventief trainingsprogramma aan. Soms vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering een valpreventieve beweeginterventie. Dat is zo als:

- er bij u een hoog valrisico is vastgesteld in de valrisicotest, en
- uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg een valrisicobeoordeling heeft gedaan, en
- uit die valrisicobeoordeling is gebleken dat u begeleiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut nodig heeft door lichamelijke of psychische problemen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt alleen door ons erkende valpreventieve beweeginterventies.

Heeft u een valpreventieve beweeginterventie gedaan en heeft u er nog een nodig? Dan vergoeden wij die alleen als de start ervan minimaal 12 maanden later is dan de start van de vorige interventie.

Ook vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering fysiotherapie en oefentherapie bij de volgende aandoeningen:

1. **Aandoeningen lijst chronische fysiotherapie**

Heeft u behandeling nodig door een aandoening die op de lijst chronische fysiotherapie staat? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering vanaf de 21e behandeling. De basisverzekering vergoedt de eerste 20 behandelingen dus niet. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.

2. **Etalagebenen**

Bij etalagebenen (vernauwde slagaderen in de benen) vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding (looptraining), vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine¹ heeft. De basisverzekering vergoedt maximaal 37 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden.

3. **Artrose in heup of knie**

Bij artrose in heup of knie vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding vanaf de 1e behandeling. De basisverzekering vergoedt maximaal 12 behandelingen, over een periode van 12 maanden.

4. **COPD**

Bij COPD vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u COPD in GOLD²-stadium II of hoger heeft, en in welke klasse uw symptomen vallen. De basisverzekering vergoedt bij:

- klasse A: 1 keer maximaal 5 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden
- klasse B1: maximaal 27 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 3 behandelingen per 12 maanden
- klasse B2, C en D: maximaal 70 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 52 behandelingen per 12 maanden

5. **Urine-incontinentie**

Bij urine-incontinentie vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering 1 keer maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie, vanaf de 1e behandeling.

6. **Reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19**

Bij reumatoïde artritis en axiale spondyloartritis, en na ernstige COVID-19, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering fysiotherapie soms, als u meedoet aan onderzoek. De voorwaarden staan in Voorwaardelijk toegelaten zorg.

De **aanvullende verzekeringen** vergoeden extra behandelingen fysiotherapie en oefentherapie. U kunt deze gebruiken als de basisverzekering (nog) niet vergoedt. Het maximale aantal behandelingen per kalenderjaar staat hierboven.

Voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering, adviseren wij u naar een gecontracteerde fysiotherapeut te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben. Heeft uw fysiotherapeut geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#) per behandeling. De rest betaalt u zelf.

Deze maximale vergoedingen gelden niet voor oefentherapie Cesar of Mensendieck.

Hier kunt u terecht

Voor een valpreventieve beweeginterventie: een fysio- of oefentherapeut die bij de [erkende valpreventieve beweeginterventies](#) genoemd staat.

Voor andere zorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

- fysiotherapeut³
- manueel therapeut⁴
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar⁵
- bekkenfysiotherapeut⁶ of bekkenoefentherapeut⁷
- geriatriefysiotherapeut⁸ of geriatrie-oefentherapeut⁹
- oedeemfysiotherapeut¹⁰
- huidtherapeut¹¹: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut¹² of psychosomatisch oefentherapeut¹³.

Andere vergoedingen

Wilt u naar een andere therapeut? Bijvoorbeeld een chiropractor of osteopaat? Daarvoor geldt de vergoeding [Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg](#).

Heeft u sportklachten? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook sportmedisch onderzoek en begeleiding. Daarvoor geldt de vergoeding [Preventief onderzoek](#).

Komt u niet in aanmerking voor onze valpreventieve beweeginterventie? Neemt u dan contact op met uw gemeente. Ook die biedt trainingsprogramma's voor valpreventie aan. Heeft uw gemeente geen passend aanbod? Dan geldt soms de vergoeding [Preventiecurussen](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor fysiotherapie en oefentherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor fysiotherapie en oefentherapie die onder de basisverzekering valt. Dus ook voor de valpreventieve beweeginterventie. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

Voor de valpreventieve beweeginterventie moet u een verwijzing hebben

U moet een verwijzing hebben van uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg.

Andere behandellocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen

Fysiotherapie of oefentherapie krijgt u in de praktijk van de therapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders (bijvoorbeeld op het werk) moet u ons vooraf [toestemming](#) vragen. Die geven wij alleen als er een medische reden voor is.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als de zorg niet doeltreffend is. En ook niet als u fysiotherapie of oefentherapie krijgt om een hoger sportniveau te bereiken. Om dat te beoordelen, kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de fysiotherapie en oefentherapie die fysio- en oefentherapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee

Bent u dit jaar 18 jaar geworden? Vanaf dat moment geldt fysiotherapie vanaf 18 jaar. Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee in het maximum aantal behandelingen.

Let op uw eigen risico als de specialist ouderengeneeskunde de valrisicobeoordeling doet

De valrisicobeoordeling doet uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg. Als de huisarts of POH ouderenzorg deze beoordeling doet, geldt geen eigen risico. Als de specialist ouderengeneeskunde deze beoordeling doet, valt dat onder de vergoeding Geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen (gzsp) en geldt het eigen risico wel.

Uitleg

1. Fontaine: Een indeling voor de ernst van vaatlijden (zoals etalagebenen). Deze gaat van stadium I (geen klachten) tot stadium IV (weefselafsterving)
2. GOLD: Een wereldwijd gebruikte indeling voor de ernst van COPD. Deze gaat van stadium I (licht) tot stadium IV (zeer ernstig)
3. Fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
4. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Oefentherapeut Mensendieck of Cesar: Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici
6. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
7. Bekkenoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
8. Geriatriefysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatriefysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
9. Geriatrie-oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatrie-oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
10. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
11. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
12. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
13. Psychosomatisch oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici

● Beweegprogramma's

Om zo fit mogelijk te blijven. Ook tijdens of na een intensieve behandeling.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 voor alle beweegprogramma's bij chronische ziekte, kanker en de gecombineerde leefstijlinterventie samen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 500 voor alle beweegprogramma's bij chronische ziekte, kanker en de gecombineerde leefstijlinterventie samen Max. per kalenderjaar
Superfit	100%
OntzorgPlus	100%, alleen beweegprogramma's bij en na kanker

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u een chronische ziekte of aandoening, zoals artrose, osteoporose, COPD of diabetes? Of krijgt u behandeling tegen kanker? Bij de zorg van de huisarts of het ziekenhuis hoort ook advies over 'gezond leven' of over het behouden of opbouwen van uw lichamelijke conditie. Een beweegprogramma kan ook helpen.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden 4 soorten beweegprogramma's. Dat zijn:

1. beweegprogramma's volgens de KNGF-standaarden voor beweeginterventies
2. beweegprogramma's volgens de KNGF-standaard 'Oncologie'
3. revalidatieprogramma's bij kanker. Zo'n programma duurt maximaal 3 maanden en u traint maximaal 2 keer per week, in groepsverband
4. de volgende beweegprogramma's tijdens chemotherapie: CytoFys, OncoMove of Sportplan TegenKracht

Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor deze beweegprogramma's en beweegprogramma's bij overgewicht (als onderdeel van een Gecombineerde leefstijlinterventie) samen. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Superfit vergoedt de beweegprogramma's volledig.

OntzorgPlus vergoedt beweegprogramma's volledig, maar alleen de beweegprogramma's onder 2, 3 en 4.

Hier kunt u terecht

- fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck voor alle beweegprogramma's
- Sport Medisch Adviescentrum voor de beweegprogramma's tijdens chemotherapie

Andere vergoedingen

Als u een hoog risico hebt om te vallen, is een valpreventieve beweeginterventie wellicht wat voor u.

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor deze beweegprogramma's betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor deze beweegprogramma's geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

Met OntzorgPlus moet u contact met ons opnemen

Neem voordat u aan het beweegprogramma begint, contact op met onze [ZorgConsulent](#). Die kan ook met u meedenken over andere vragen rondom uw zorg.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

De ZorgConsulent staat voor u klaar

Wilt u meer informatie over beweegprogramma's? Onze [ZorgConsulent](#) helpt u graag.

OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

De [uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus](#) bepalen uw vergoeding.

● Loophulpmiddelen

Als u (tijdelijk) moeilijk loopt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 100 voor 5 soorten loophulpmiddelen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 100 voor 5 soorten loophulpmiddelen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 200 voor 5 soorten loophulpmiddelen Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u moeite met lopen? Dan kunnen loophulpmiddelen zoals krukken of een rollator u misschien helpen.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt eenvoudige loophulpmiddelen niet.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden:

- elleboogkrukken
- wandelstok met 3 of 4 poten
- looprek
- rollator
- serveerwagen

Voorbeelden van deze loophulpmiddelen vindt u in de [hulpmiddelenwijzer](#).

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. U kiest zelf of u het hulpmiddel koopt of huurt.

Hier kunt u terecht

- hulpmiddelenleverancier

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze loophulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor deze loophulpmiddelen geldt geen eigen risico.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● Zwemmen voor 50+

Om uw conditie op peil te houden.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 50 Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 50 Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Uw conditie houdt u op peil door regelmatig te bewegen. Bewegen in water heeft als voordeel dat uw spieren en gewrichten soepel blijven, maar niet zwaar worden belast.

Veel zwembaden organiseren voor mensen van 50+ of 65+ zwemtraining. Deze heet bijvoorbeeld ZwemFit 50+, FiftyFit of seniorenzwemmen. Zo kunt u onder leiding van een instructeur 1 of meer keren per week zwemmen in extra verwarmd water.

De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden een zwemtraining tot maximaal € 50 per kalenderjaar, als u 50 jaar of ouder bent.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor zwemmen voor 50+ betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor zwemmen voor 50+ geldt geen eigen risico.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● Medisch-specialistische revalidatie

Heeft u door ziekte of ongeval (tijdelijk) problemen met bijvoorbeeld bewegen? Revalidatie zorgt dat u weer zo goed mogelijk vooruit kunt in uw leven.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Revalidatie en medisch noodzakelijke opname
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Vaak kunnen problemen bij bijvoorbeeld bewegen worden verholpen met fysiotherapie, oefentherapie of Ergotherapie. Dan valt het revalideren onder die vergoedingen. Is uw situatie daarvoor te complex? Dan krijgt u een verwijzing naar de revalidatiearts, voor medisch-specialistische revalidatie. Daarvoor geldt de vergoeding die u nu leest.

De revalidatiearts werkt in de polikliniek van het ziekenhuis, of in een revalidatiecentrum¹.

De revalidatiearts begint met het stellen van een indicatie: de revalidatiearts bepaalt of medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is. Is dat het geval? Dan krijgt u medisch-specialistische revalidatie van de revalidatiearts.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische revalidatie door de revalidatiearts.

De revalidatiearts kan ook vaststellen dat intensieve behandeling door een team van zorgverleners nodig is. Dit heet interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dit staat dan in de indicatie.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie alleen als al deze 7 voorwaarden voor u gelden:

- u heeft problemen met bewegen, communiceren, uw denkvermogen of gedrag. Dit komt door stoornissen of aandoeningen in het bewegingsapparaat, het zenuwstelsel, het hart- of longstelsel, of oncologische aandoeningen
- u heeft problemen op meer gebieden (bijvoorbeeld mobiliteit, zelfverzorging en communicatie), en die problemen hangen met elkaar samen
- behandeling door een team van zorgverleners geeft beter resultaat om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen
- adequate behandeling in de eerste lijn (door bijvoorbeeld huisarts, psycholoog en fysiotherapeut) levert naar verwachting onvoldoende resultaat op
- u kunt door deze zorg zelfstandig blijven functioneren, of de zelfstandigheid behouden die met uw beperkingen redelijkerwijs mogelijk is. Of u kunt bijvoorbeeld weer geheel of gedeeltelijk functioneren binnen uw gezin, school, werk of vrijetijdsbesteding
- de onderbouwing van de indicatiestelling voldoet aan de indicatiecriteria en de handleiding stepped care uit het Standpunt² 'Medisch-specialistische revalidatiezorg: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' uit 2023
- een revalidatiearts is eindverantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de revalidatiezorg

Revalidatie en herstel

Krijgt u interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en is opname noodzakelijk voor betere of snellere resultaten? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum.

Let op! Voor enkele zelfstandige behandelcentra gelden onze maximale vergoedingen. En we betalen de vergoeding niet rechtstreeks aan deze zorgverleners.

Andere vergoedingen

Voor revalidatie voor ouderen die uit het ziekenhuis komen, geldt meestal de vergoeding Geriatrische revalidatie.

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor medisch-specialistische revalidatie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor medisch-specialistische revalidatie geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

● **Dit moet u zelf doen**

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de revalidatiearts gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een jeugdarts of een medisch specialist³.

Voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie zonder opname moet u ons soms vooraf toestemming vragen

Stelt de revalidatiearts vast dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is? En wordt u daarvoor niet opgenomen? Dan heeft u soms toestemming vooraf nodig.

Dit hangt af van de zorgverlener die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Heeft uw zorgverlener een contract met ons? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij ook afspraken over toestemming. Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in onze Zorgzoeker
2. Heeft uw zorgverlener geen contract? Dan moet u vooraf toestemming bij ons vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de revalidatiezorg die revalidatieartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc⁴ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

Uitleg

1. Revalidatiecentrum: Een instelling voor medisch-specialistische zorg die gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie
2. Standpunt: Dit staat in hoofdstuk 6 en in Bijlage C van het Standpunt. In een Standpunt legt het Zorginstituut Nederland vast wat verzekerde zorg is
3. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
4. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

● Geriatrische revalidatie

Revalidatie voor als u op leeftijd bent en uit het ziekenhuis komt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Max. 6 maanden
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 50 per dag voor extra faciliteiten Max., tijdens opname
Superfit	100% extra faciliteiten Tijdens opname
Zorgplan	100% extra faciliteiten Tijdens opname

● Wat u vergoed krijgt

Moet u revalideren? Dan krijgt u fysiotherapie, oefentherapie of Ergotherapie. Of, als u specialistische revalidatiezorg nodig heeft, Medisch-specialistische revalidatie. Dan gelden die vergoedingen.

Speciaal voor mensen op leeftijd met meer gezondheidsproblemen tegelijk, is er geriatrische revalidatie. Daarvoor geldt de vergoeding die u nu leest.

U krijgt geriatrische revalidatie als u na een opname of een specialistische behandeling in het ziekenhuis niet meteen terug kunt naar uw thuissituatie en 'gewone' revalidatie voor u te zwaar is. Dat betekent dat 1 van deze 2 situaties voor u moet gelden:

- U bent opgenomen in het ziekenhuis voor behandeling door de medisch specialist¹. Bijvoorbeeld voor een gebroken heup, of na een beroerte. De geriatrische revalidatie start binnen een week na uw ontslag uit het ziekenhuis.
- U heeft plotselinge gezondheidsklachten gekregen waardoor u niet meer mobiel bent, of zich niet meer zelf kunt redden. Een medisch specialist heeft u voor de klachten behandeld, bijvoorbeeld op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis, of op de polikliniek voor ouderenzorg (geriatrie). Of een specialist ouderengeneeskunde heeft de acute gezondheidsklachten vastgesteld terwijl u thuis was, of opgenomen in een instelling voor eerstelijns verblijf. Uw klachten zijn daarmee nog niet verholpen.

Bijna altijd zal uw arts of de transfervernpleegkundige de mogelijkheid van geriatrische revalidatie al met u bespreken terwijl u nog in het ziekenhuis bent.

De bedoeling is dat u zó herstelt dat u weer terug kunt naar uw thuissituatie. Soms gaat dat stapsgewijs. Dan slaapt u bijvoorbeeld al wel thuis, maar gaat u overdag nog naar de instelling voor therapie.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt geriatrische revalidatie voor in principe maximaal 6 maanden.

Biedt de instelling waar u verblijft extra faciliteiten aan? De **aanvullende verzekering** Topfit vergoedt hiervoor maximaal € 50 per dag. Superfit en Zorgplan vergoeden de extra faciliteiten volledig. De extra faciliteiten moeten wel te maken hebben met uw verblijf. Dan gaat het om bijvoorbeeld meer keuze bij maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Wij vergoeden (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (zoals kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).

Hier kunt u terecht

Voor geriatrische revalidatie wordt u opgenomen in een verpleeghuis, revalidatiecentrum of een vergelijkbare instelling. U krijgt daar zorg van een team van specialisten. Bijvoorbeeld een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een verpleegkundige. Een specialist ouderengeneeskunde stelt samen met u een behandelplan op en zorgt ervoor dat de zorg op uw situatie is afgestemd.

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor geriatrische revalidatie en extra faciliteiten betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de geriatrische revalidatie. Voor extra faciliteiten geldt geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

● **Dit moet u zelf doen**

U moet een indicatie hebben

Bent u opgenomen in het ziekenhuis? Dan stelt de medisch specialist de indicatie, in overleg met een specialist ouderengeneeskunde. Was u niet opgenomen? Dan stelt een klinisch geriater, internist-ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde de indicatie, op basis van een geriatrisch onderzoek.

Na de 6e maand heeft u toestemming nodig

Wij vergoeden de zorg voor maximaal 6 maanden. Heeft u langer geriatrische revalidatie nodig? Dan kunnen wij daar in bijzondere gevallen toestemming voor geven. Meestal vraagt uw arts deze toestemming. Wij moeten de aanvraag ontvangen voordat de 6e maand om is.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de revalidatiezorg die specialisten ouderengeneeskunde normaal gesproken verlenen aan kwetsbare patiënten, met meerdere gezondheidsproblemen, die alleen een lager trainingstempo aankunnen. Het doel is terugkeer naar de thuissituatie. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Deze vergoeding geldt niet als u in een Wlz-instelling woont

Verbleef u voor u naar het ziekenhuis ging in een Wlz-instelling en kreeg u daar ook behandeling? Dan krijgt u als u uit het ziekenhuis komt verblijf en behandeling ook weer in die instelling. Dat valt niet onder de basisverzekering, maar onder de Wet langdurige zorg. Wij vergoeden dan de extra faciliteiten niet.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

● Ergotherapie

Als dagelijkse activiteiten niet meer vanzelf gaan.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	10 uur Max. per kalenderjaar
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	100%
Superfit	100%

● Wat u vergoed krijgt

Kunt u uw dagelijkse handelingen door lichamelijke of psychische problemen niet meer goed uitvoeren? Een ergotherapeut kan u helpen om weer zo zelfstandig mogelijk te functioneren.

Samen met de ergotherapeut werkt u eraan om dat wat niet meer goed gaat, toch weer mogelijk te maken. Van de ergotherapeut krijgt u advies, instructie, training of behandeling om uw doelen te bereiken.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt maximaal 10 uur ergotherapie per kalenderjaar.

De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden daar bovenop de extra behandeluren.

Andere vergoedingen

Voor ergotherapie na ernstige COVID-19 geldt de vergoeding Voorwaardelijk toegelaten zorg.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor ergotherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de eerste 10 uur ergotherapie. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt zonder verwijzing naar de ergotherapeut gaan.

Andere behandellocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen

Ergotherapie krijgt u in de praktijk van de ergotherapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders (bijvoorbeeld op school) moet u ons vooraf toestemming vragen. Die geven wij alleen als er een medische reden is.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die ergotherapeuten normaal gesproken verlenen en die als doel heeft om uw zelfredzaamheid en zelfzorg te verbeteren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

● Zorghotel

Weer op krachten komen na ziekte of een medische behandeling.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 200 per dag, tot € 2.000 In door ons erkend zorghotel Max. per dag/kalenderjaar
Superfit	€ 200 per dag, tot € 2.500 In door ons erkend zorghotel Max. per dag/kalenderjaar
Zorgplan	€ 200 per dag, tot € 2.500 In door ons erkend zorghotel Max. per dag/kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Moet u na een operatie of door een lichamelijke ziekte herstellen? Als dat nodig is, regelt uw arts of de transferverpleegkundige van het ziekenhuis dat u een indicatie krijgt voor de juiste zorg. Bijvoorbeeld voor [revalidatie](#), [Geriatrische revalidatie](#) (voor ouderen), of [Eerstelijns verblijf](#). Voor andere herstellzorg kunt u terecht in een zorghotel. Dit wordt ook wel een herstellingsoord genoemd. Het zorghotel lijkt op een gewoon hotel. Maar er is extra aandacht voor uw herstel. Een zorghotel biedt daarom bijvoorbeeld ook verpleging en fysiotherapie. Het aanbod verschilt per zorghotel.

Bij de start van uw verblijf stelt de verpleegkundige¹ van het zorghotel samen met u een zorgplan op. Daarin staan het doel van uw verblijf, en afspraken over de zorg.

De aanvullende verzekeringen Topfit, Superfit en Zorgplan vergoeden maximaal € 200 per dag voor het verblijf in een zorghotel. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan hierboven.

Voor de verpleging, fysiotherapie en andere zorg gelden de 'gewone' [vergoedingen](#).

Hier kunt u terecht

- door ons [erkend zorghotel](#)

Dit wordt niet vergoed

- verblijf in een zorghotel voor herstel van een psychische aandoening
- verblijf in een zorghotel als u een indicatie heeft of had kunnen krijgen voor (geriatrische) revalidatie, eerstelijns verblijf of voor Wlz²-zorg.

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor het zorghotel betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor het zorghotel geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

U moet een indicatie voor een zorghotel hebben van uw arts, en ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden het verblijf in een zorghotel alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Onze toestemming geldt voor een bepaalde periode. Moet u langer blijven dan verwacht? Vraag dan voordat de toestemming eindigt, toestemming voor de langere periode. Leg in uw aanvraag uit waarom u langer moet blijven.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Uitleg

1. Verpleegkundige: Deze moet minimaal hbo-gediplomeerd zijn
2. Wlz: Wet langdurige zorg, via zorgkantoor

● Kuuroord

Als u reumatoïde artritis of psoriasis heeft.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 500 bij reumatoïde artritis of psoriasis Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 500 bij reumatoïde artritis of psoriasis Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Bij reumatoïde artritis (een vorm van reuma) of psoriasis kan een verblijf in een kuuroord uw klachten verlichten. U volgt een persoonlijk kuurprogramma, afgestemd op uw medische klachten.

De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden voor behandeling en verblijf in een kuuroord maximaal € 500 per kalenderjaar.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor het kuuroord betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor het kuuroord geldt geen eigen risico.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij kunnen u om een verklaring van uw reumatoloog of dermatoloog vragen

Dat doen wij als wij niet kunnen vaststellen of u reumatoïde artritis of psoriasis heeft. Soms kunnen wij dat aan eerdere declaraties zien. Maar door de privacyregels mogen wij die niet altijd (zonder uw toestemming) voor dat doel gebruiken.

● **Therapeutisch kamp voor jongeren**

Heeft uw kind astma, diabetes of een andere aandoening?

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 300 bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker Max. per kalenderjaar
Topfit	100% bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker
Superfit	100% bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker

● **Wat u vergoed krijgt**

Een therapeutisch kamp is een actief vakantie-kamp voor kinderen met bijvoorbeeld diabetes (suikerziekte), astma of overgewicht. Uw kind ontmoet er leeftijdgenoten met dezelfde aandoening. Zij werken onder begeleiding aan de conditie, en leren er omgaan met de ziekte of aandoening.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger (van uw kind) vergoeden een therapeutisch kamp bij astma, diabetes, overgewicht, ernstige huiduitslag (constitutioneel eczeem) of kanker.

Optifit vergoedt maximaal € 300 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de eigen bijdrage volledig.

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor het therapeutisch kamp betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor het therapeutisch kamp geldt geen eigen risico.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● Prenatale screening

Wilt u uw kindje voor de geboorte laten onderzoeken op aangeboren afwijkingen?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Prenatale screening is het tijdens de zwangerschap bepalen van de kans dat het ongeboren kind een afwijking heeft. Bijvoorbeeld het syndroom van Down of een open ruggetje. U kiest zelf of u prenatale screening wilt laten doen. Om u bij die beslissing te helpen, bespreekt de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog met u welke soorten prenatale screening er zijn. En wat de voor- en nadelen zijn. Dit gesprek wordt 'counseling' genoemd.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt:

- counseling
- NIPT¹, als de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog bepaalt dat u daarvoor een medische indicatie heeft. Bijvoorbeeld door verloop van een eerdere zwangerschap of erfelijke aandoening in de familie. U kunt deze test laten doen als u tussen de 9 en 14 weken zwanger bent

Met 13 en 20 weken kunt u een echo laten uitvoeren. Die betaalt de overheid. Voor de 13-weeken echo moet u wel meedoen aan wetenschappelijk onderzoek.

Blijkt uit een echo of de NIPT dat uw ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aandoening? Of is er een andere medische indicatie? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering prenataal vervolgonderzoek. Bijvoorbeeld een vlokentest, een vruchtwaterpunctie of een uitgebreidere echo (geavanceerd ultrageluidonderzoek, GUO).

De overheid heeft een [website](#) met informatie over prenatale screening.

NIPT zonder medische indicatie

U kunt de NIPT ook krijgen zonder medische indicatie. Die betaalt de overheid. Uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog vraagt de test voor u aan.

In het buitenland geldt de vergoeding van de overheid niet. Dan moet u de NIPT zonder medische indicatie zelf betalen.

● Hier kunt u terecht

- verloskundige
- huisarts
- gynaecoloog
- voor NIPT: bij een bloedprikpost (via uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog)

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor prenatale screening betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor:

- counseling
- NIPT
- geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO)
- vlokentest
- vruchtwaterpunctie

Het eigen risico geldt wel voor aanvullend onderzoek. Bijvoorbeeld chromosoomonderzoek dat naast de vlokentest of vruchtwaterpunctie in rekening wordt gebracht. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

Soms heeft u een verwijzing nodig

Voor de NIPT of prenataal vervolgonderzoek heeft u een verwijzing nodig van uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de prenatale screening die verloskundigen en medisch specialisten normaal gesproken als onderdeel van verloskundige zorg verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. NIPT: Niet-invasieve prenatale test (een bloedonderzoek)

● Zwangerschap en bevalling

Bent u zwanger?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 voor de eigen bijdrage en extra kraamzorg, uit vergoeding Kraamzorg Max. per bevalling
Optifit	€ 400 voor de eigen bijdrage en extra kraamzorg, uit vergoeding Kraamzorg Max. per bevalling
Topfit	€ 550 voor de eigen bijdrage en extra kraamzorg, uit vergoeding Kraamzorg Max. per bevalling
Superfit	€ 550 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg, en 100% voor extra faciliteiten in het geboortecentrum, uit vergoeding Kraamzorg Max. per bevalling
Zorgplan	Extra faciliteiten in geboortecentrum, uit vergoeding Kraamzorg

● Wat u vergoed krijgt

Een zwangerschap is een spannende periode in uw leven waarin een hoop gebeurt. Er moet van alles worden geregeld – in huis, verlof, [Kraamzorg](#) – en misschien heeft u veel vragen.

Met uw vragen kunt u terecht bij een verloskundige. Als u zwanger bent, kunt u zonder verwijzing een afspraak maken. De verloskundige beantwoordt uw vragen, begeleidt u tijdens de zwangerschap en bereidt u voor op de bevalling. Sommige huisartsen leveren ook verloskundige zorg. Dan kunt u natuurlijk ook bij uw huisarts terecht.

Al aan het begin van de begeleiding bespreekt de verloskundige of de huisarts met u de mogelijkheden voor [Prenatale screening](#). Ook vragen zij waar u wilt bevallen: thuis, in een geboortecentrum of in het ziekenhuis.

Als u medische problemen krijgt tijdens de zwangerschap, zoals een hoge bloeddruk of zwangerschapssuiker, dan verwijst de huisarts of verloskundige u naar de gynaecoloog. Dat gebeurt ook als u een verhoogd risico heeft op medische problemen tijdens de zwangerschap of de bevalling. De gynaecoloog neemt de begeleiding dan over, en u bevalt in het ziekenhuis.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt verloskundige zorg door de huisarts, verloskundige of gynaecoloog. We vergoeden het hele traject van de begeleiding tijdens de zwangerschap tot en met de controles na de bevalling. De vergoeding hangt af van waar u bevalt. Er zijn 3 situaties.

1. U bevalt thuis

Wilt u thuis bevallen in uw eigen vertrouwde omgeving? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de verloskundige zorg door de verloskundige of de huisarts. Als er medische problemen zijn en u toch naar het ziekenhuis moet, dan vergoeden wij dat ook. Dan geldt situatie 3.

2. U bevalt in een geboortecentrum, of in het ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is

Heeft u liever extra medische zorg dicht in de buurt? U kunt bevallen in de polikliniek van het ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is, of in een geboortecentrum¹. Meestal begeleidt uw eigen verloskundige of huisarts de bevalling daar. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook dan de verloskundige zorg. Maar let op: u betaalt dan een eigen bijdrage (deze is eigenlijk voor kraamzorg). Deze eigen bijdrage bestaat uit 2 delen:

- € 20 per persoon per dag (dus € 40 voor moeder en 1 kind samen)
- de extra kosten als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 143 per persoon per dag

Bevalt u van 1 kind? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering dus € 246 (2 x € 143 - € 40) per dag. De rest betaalt u zelf, als eigen bijdrage.

Als er medische problemen zijn, waardoor bevalling in het ziekenhuis alsnog noodzakelijk is, dan geldt situatie 3. De eigen bijdrage geldt dan niet.

3. U bevalt in een ziekenhuis op medische indicatie

Is er een risico op medische problemen tijdens de bevalling, of bent u al onder begeleiding van de gynaecoloog? Dan bevalt u in de polikliniek van het ziekenhuis op medische indicatie. De gynaecoloog begeleidt de bevalling. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de verloskundige zorg door de gynaecoloog. Is Ziekenhuisopname nodig? Dan vergoeden wij die ook.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden de eigen bijdrage in situatie 2. Daarvoor geldt de vergoeding Kraamzorg.

Andere vergoedingen

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden een Kraampakket, extra Kraamzorg en zorg bij borstvoeding.

De aanvullende verzekeringen Superfit en Zorgplan vergoeden ook extra faciliteiten in het geboortecentrum. Dat staat in de vergoeding Kraamzorg.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden Preventiecurussen, die u kunnen helpen bij een fitte zwangerschap en een goede voorbereiding op de bevalling. Optifit en hoger vergoeden ook een Bevalling-TENS, voor pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Dit wordt niet vergoed

- steriele waterinjecties
- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum, als u geen Superfit of Zorgplan heeft

● Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor verloskundige zorg betaalt u geen eigen bijdrage, voor de kraamzorg wel. U betaalt een hogere eigen bijdrage als u in de polikliniek van het ziekenhuis bevalt zonder medische noodzaak, of in het geboortecentrum. In andere gevallen is er een lagere eigen bijdrage voor Kraamzorg thuis. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor verloskundige zorg. Wel voor hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek of ambulancevervoer. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

Voor de gynaecoloog moet u vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de gynaecoloog gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of verloskundige. Bij acute zorg² is geen verwijzing nodig.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de verloskundige zorg die verloskundigen en medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Laat u niet verrassen door uw eigen bijdrage

Bevalt u in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische reden? Bij 1 kind vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering dan € 246. Het tarief van de meeste ziekenhuizen ligt rond € 700. Het verschil tussen die bedragen betaalt u zelf, als eigen bijdrage. Bevalt u in een geboortecentrum? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering € 246 per dag. Blijft u langer? Dan kan uw eigen bijdrage verder oplopen.

Uitleg

1. Geboortecentrum: Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd
2. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

● Kraamzorg

Extra zorg voor moeder en kind in die bijzondere periode vlak na de geboorte.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, u betaalt een eigen bijdrage Volgens Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg Max. per bevalling
Optifit	€ 400 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg Max. per bevalling
Topfit	€ 550 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg Max. per bevalling
Superfit	€ 550 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg, en 100% voor extra faciliteiten in het geboortecentrum Max. per bevalling
Zorgplan	100% voor extra faciliteiten in het geboortecentrum Tijdens opname

● Wat u vergoed krijgt

Als uw zwangerschap zonder problemen verloopt, dan kiest u zelf waar u wilt bevallen: thuis, in een geboortecentrum¹ of in een ziekenhuis. Als er medische problemen of risico's zijn, zal de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden. Waar u ook bevalt: u heeft recht op kraamzorg na de bevalling.

Als u thuis of in een geboortecentrum bevalt, begeleidt uw verloskundige of huisarts de bevalling. Een kraamverzorgende of verpleegkundige ondersteunt dan de verloskundige of huisarts tijdens de bevalling. Die assistentie bij de bevalling telt niet als kraamzorg maar als verloskundige zorg.

Na de bevalling verzorgt de kraamverzorgende u en uw pasgeboren kindje. U krijgt hulp na de bevalling met de verzorging van uw baby en krijgt informatie en advies. Als u de kraamperiode thuis bent, doet de kraamverzorgende ook lichte huishoudelijke taken.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt:

- inschrijving en intake door kraamcentrum of geboortecentrum
- assistentie door een kraamverzorgende of verpleegkundige tijdens de bevalling tot maximaal 2 uur na de geboorte van de placenta
- kraamzorg na de bevalling

Hoeveel uren kraamzorg u krijgt, hangt af van uw persoonlijke situatie en waar u bevalt. Het kraamcentrum of geboortecentrum stelt dit vast op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg². U krijgt minimaal 24 en maximaal 80 uur. Dit wordt verdeeld over maximaal 6 weken vanaf de bevalling.

Zwangerschap, bevalling en kind

Voor kraamzorg betaalt u eigen bijdragen. Er zijn er 2:

- a. eigen bijdrage a geldt voor kraamzorg thuis en is € 5,10 per uur
- b. eigen bijdrage b geldt voor kraamzorg als u in de polikliniek bevult zonder medische noodzaak, of voor kraamzorg in het geboortecentrum. Deze bestaat uit 2 delen:
 - € 20 per persoon per dag (dus € 40 voor moeder en 1 kind samen)
 - de extra kosten als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 143 per persoon per dag

Bevalt u van 1 kind? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering dus € 246 (2 x € 143 - € 40) per dag. De rest betaalt u zelf, als eigen bijdrage.

We zetten de situaties die mogelijk zijn voor u op een rij.

1. **Bent u thuis bevallen?** Dan stelt het kraamcentrum het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben. Daarbij geldt eigen bijdrage a.
2. **Bent u bevallen in een ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk was? En is alles zonder problemen verlopen?** Dan kunt u met uw baby al snel weer naar huis. Het kraamcentrum stelt dan het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben. Voor de dag van de bevalling geldt de hogere eigen bijdrage b. Daarna geldt voor de kraamzorg thuis eigen bijdrage a.
3. **Bent u zonder medische problemen bevallen in een geboortecentrum?** Dan kunt u daar meestal nog een paar dagen blijven met uw pasgeboren baby. In dat geval stelt het geboortecentrum of kraamcentrum het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken naar wat u en uw baby nog nodig hebben. Let op dat voor de opnamedagen de hogere eigen bijdrage b geldt. Als u thuis nog kraamzorg ontvangt, geldt daarvoor eigen bijdrage a.
4. **Bent u bevallen in het ziekenhuis met een medische indicatie?** Dan stelt het kraamcentrum het aantal uren kraamzorg na uw thuiskomst vast. Zij kijken naar wat u en uw baby nog nodig hebben. Voor de dagen in het ziekenhuis betaalt u geen eigen bijdrage. Voor de kraamzorg thuis geldt eigen bijdrage a.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden tot een maximumbedrag per bevalling:

- eigen bijdrage a voor kraamzorg thuis
- de hogere eigen bijdrage b bij bevallen zonder medische noodzaak in het ziekenhuis, of in het geboortecentrum
- couveusenazorg na thuiskomst van de baby die meer dan 4 dagen in de couveuse heeft gelegen, of die in de couveuse heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van 8 of meer dagen
- aanvullende kraamzorg, als u om medische redenen meer kraamzorg nodig heeft dan de basisverzekering vergoedt
- uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet kan starten in de 6 weken na de geboorte van uw baby. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de gewone kraamzorg

De maximale bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Bevalt u in een geboortecentrum en biedt dit centrum hotelfaciliteiten of andere luxezorg aan? De aanvullende verzekeringen Superfit en Zorgplan vergoeden deze faciliteiten als die te maken hebben met uw verblijf. Het kan gaan om extra keuze bij de maaltijden. Of om verblijf van uw partner of kinderen in het geboortecentrum. Of extra service voor uw bezoek.

Dit wordt niet vergoed

- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum, als u geen Superfit of Zorgplan heeft
- vervoerskosten die het kraamcentrum of de kraamverzorgende apart rekent. Deze kosten zitten al in het kraamzorgtarief

Andere vergoedingen

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden een [Kraampakket](#).

Adopteert u een baby van nog geen jaar oud? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Benfit en hoger ook [Zorg bij adoptie](#).

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

- eigen bijdrage a van € 5,10 per uur bij kraamzorg thuis
- eigen bijdrage b zoals hierboven beschreven

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden de eigen bijdragen tot een maximumbedrag per bevalling. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Geen eigen risico

Voor kraamzorg geldt geen eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet de kraamzorg op tijd aanvragen

Dit kan bij de kraamzorgorganisatie van uw keuze. Hoe dat werkt, leest u op de pagina over [zwangerschap en geboorte](#). Komt u er niet uit? Neemt u dan contact op met onze Kraamzorg Service via telefoonnummer 088 668 97 05. Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

Voor couveusenazorg, aanvullende kraamzorg en uitgestelde kraamzorg heeft u een medische verklaring nodig

Heeft u behoefte aan couveusenazorg, of aan aanvullende of uitgestelde kraamzorg? Dan heeft u een verklaring van de behandelend arts of verloskundige nodig waaruit de medische noodzaak blijkt. U stuurt deze verklaring mee met uw declaratie.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de kraamzorg die kraamverzorgenden normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kraamzorg volgens Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg

Het kraamcentrum of het geboortecentrum stelt het aantal uren kraamzorg vast volgens het [Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg](#). In de loop van 2024 zal een nieuw protocol voor de indicatie gaan gelden: de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM). In de testfase van dit nieuwe protocol mag het kraamcentrum of geboortecentrum het KLIM ook gebruiken. Als die methodiek officieel gaat gelden, dan moet het kraamcentrum of geboortecentrum die gebruiken.

Laat u niet verrassen door uw eigen bijdrage

Bevalt u in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische reden? Bij 1 kind vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering dan € 246. Het tarief van de meeste ziekenhuizen ligt rond € 700. Het verschil tussen die bedragen betaalt u zelf, als eigen bijdrage. Bevalt u in een geboortecentrum? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering € 246 per dag. Blijft u langer? Dan kan uw eigen bijdrage verder oplopen.

Uitleg

1. Geboortecentrum: Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd
2. Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg: Momenteel wordt een nieuw protocol getest: de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM). In de testfase mag het kraamcentrum of geboortecentrum ook deze KLIM gebruiken.

● Kraampakket

Het kraampakket, onmisbaar bij een thuisbevalling.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	1 keer per bevalling Van onze Kraamzorg Service
Optifit	1 keer per bevalling Van onze Kraamzorg Service
Topfit	1 keer per bevalling Van onze Kraamzorg Service
Superfit	1 keer per bevalling Van onze Kraamzorg Service

● Wat u vergoed krijgt

In het kraampakket zitten producten die onmisbaar zijn wanneer u thuis bevalt, zoals een matrasbeschermer en onderleggers. Ook zitten er producten in voor na de bevalling, bijvoorbeeld kraamverband. Daarom is het kraampakket ook handig om in huis te hebben als u in een geboortecentrum of ziekenhuis wilt bevallen.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden het kraampakket van onze Kraamzorg Service. U kunt het kraampakket [online](#) aanvragen. U krijgt het dan thuis bezorgd.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor het kraampakket betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor het kraampakket geldt geen eigen risico.

● Dit moet u zelf doen

Vraag het kraampakket op tijd aan

Dit kan eenvoudig [online](#). Vraagt u het pakket voor de 30e week van uw zwangerschap aan? Dan krijgt u het uiterlijk in de 34e week van uw zwangerschap thuis bezorgd.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● **Bevalling-TENS**

Minder pijn bij bevallen.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 75 Max. per bevalling
Topfit	€ 75 Max. per bevalling
Superfit	€ 75 Max. per bevalling

● **Wat u vergoed krijgt**

Ziet u op tegen pijn tijdens uw bevalling? De bevalling-TENS is een apparaatje dat de pijn van weeën kan verminderen. Lichte stroomstootjes zorgen ervoor dat u minder last heeft van pijnprikkels.

U kunt een bevalling-TENS huren of kopen. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden hiervoor maximaal € 75 per bevalling.

U kunt de bevalling-TENS ook bij de [ZorgConsulent](#) aanvragen. Die zorgt dan dat u het apparaatje krijgt thuisgestuurd. U mag dit houden.

Hier kunt u terecht

- leverancier van TENS-apparaten
- [ZorgConsulent](#)

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor de bevalling-TENS betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor de bevalling-TENS geldt geen eigen risico.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● **Borstvoeding: lactatiekundige**

Een goede start voor uw kind.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	€ 200 Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 300 Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

● **Wat u vergoed krijgt**

Borstvoeding geven klinkt eenvoudig. Maar in de praktijk gaat het niet altijd (meteen) vanzelf. Bijvoorbeeld bij problemen met het aanleggen, of als u onvoldoende melkproductie heeft.

In de kraamtijd kan de kraamverzorgende u helpen bij het geven van borstvoeding. Daarvoor geldt de vergoeding [Kraamzorg](#).

Kunt u met uw vragen niet bij een kraamverzorgende terecht? Dan kunt u naar een lactatiekundige. Die kan u ook helpen in bijzondere situaties, bijvoorbeeld als u of uw kind een beperking heeft.

U krijgt de zorg meestal na de bevalling. Maar ook tijdens de zwangerschap kunt u al naar een lactatiekundige gaan.

De aanvullende verzekeringen Benefit en hoger vergoeden consulten van een lactatiekundige. Benefit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden alle consulten van de lactatiekundige.

Hier kunt u terecht

- een lactatiekundige die volwaardig lid is van de [Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen \(NVL\)](#) of [Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding \(VSBB\)](#)

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor borstvoeding, zoals een borstkolf of speciale flesjes

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor de lactatiekundige betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor de lactatiekundige geldt geen eigen risico.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● Zorg bij adoptie

Uw adoptiekind het beste geven.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	€ 250 Max. per adoptiekind
Optifit	€ 400 Max. per adoptiekind
Topfit	€ 550 Max. per adoptiekind
Superfit	€ 550 Max. per adoptiekind

● Wat u vergoed krijgt

Adopteert u een kind? Dan heeft u misschien vragen over de verzorging, voeding of andere zaken waar nieuwe ouders mee te maken krijgen. In de eerste weken na de geboorte kan een kraamverzorgende u dan helpen. En misschien wilt u ook de gezondheid van uw kind laten controleren met een medische screening.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt Kraamzorg voor de pasgeboren baby. Het kraamcentrum stelt het aantal uren vast volgens een protocol. U betaalt dan een eigen bijdrage. Bij adoptie heeft u volgens het protocol meestal geen recht op kraamzorg.

Is uw adoptiekind jonger dan 12 maanden en bij ons verzekerd? Dan vergoeden de **aanvullende verzekeringen** Benefit en hoger:

- de kosten van (extra) kraamzorg
- de eigen bijdrage voor kraamzorg uit de basisverzekering
- de kosten van medische screening door een kinderarts

Er geldt een maximale vergoeding per geadopteerd kind. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

- voor de medische screening: kinderarts
- voor de kraamzorg: kraamcentrum

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor zorg bij adoptie betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor zorg bij adoptie geldt geen eigen risico.

● **Dit moet u zelf doen**

De kraamzorg aanvragen

Dit kan eenvoudig [online](#). Komt u er niet uit? Neemt u dan contact op met onze Kraamzorg Service via telefoonnummer 088 668 97 05. Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Voor de screening heeft u geen verwijzing nodig

U kunt rechtstreeks met uw kind naar de kinderarts gaan.

Wij vergoeden 1 keer per adoptiekind

Ook als u en uw partner allebei bij ons verzekerd zijn.

● Plaswekker

Droog de nacht door.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 85 voor hele looptijd verzekering Max., voor huur of koop
Optifit	€ 85 voor hele looptijd verzekering Max., voor huur of koop
Topfit	100% 1x voor hele looptijd verzekering Huur of koop
Superfit	100% 1x voor hele looptijd verzekering Huur of koop

● Wat u vergoed krijgt

Heeft uw kind last van bedplassen? Een plaswekker kan helpen bij het zindelijk worden. Het apparaatje maakt uw kind wakker als het sensorbroekje nat wordt.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden een plaswekker. U kiest zelf of u die huurt of koopt. Benfit en Optifit vergoeden maximaal € 85. Als dat bedrag is bereikt, vergoeden wij dit hulpmiddel niet meer. Ook niet in een volgend jaar. Topfit en Superfit vergoeden een plaswekker eenmaal volledig.

Hier kunt u terecht

- leverancier van plaswekkers

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor de plaswekker betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor de plaswekker geldt geen eigen risico.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

De verzekering van uw kind bepaalt de vergoeding

Koopt of huurt u een plaswekker voor uw kind? Dan valt dat niet onder uw eigen verzekering, maar onder die van uw kind. Als de naam van uw kind op de rekening staat, kunnen wij uw declaratie sneller afhandelen.

● Geneesmiddelen basisverzekering

De basisverzekering vergoedt de meeste medicijnen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	<ul style="list-style-type: none">• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding• soms betaalt u een eigen bijdrage• Volgens voorkeursbeleid
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Optifit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Topfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Superfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering

● Wat u vergoed krijgt

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt vrijwel alle gangbare geneesmiddelen, die u op recept krijgt. En de dienstverlening en de begeleiding van de apotheek die daarbij hoort. Alle geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs). Op medicijnkosten.nl kunt u zien of uw geneesmiddel is opgenomen in het gvs. Daar staat ook per geneesmiddel welke voorwaarden gelden, of er een maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

Wat de Vrije Keuze Basisverzekering precies vergoedt, zetten we hieronder op een rij. En leggen we verder uit in ons reglement Farmaceutische zorg 2024. Dit reglement maakt dus ook onderdeel uit van deze vergoeding.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. geneesmiddelen die in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering staan. In die bijlage staan bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen. Zijn er onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Soms moet u voor een geneesmiddel aan specifieke voorwaarden voldoen, bijvoorbeeld een bepaalde ziekte hebben. Dat staat in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering
2. geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('doorgeleverde bereidingen'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag
3. geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald. Uw arts vraagt dit speciaal voor u aan als u een zeldzame ziekte heeft
4. bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen voor rationele farmacotherapie. Dat betekent dat we uit onderzoek weten dat de behandeling met het geneesmiddel, in de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) die voor u geschikt is, goed werkt. En die behandeling ook het meest economisch is voor de basisverzekering.

Onder de vergoeding van 1 vallen heel veel geneesmiddelen. Vaak zijn het onderling vervangbare geneesmiddelen. Ze hebben dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm. Maar er zijn verschillende fabrikanten die hun eigen middel op de markt brengen. Met hun eigen prijs. In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn de onderling vervangbare medicijnen in groepen (clusters) bij elkaar gezet. En is een vergoedingslimiet bepaald. Alles boven die vergoedingslimiet moet u zelf betalen. Dat is de eigen bijdrage.

Voor de meeste van die clusters van [bijlage 1](#) wijzen wij alle generieke geneesmiddelen¹ aan. Van de apotheek krijgt u op basis van uw recept en medische situatie het meest passende geneesmiddel mee. Wij maken daarover afspraken met de apotheken. Als u bij die apotheken een ander geneesmiddel wilt, kunt u dat bespreken met uw arts of met de apotheek.

Voor enkele van deze clusters wijzen wij 1 of meer specifieke geneesmiddelen aan. Dat betekent dat we voor dat cluster alleen die aangewezen geneesmiddelen vergoeden. Die specifiek aangewezen middelen vallen niet onder uw eigen risico. Maar voor de dienstverlening van de apotheek die daarbij hoort, zoals de terhandstelling of een begeleidingsgesprek, geldt uw eigen risico wel. De aangewezen geneesmiddelen staan op onze [lijst voorkeursgeneesmiddelen](#). Deze lijst kunnen wij in de loop van het jaar wijzigen of uitbreiden.

Is een ander geneesmiddel dan wij hebben aangewezen voor u medisch gezien nodig? Dus een merkgeneesmiddel of een ander middel dan op onze lijst voorkeursgeneesmiddelen staat? Dan schrijft uw arts dat, zo nodig met uitleg, op het recept. En vergoeden wij dat geneesmiddel toch. U betaalt daarover wel eigen risico.

De eigen bijdragen betaalt u zelf, maar nooit meer dan € 250 per jaar. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden die eigen bijdragen volgens de vergoeding [Geneesmiddelen aanvullende verzekering](#).

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke apotheek u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, voor de geneesmiddelen en de dienstverlening, adviseren wij u naar een gecontracteerde apotheek te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke apotheken wij een contract hebben.

Heeft uw apotheek geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#). Voor de geneesmiddelen en voor de dienstverlening van de apotheek.

Dit vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijvende gevallen
- maagzuurremmers, als u deze niet chronisch moet gebruiken
- de volgende zelfzorggeneesmiddelen als u die niet chronisch moet gebruiken: laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, tegen diarree of droge ogen, of om de maag te legen. Dit geldt ook voor geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm (zoals een pil, drankje, zetpil of pleister)
- alle andere zelfzorggeneesmiddelen

Andere vergoedingen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende middelen niet. Uw aanvullende verzekering soms wel:

- [vaccinaties en preventieve geneesmiddelen](#) voor uw (vakantie)reis
- [homeopathische en antroposofische geneesmiddelen](#)

Voor sommige geneesmiddelen gelden ook andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- [Dieetpreparaten](#)
- [voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen](#)
- middelen voor [Anticonceptie](#)

● **Wat u zelf betaalt**

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de eigen bijdragen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Voor de specifiek aangewezen geneesmiddelen op onze [lijst voorkeursgeneesmiddelen](#) geldt geen eigen risico. Voor alle andere (aangewezen) geneesmiddelen uit de basisverzekering geldt het eigen risico wel. Het eigen risico geldt ook als de Vrije Keuze Basisverzekering uw eigen bijdragen boven € 250 vergoedt. [Zo werkt het eigen risico](#)

● **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant².

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf [toestemming](#) hebben gegeven.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de [Medisch specialist](#) of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die vaak uw geneesmiddelen

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen geneesmiddelen daarbij.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepill
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Uitleg

1. Generieke geneesmiddelen: een generiek geneesmiddel heeft dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm als het originele merkgeneesmiddel, maar komt van een andere fabrikant
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

● Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 150 voor eigen bijdragen, sommige geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 300 voor sommige geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.500 voor sommige geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Superfit	100% sommige geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waaronder max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt de meeste geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Daarvoor geldt de vergoeding [Geneesmiddelen basisverzekering](#). Soms betaalt u een eigen bijdrage.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden:

- de eigen bijdragen
- geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt. Hebben wij binnen een geneesmiddelencluster geneesmiddelen aangewezen? Dan vergoedt uw aanvullende verzekering andere geneesmiddelen uit dat cluster niet. Meer uitleg daarover vindt u in ons reglement Farmaceutische zorg
- de terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de [apothek](#) van de geneesmiddelen die uw aanvullende verzekering vergoedt
- verbandmiddelen als u bij een arts onder behandeling bent voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding [Verbandmiddelen](#) vallen

Optifit en hoger vergoeden ook nog:

- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

Benfit, Optifit en Topfit vergoeden per kalenderjaar maximaal het bedrag hierboven. Superfit vergoedt de zorg volledig. Van deze vergoedingen mag u maximaal € 250 gebruiken voor wettelijke eigen bijdragen. Dat zijn de wettelijke eigen bijdragen en geen andere bijbetalingen.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen en eigen bijdragen waarvoor een terugbetalingsregeling¹ van de fabrikant geldt
- geneesmiddelen uit de clusters waarin wij voor de basisverzekering geneesmiddelen hebben aangewezen
- geneesmiddelen tegen een erectieprobleem
- geneesmiddelen tegen kaalheid
- geneesmiddelen voor [Vruchtbaarheidsbehandelingen](#)
- geneesmiddelen die u gebruikt om te vermageren
- vitamines en mineralen

Andere vergoedingen

Voor sommige geneesmiddelen gelden (ook) andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- [homeopathische en antroposofische geneesmiddelen](#)
- [vaccinaties en preventieve geneesmiddelen](#) voor uw (vakantie)reis
- middelen voor [Anticonceptie](#)
- [Geneesmiddelen basisverzekering](#)

● Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, betaalt u een eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die eigen bijdrage, volgens de vergoeding die u nu leest. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdrage. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Geen eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben van een arts of andere voorschrijver

Wij vergoeden geneesmiddelen, verbandmiddelen en melatonine alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant².

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Lees ook ons reglement Farmaceutische zorg

In dat reglement leggen wij meer uit over de vergoeding van geneesmiddelen en de dienstverlening van de apotheek.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepill
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de Medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

Uitleg

1. Terugbetalingsregeling: Van bepaalde geneesmiddelen kunt u de kosten of uw wettelijke eigen bijdrage bij de fabrikant terugvragen. Wij vergoeden die dan niet. Ook niet als de fabrikant bepaalt dat u eerst bij ons om vergoeding moet vragen. Meer informatie staat op terugbetaalregeling.nl en hevoconsult.nl
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

● Diëtetiek

Als u advies nodig heeft over voeding en gezondheid.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	3 uur Max. per kalenderjaar
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 120 Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 200 Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

● Wat u vergoed krijgt

Bent u te zwaar of juist te licht door bijvoorbeeld ziekte, eetproblemen of een voedselallergie? Of heeft u andere klachten die samenhangen met voeding, zoals darmklachten, hoge bloeddruk of verhoogd cholesterol? Een diëtist geeft voorlichting en advies over voeding, dieet en eetgewoonten. Dit noemen we diëtetiek.

Wij vergoeden diëtetiek in 3 situaties:

1. als onderdeel van ketenzorg bij chronische ziekte

Heeft u diabetes (suikerziekte), een hart- of vaatziekte, of chronische longproblemen (COPD)? Dan krijgt u via de huisarts mogelijk ketenzorg. Daarbij werken meer zorgverleners intensief samen om u zorg te geven. De diëtist maakt daar dan onderdeel van uit

2. bij overgewicht

U kunt zorg krijgen bij de diëtist als:

- uw BMI¹ minstens 30 kg/m² is, of
- uw BMI tussen 25 en 30 kg/m² is en u extra risico loopt door bijvoorbeeld een ziekte (zoals hart- en vaatziekte)

3. als er een andere medische reden is

Heeft u een ander medisch probleem waarvoor het nodig is een diëtist te raadplegen? Dan kan de huisarts u naar de diëtist verwijzen. Ook kunt u op eigen initiatief naar de diëtist gaan. Een verwijzing is namelijk niet nodig

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt per kalenderjaar maximaal 3 uur diëtetiek met een medische reden door een diëtist. Maakt de zorg door de diëtist onderdeel uit van uw ketenzorg? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die zorg ook. Deze ketenzorg telt niet mee voor het maximum van 3 uur.

Heeft u na de 3 uur van de basisverzekering nog begeleiding en advies nodig? De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden extra diëtetiek met een medische reden door een diëtist. Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor extra diëtetiek. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden extra diëtetiek volledig.

Dit wordt niet vergoed

- voedingsmiddelen, maaltijdvervangers en dieetartikelen
- diëtetiek als onderdeel van sportmedisch advies

Andere vergoedingen

Heeft u geen medische reden, maar wilt u wel uw eetgewoonten veranderen? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden Preventiecurssussen.

Voor diëtetiek na ernstige COVID-19 geldt de vergoeding Voorwaardelijk toegelaten zorg.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor diëtetiek betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor diëtetiek die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Behalve als de diëtetiek onderdeel is van ketenzorg. Dan geldt het eigen risico niet. Zo werkt het eigen risico

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de diëtetiek met een medische reden die diëtisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Uitleg

1. BMI: Zelf uw BMI berekenen? Deel uw gewicht (in kilo's) door uw lengte (in meters). Deel de uitkomst nog een keer door uw lengte (in meters). De uitkomst is uw BMI

● Dieetpreparaten

Als u met gewone of aangepaste voeding niet genoeg voedingsstoffen binnen kunt krijgen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, in bepaalde situaties bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Dieetpreparaten zijn voedingsmiddelen met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Bijvoorbeeld sondevoeding en drinkvoeding. Ze worden voorgeschreven bij ziekte of ondervoeding.

Dieetpreparaten zijn geen dieetproducten. Dieetproducten zijn bijvoorbeeld glutenvrije pasta, suikervrije jam en afslankrepen, die u koopt bij een supermarkt of drogist.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dieetpreparaten wel, en dieetproducten niet. U moet wel aan 2 voorwaarden voldoen.

De 1e voorwaarde is:

- u heeft een stofwisselingsstoornis, opnamestoornis (resorptiestoornis) of voedselallergie, of
- u bent ondervoed door een ziekte of er is een risico dat dit gebeurt en dit is gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument, of
- u heeft dieetpreparaten nodig volgens de richtlijnen van artsen en diëtisten

De 2e voorwaarde is:

- dat aangepaste normale voeding niet geschikt is, en bijzondere dieetvoeding die in de winkel te koop is ook niet

De vergoeding geldt voor polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Deze termen verwijzen naar de samenstelling van het dieetpreparaat.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts
- gespecialiseerde leverancier

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- dieetpreparaten tijdens de proefperiode. Dat is de periode waarin u een dieetpreparaat probeert voordat een allergie wordt vastgesteld

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor dieetpreparaten betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor dieetpreparaten geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) of artsenverklaring hebben

U moet voor dieetpreparaten een voorschrift hebben van uw huisarts, of een [artsenverklaring dieetpreparaten](#) van een arts of medisch specialist¹, verpleegkundig specialist, physician assistant² of diëtist.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Die [toestemming](#) is nodig voor dieetpreparaten bij een voedselallergie (ook wel koemelkallergie) met milde klachten als:

- het kind 2 jaar of ouder is, of
- het kind tussen 1 en 2 jaar is en meer dan 500 ml dieetvoeding per dag nodig heeft, of
- het kind tussen 0 en 1 jaar is en meer dan 1.000 ml dieetvoeding per dag nodig heeft

• Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat het reglement Farmaceutische zorg van toepassing is, én de algemene regels.

Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die meestal de dieetpreparaten

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen dieetpreparaten daarbij.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

● Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Voor een sterk en gezond gebit.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% van de meeste behandelingen
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 500 Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

● Wat u vergoed krijgt

Goede mondzorg op jonge leeftijd voorkomt problemen later. Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** deze tandartsbehandelingen:

- controle (preventief tandheelkundig onderzoek), één keer per jaar
- extra controles als die nodig zijn
- incidentele consulten
- verwijderen van tandsteen
- fluoridebehandeling van het blijvende gebit, 2 keer per jaar
- extra fluoridebehandelingen als die nodig zijn
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag)
- behandeling van tandvleesproblemen
- verdoving
- wortelkanaalbehandeling
- vullingen
- zorg bij klachten aan het kaakgewricht
- uitneembare prothetische voorzieningen (zoals een plaatje en een kunstgebit)
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve implantaten
- röntgenfoto's, behalve die voor orthodontie
- kaakoverzichtsfoto, behalve die voor orthodontie

Bij de materiaal- en techniekkosten van een kunstgebit vergoeden wij het marktconforme bedrag. In ons [overzicht materiaal- en techniekkosten](#) staat een indicatie hiervan. Zijn de materiaal- en techniekkosten van het kunstgebit hoger? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Bij de beoordeling vragen wij uw zorgverlener om een toelichting.

Is voor behandeling bij de kaakchirurg opname nodig? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de [Ziekenhuisopname](#).

Mond en gebit

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden tot 18 jaar de algemene tandheelkundige zorg die de basisverzekering niet vergoedt. Optifit vergoedt maximaal € 500 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Andere vergoedingen

Voor Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar, Orthodontie tot 18 jaar, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde gelden (ook) andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

Hier kunt u terecht

Voor zorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus
- kaakchirurg¹

Voor zorg uit de aanvullende verzekering:

- tandarts
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97²)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- niet-restauratief behandelen van gaatjes (cariës) in het melkgebit (M05)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)

De aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- volledige narcose en voorbereiding daarvan (A20, A30)
- MRA³ (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor tandheelkundige zorg tot 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

● Dit moet u zelf doen

Voor de kaakchirurg moet u vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, tandarts, een medisch specialist of een jeugdarts. Bij acute zorg⁴ is geen verwijzing nodig.

Soms heeft u vooraf toestemming nodig

De volgende zorg vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven:

- de 3e en volgende fluoridebehandeling(en) in hetzelfde kalenderjaar
- een kaakoverzichtsfoto
- transplantatie van een eigen tand of kies (autotransplantaat)
- behandelingen bij de kaakchirurg die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie⁵ staan
- zorg onder volledige narcose
- een kunstgebit waarvan de materiaal- en techniekkosten hoger zijn dan de bedragen in ons overzicht materiaal- en techniekkosten
- het vervangen van een kunstgebit dat minder dan 5 jaar oud is
- een klikgebit, en het repareren of rebasen (opvullen) van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
2. E97: De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts
3. MRA: Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA
4. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
5. Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Voor een goed gebit in een gezonde mond.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Beperkt, volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 1.600 algemene tandheelkundige zorg Max. per kalenderjaar
Tandfit A	€ 200, waarvan max. € 75 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit B	€ 500, waarvan max. € 150 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit C	€ 1.250, waarvan max. € 250 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit Preventief	<ul style="list-style-type: none"> • controle en preventie volledig • andere tandheelkundige zorg: € 2.000, waarvan max. € 300 voor vullingen en tandvleesbehandelingen samen • elektrische tandenborstel + opzetborsteltjes <p>Vergoedingen: max. per kalenderjaar Tandenborstel: 1 per looptijd verzekering Geen vergoeding voor: kronen, bruggen, wortelkanaalbehandelingen, implantaten en prothesen</p>

● Wat u vergoed krijgt

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde. Waar u recht op heeft staat in die vergoedingen. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts, mondhygiënist en orthodontist vergoedt de basisverzekering niet.

De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B, C en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg wel als u 18 jaar of ouder bent. De vergoedingen staan hieronder, per verzekering. De codes tussen haakjes staan op de rekening van de tandarts. Voor orthodontie geldt een andere vergoeding.

Mond en gebit

Superfit

Superfit vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.600 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

Tandfit A

Tandfit A vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 200 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 75 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit B

Tandfit B vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 150 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit C

Tandfit C vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 250 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit Preventief

Tandfit Preventief vergoedt deze preventieve behandelingen:

- consult ten behoeve van een intake (C001)
- consult periodieke controle (C002)
- consult, niet zijnde periodieke controle (C003)
- aanvullende anamnese (C010)
- mondzorg aan huis (C020)
- preventieve voorlichting (M01)
- evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M40)
- onderzoek bacteriën en enzymen (M32)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30, V35)

Tandfit Preventief vergoedt ook de meeste andere codes voor tandheelkundige zorg, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. Van dat bedrag kunt u maximaal € 300 besteden aan vullingen (V-codes) en tandvleesbehandelingen (parodontologie, T-codes) samen.

En: bij Tandfit Preventief krijgt u 1 keer per looptijd van de verzekering een elektrische tandenborstel, en jaarlijks nieuwe opzetborsteltjes.

Tandfit Preventief vergoedt niet (zorg die te maken heeft met):

- kronen, bruggen en inlays²
- kunstgebit
- implantaten
- wortelkanaalbehandeling
- orthodontie

Voor Superfit, Tandfit A, B, C en Preventief geldt:

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose en voorbereiding daarvan (A20³, A30)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)
- MRA⁴ (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)

Ongeval?

Heeft u een ongeval gehad en is uw gebit beschadigd? Er is een aparte vergoeding voor Tandheelkundige zorg na een ongeval.

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. M-codes: M01 preventieve voorlichting, M02 evaluatie van preventie, M03 gebitsreiniging, M30 behandelen gevoelige tandhalzen, M32 onderzoek bacteriën/enzymen, M40 fluoridebehandeling
2. Inlays: Op maat gemaakte vullingen
3. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van uw tandarts
4. MRA: Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA

● Tandheelkundige zorg na een ongeval

Een bal tegen uw gezicht bij het sporten. Een ongeluk met de fiets.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Sommige gevallen Uit vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar, of vanaf 18 jaar volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese en Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 5.000 of € 10.000 volgens OntzorgPlus Max., 1 ongeval per kalenderjaar
OntzorgPlus	€ 10.000
Tandfit A	€ 2.500 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit B	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit C	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit Preventief	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u schade aan uw gebit door een ongeval¹? De basisverzekering of uw aanvullende (tand)verzekering vergoedt mogelijk uw tandheelkundige kosten. Dit hangt af van wélke verzekering u heeft en van uw leeftijd.

Bent u jonger dan 18 jaar?

Dan vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** de meeste tandheelkundige zorg. Ook bij een ongeval. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden algemene tandheelkundige zorg die niet onder de basisverzekering valt. Wat u vergoed krijgt staat bij Tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

Bent u 18 jaar of ouder?

Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering na een ongeval soms de kaakchirurg, het kunstgebit en Bijzondere tandheelkunde. Superfit, de aanvullende tandverzekeringen, en soms OntzorgPlus vergoeden, na onze toestemming, andere tandheelkundige zorg na een ongeval om de schade aan uw gebit te repareren. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een gedeeltelijk kunstgebit.

Deze vergoeding geldt alleen voor behandelingen tot maximaal 1 jaar na het ongeval. En het ongeluk moet gebeurd zijn terwijl u Superfit, Tandfit A, B, C of Preventief of OntzorgPlus had.

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Wij vergoeden alleen de behandelingen die nodig zijn voor herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dus alleen om de schade aan uw gebit te herstellen die direct door het ongeval is ontstaan. Er is geen recht op vergoeding als de indicatie voor behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Moest een tand bijvoorbeeld toch al vervangen worden door een kroon? Dan geldt niet deze vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval, maar de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose en voorbereiding daarvan (A20², A30)
- behandeling van schade aan uw gebit door een gebeurtenis waarbij duidelijk is dat deze kan ontstaan. Zoals bijten op een hard voorwerp of niet dragen van een gebitsbeschermer waar dat regel is
- behandeling van schade aan uw gebit die is ontstaan of verergerd door eten

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor tandheelkundige zorg na een ongeval uit de aanvullende verzekering betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de zorg die onder de basisverzekering valt. Zo werkt het eigen risico

● **Dit moet u zelf doen**

U moet ons vooraf toestemming vragen

Bent u 18 jaar of ouder? En wilt u vergoeding voor tandheelkundige zorg na een ongeval uit Superfit, uw tandverzekering of OntzorgPlus? Dat kan alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Voor spoedeisende zorg kunt u toestemming ook achteraf vragen. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Daar moeten een behandelplan, een begroting en een (röntgen)foto bij zitten.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Ongeval: Met ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw gebit, buiten uw wil, waarbij onmiddellijk schade aan uw gebit ontstaat
2. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van uw tandarts

● Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000
Topfit	Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000 3e 12 maanden max. € 1.000
Superfit	100%

● Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden 'gewone' orthodontie tot 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest. Uw orthodontist brengt de behandeling in rekening met zogenoemde A-tarieven van de NZa. De codes voor behandeling op uw rekening eindigen dan op een A.

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 1.000 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Topfit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden dáárna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Optifit en Topfit vergoeden orthodontie dus niet tot een maximum per kalenderjaar, maar per behandeljaar. Hoe dat werkt, leest u op onze informatiepagina.

Superfit vergoedt orthodontie tot 18 jaar volledig. De aanvullende tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

Andere vergoedingen

Topfit en Superfit hebben ook een vergoeding voor Orthodontie vanaf 18 jaar.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor orthodontie tot 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor orthodontie tot 18 jaar geldt geen eigen risico.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wij bepalen de startdatum als wij de 1e declaratie ontvangen

Wij kijken dan naar de datum van het consult of de behandeling. Vindt de orthodontist tijdens een 1e consult dat uw kind beter kan wachten met een beugel? Dan kan het bij Optifit en Topfit voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaat de 24 maanden (Optifit) of 36 maanden (Topfit) vergoeding al lopen voordat de behandeling echt begint. Meld dan bij de orthodontist dat u het consult zelf betaalt. Veel orthodontisten sturen de declaratie namelijk rechtstreeks naar ons.

Uitleg

1. Orthodontist: Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

● Orthodontie vanaf 18 jaar

Goed kunnen bijten en kauwen is belangrijk voor uw hele gezondheid.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar
Superfit	100%

● Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking van de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door ernstige aandoeningen, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een beugel nodig? De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden orthodontie vanaf 18 jaar, voor het herstellen van een functionele afwijking. Uw orthodontist brengt de behandeling in rekening met zogenoemde A-tarieven van de NZa. De codes voor behandeling op uw rekening eindigen dan op een A.

Topfit vergoedt voor orthodontie maximaal € 500 per kalenderjaar. Superfit vergoedt die orthodontie volledig.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor orthodontie vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor orthodontie vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de orthodontie alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Gaat u naar een orthodontist voor een behandelplan, dan maakt u al kosten. Krijgt u van ons geen toestemming voor de behandeling? Dan betaalt u die kosten zelf.

Heeft u al een orthodontietraject gehad en moet uw retentiebeugel vervangen worden? Daarvoor heeft u vooraf geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Orthodontist: Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

● Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar

Kunstgebit, klickgebit, prothese ... We zetten het voor u op een rij.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Volledig kunstgebit en reparatie of rebasen, u betaalt een eigen bijdrage
Superfit	€ 1.600 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit A	€ 200 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit B	€ 500 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit C	€ 1.250 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit Preventief	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Natuurlijk probeert u zo lang mogelijk uw gebit gezond te houden. Maar soms zal uw tandarts u aanraden een kunstgebit te nemen. Dat wordt ook wel prothese of prothetische voorziening genoemd.

Voor de vergoeding maakt het verschil of het gaat om een gedeeltelijk kunstgebit of een volledig kunstgebit. Bij een gedeeltelijk kunstgebit heeft u nog eigen tanden of kiezen. Het gedeeltelijke kunstgebit vervangt de tanden of kiezen die ontbreken. Een volledig kunstgebit vervangt alle tanden en kiezen in een kaak. U kunt het volledig kunstgebit hebben voor de onderkaak, de bovenkaak of voor allebei de kaken.

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** het **volledige uitneembare kunstgebit**, dus het volledige kunstgebit dat u zelf uit de mond kunt halen. Het gedeeltelijke kunstgebit, vergoedt de basisverzekering niet. Die valt onder de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar van de aanvullende verzekeringen Superfit of Tandfit A, B en C.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt 4 soorten volledige uitneembare kunstgebitten. We zetten ze voor u op een rij.

1. De immediaatprothese. Dat is een tijdelijk kunstgebit dat u krijgt na het trekken van alle tanden en kiezen. U draagt het tot de mond genezen is.
2. Een gewone prothese (niet op implantaten). Dat is het kunstgebit dat u krijgt ná de immediaatprothese. Het wordt ook wel 'vervangingsprothese' genoemd.
3. Een overkappingsprothese (niet op implantaten). Dat is een kunstgebit dat over uw eigen tandwortels wordt geplaatst.
4. Een kunstgebit op implantaten ('implantaat gedragen'). Dat heet ook wel klickgebit.

Mond en gebit

U krijgt een gedeeltelijke vergoeding. Dit is een percentage van de totale kosten inclusief materiaal- en techniekkosten. Dus de kosten van de tandarts of de tandprotheticus en de materiaal- en techniekkosten. Bij het gebit op implantaten tellen ook de magneetjes, staafjes of drukknoppen die boven het tandvlees uitsteken ('het vaste gedeelte van de suprastructuur') mee in de totale kosten.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze percentages van de totale kosten (inclusief materiaal- en techniekkosten):

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of de onderkaak: 75% (eigen bijdrage 25%)
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 90% (eigen bijdrage 10%)
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 92% (eigen bijdrage 8%)
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 83% (eigen bijdrage 17%)

Het percentage dat de basisverzekering niet vergoedt, is uw eigen bijdrage. Die moet u zelf betalen. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Tandfit A, B en C vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage, volgens de vergoeding [Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar](#).

Ook bij de materiaal- en techniekkosten van uw kunstgebit vergoeden wij het marktconforme bedrag. In ons [overzicht materiaal- en techniekkosten](#) staat een indicatie hiervan. Zijn de materiaal- en techniekkosten van uw kunstgebit hoger? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Bij de beoordeling vragen wij uw zorgverlener om een toelichting.

En hoe zit het met de implantaten?

Krijgt u voor het eerst een klikgebit? Dan heeft u ook implantaten nodig. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de implantaten alleen als u een heel erg geslonken kaak zonder tanden heeft. Dan geldt de vergoeding [Bijzondere tandheerkunde](#). U moet ons vooraf toestemming vragen. Heeft u geen heel erg geslonken kaak zonder tanden? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit of Tandfit A, B en C het aanbrengen van implantaten door de tandarts, volgens de vergoeding [Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar](#).

En als het kunstgebit niet meer past of kapot is?

Dan kunt u het laten repareren of rebasen (opvullen) door een tandprotheticus of een tandarts. Heeft u het kunstgebit nog geen 4 maanden? Dan hoeft u daar niet voor te betalen. Is het ouder dan 4 maanden? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering reparatie en rebasen (opvullen) voor 90%. U betaalt een eigen bijdrage van 10%.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- tandprotheticus

Andere vergoedingen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt soms implantaten onder uw klikgebit, dat valt onder de vergoeding [Bijzondere tandheerkunde](#).

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vallen het kunstgebit en andere prothesen onder de vergoeding [Tandheelkundige zorg tot 18 jaar](#).

● Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor een kunstgebit betaalt u een eigen bijdrage van 8, 10, 17 of 25%. De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B en C vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Voor het volledige uitneembare kunstgebit geldt het eigen risico. Voor het gedeeltelijke kunstgebit geldt geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U heeft vaak vooraf toestemming nodig

De volgende zorg vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven:

- een kunstgebit (1, 2 of 3 uit de opsomming hierboven) waarvan de materiaal- en techniekkosten hoger zijn dan de bedragen in ons overzicht materiaal- en techniekkosten
- het vervangen van een kunstgebit (2 of 3 uit de opsomming hierboven) als dat minder dan 5 jaar oud is
- het klikgebit (4 uit de opsomming hierboven)
- het repareren of rebasen van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

● Fronttandvervanging

Ontbreken bij u de blijvende snij- of hoektanden en bent u jonger dan 23 jaar?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, tot 23 jaar, als noodzaak is vastgesteld voor 18e verjaardag
Superfit	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
OntzorgPlus	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval van OntzorgPlus
Tandfit A	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit B	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit C	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit Preventief	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval

● Wat u vergoed krijgt

Zijn bij u de blijvende snij- of hoektanden niet aangelegd? Of bent u ze door een ongeval kwijtgeraakt? Dan is het mogelijk om (weer) snij- of hoektanden aan te brengen. Dat gebeurt meestal met een implantaat en een kroon.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt het vervangen van een of meer helemaal ontbrekende blijvende snij- of hoektanden. Dit moet gebeuren met niet-plastisch materiaal zoals een kroon of een brug. Implantaten die daarbij nodig zijn worden ook vergoed.

De tandarts moet vóór uw 18e verjaardag hebben vastgesteld dat dit bij u nodig is. De vergoeding stopt als u 23 jaar wordt.

Is de noodzaak pas na uw 18e verjaardag vastgesteld? Of ontbreekt een snij- of hoektand maar voor een deel? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg niet. De **aanvullende verzekeringen** Superfit, OntzorgPlus, en Tandfit A, B en C vergoeden de zorg dan (gedeeltelijk), als de tandarts die uitvoert. Dan geldt de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar of Tandheelkundige zorg na een ongeval.

Heeft u naast ontbrekende snij- of hoektanden andere ernstige gebitsproblemen? Dan kan fronttandvervanging onder de vergoeding Bijzondere tandheelkunde vallen.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- voor de Vrije Keuze Basisverzekering: ook de kaakchirurg¹

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor fronttandvervanging betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de fronttandvervanging die onder de basisverzekering valt. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze zorg alleen als toestemming voordat de behandeling begint.

Soms moet u een verwijzing hebben

Moet u voor deze zorg naar de kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)? Dan moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of de tandarts. Bij acute zorg² is geen verwijzing nodig.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
2. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

● Kaakchirurgie vanaf 18 jaar

Voor specialistische mondzorg.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische mondzorg gaat u naar de Mond-Kaak-Aangezichtschirurg (MKA-chirurg). Die wordt meestal kaakchirurg genoemd. Dat doen wij hierna ook.

De kaakchirurg werkt in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc¹).

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt chirurgische tandheelkundige zorg. Het röntgenonderzoek dat daarbij nodig is vergoeden wij ook. Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de Ziekenhuisopname.

Hier kunt u terecht

- kaakchirurg², in het ziekenhuis of een zbc¹

Dit wordt niet vergoed

- chirurgie aan het tandvlees (parodontale chirurgie)
- trekken van tanden en kiezen als de tandarts dat kan doen
- implantaten (behalve als het gaat om Bijzondere tandheelkunde of om Fronttandvervanging)

Andere vergoedingen

Moet u naar de kaakchirurg voor een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking? Dan kan dat onder Bijzondere tandheelkunde vallen.

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan geldt de vergoeding voor Tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor kaakchirurgie vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor kaakchirurgie vanaf 18 jaar geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van de tandarts, orthodontist, huisarts of een medisch specialist. Bij acute zorg³ is geen verwijzing nodig.

Soms heeft u vooraf toestemming van ons nodig

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigheden kaakchirurgie⁴ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard die kaakchirurgen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
2. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
3. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
4. Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● **Bijzondere tandheelkunde**

Als gewone tandzorg niet voldoende is.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een eigen bijdrage
Superfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit A	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit B	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit C	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit Preventief	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

● **Wat u vergoed krijgt**

Voor een gezond en goed werkend gebit hebben de meeste mensen genoeg aan de 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist.

Soms is die zorg niet voldoende. Bijvoorbeeld omdat u een bijzondere aandoening heeft aan uw gebit, kaak of mond. Of omdat u een lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. In zo'n geval kan extra of andere mondzorg nodig zijn. We noemen die zorg 'bijzondere tandheelkunde'.

Alleen in bijzondere situaties

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt bijzondere tandheelkunde in 3 situaties.

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een niet-aangeboren afwijking of probleem van tanden, kaak of mond heeft. Bijvoorbeeld: het ontbreken van tanden of kiezen door een erfelijke oorzaak.
2. Bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. Bijvoorbeeld: ernstige Parkinson, een verstandelijke beperking of extreme angst.
3. Als u een medisch-noodzakelijke behandeling moet krijgen die zonder bijzondere tandheelkundige zorg geen goed resultaat zal hebben. Bijvoorbeeld: een orgaantransplantatie of een hartoperatie, waarvoor de mond ontstekingsvrij moet worden gemaakt.

Is situatie 1 of 2 voor u van toepassing? Dan krijgt u de zorg alleen vergoed als uw gebit zonder de bijzondere tandheelkunde niet op de voor u normale manier kan (blijven) functioneren. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de bijzondere tandheelkunde die nodig is om er voor te zorgen dat u de voor u normale tandfunctie terugkrijgt of behoudt.

Is situatie 3 voor u van toepassing? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de bijzondere tandheelkunde die nodig is om de andere behandeling mogelijk te maken én de zorg om uw gebit op de voor u normale manier functionerend te houden.

Soms: implantaten

Krijgt u een volledige uitneembare prothese (kunstgebit) op implantaten? Dan vallen de implantaten onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als u een heel erg geslonken kaak heeft, zonder tanden.

Meestal niet: orthodontie

Orthodontie valt alleen onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als:

- u een heel ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis heeft aan tanden, kaak of mond, en
- die stoornis ook door andere zorgverleners dan een tandarts of een orthodontist moet worden behandeld

Als het nodig is: opname

Is het voor deze zorg nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de Ziekenhuisopname.

Let op: meestal betaalt u een eigen bijdrage

Dit geldt als u 18 jaar of ouder bent en tegelijk met de bijzondere tandheelkunde ook zorg krijgt die niet direct met situatie 1, 2 of 3 te maken heeft. Bijvoorbeeld: als u ernstige Parkinson heeft en er een gaatje wordt gevuld. U betaalt dan als eigen bijdrage het bedrag dat u had moeten betalen als u 'gewoon' voor dat gaatje was behandeld.

Heeft u een aanvullende verzekering Superfit of Tandfit? Voor de eigen bijdrage geldt de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- kaakchirurg¹
- orthodontist
- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor tandheelkundige behandelingen die niet rechtstreeks met de aandoening te maken hebben betaalt u een eigen bijdrage. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Voor bijzondere tandheelkunde geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden bijzondere tandheelkunde alleen als wij toestemming hebben gegeven voordat de behandeling begint. Let op: wij kunnen de toestemming intrekken als u instructies van de zorgverlener niet volgt (bijvoorbeeld: een beugel niet draagt).

Soms moet u een verwijzing hebben

Gaat u voor deze zorg naar een kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)? Dan moet u daarvoor een verwijzing hebben van uw tandarts, huisarts, een medisch specialist, een jeugdarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

● ExpertClean tandenborstel

Uw gebit gezond houden, begint met goed poetsen. Het geheim van goed poetsen? De ExpertClean tandenborstel.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding
Tandfit A	Geen vergoeding
Tandfit B	Geen vergoeding
Tandfit C	Geen vergoeding
Tandfit Preventief	1 tandenborstel, max. per looptijd verzekering, en 4 opzetborsteltjes per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Tandfit Preventief biedt een uitstekende vergoeding voor preventieve en andere mondzorg.

Heeft u Tandfit Preventief? Dan krijgt u ook:

- een Philips ExpertClean 7300 tandenborstel, met docking station, reisetui en app, 1 keer tijdens de looptijd van uw verzekering
- ieder jaar 4 opzetborsteltjes (Premium Plaque Defense) voor het hele jaar

Wanneer krijg ik de tandenborstel?

U kunt de ExpertClean met 4 opzetborsteltjes aanvragen als uw Tandfit Preventief definitief is ingegaan. Ligt de ingangsdatum van uw Tandfit Preventief later dan 1 januari? Dan kunt u de ExpertClean aanvragen vanaf februari van het volgende jaar. De aanvraag doet u bij Philips nadat u een vouchercode van ons heeft ontvangen. Wij versturen de vouchercode en bestelinformatie vanaf februari per e-mail. Of, als uw e-mail niet bij ons bekend is, per post.

U krijgt 1 tandenborstel tijdens de looptijd van uw verzekering

Dit geldt ook als u tussendoor wisselt tussen onze Tandfit Preventief en de vergelijkbare tandverzekering van onze partner: Tand Preventief (VvAA Zorgverzekering). Wij zien dit als een doorlopende verzekering. U krijgt dan dus geen nieuwe tandenborstel. U krijgt ook geen nieuwe tandenborstel als u uw Tandfit Preventief of Tand Preventief opzegt en binnen 5 jaar weer afsluit.

En als ik een vraag heb?

Heeft u een vraag over uw verzekering? Belt u ons gerust. Wij helpen u graag. Heeft u een vraag over de tandenborstel? Bel dan met Philips. Het nummer is 0900 202 11 77.

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor de ExpertClean betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor de ExpertClean geldt geen eigen risico.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Levering kan alleen in Nederland en België

Verhuist u naar een ander land? Dan krijgt u geen opzetborstels meer toegestuurd.

Betaalt u de premie niet? Dan heeft u geen recht meer op de borstel

De borstel blijft van ONVZ. Sluit u binnen 5 jaar weer Tandfit Preventief? Dan krijgt u geen nieuwe tandenborstel.

U heeft 3 jaar garantie op de borstel

De garantie gaat in als u de borstel ontvangt. Er gelden garantie bepalingen. Uw garantiebewijs vraagt u op bij Philips, telefoonnummer is 0800 023 00 47. U kunt voor de garantie zelf ook terecht bij Philips.

● Geneeskundige ggz

Als u psychische problemen heeft.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Bij (vermoeden van) psychische stoornis: <ul style="list-style-type: none">• 100% bij gecontracteerde zorg• anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 500 voor consulten bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.000 voor consulten bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 1.500 voor consulten bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Bij psychische problemen is uw huisarts of de bedrijfsarts het eerste aanspreekpunt. Als die een psychische stoornis vermoedt, verwijst deze arts u door voor ggz. Een behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog¹ of psychotherapeut. Dat kan soms ook via video-consulten. Ook kunnen e-health programma's onderdeel zijn van de behandeling.

U krijgt altijd een indicierend en een coördinerend regiebehandelaar. Zij zijn voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt in de verschillende fasen van de behandeling. Soms vervult één persoon allebei deze taken. Een regiebehandelaar kan ook andere behandelaars inzetten en zorgt dan voor goede samenwerking.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt geneeskundige ggz vanaf 18 jaar, als er een vermoeden is dat u een psychische stoornis heeft of als zo'n stoornis al is vastgesteld.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt niet: behandeling van werkproblemen², relatieproblemen en aanpassingsstoornissen³.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden de behandeling van werk- of relatieproblemen en aanpassingsstoornissen, voor alle leeftijden. Het maakt niet uit of uw zorgverlener een contract met ons heeft. Maar er geldt wel een maximale vergoeding per kalenderjaar. Die bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

Een ggz-praktijk of ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ⁴. Een regiebehandelaar is bijvoorbeeld een psychiater, klinisch psycholoog, gz-psycholoog of klinisch neuropsycholoog. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

Voor zorg uit de aanvullende verzekering mogen de volgende zorgverleners regiebehandelaar zijn:

- gz-psycholoog¹
- klinisch psycholoog
- psychotherapeut
- kinder- of jeugdpsycholoog, geregistreerd bij [NIP](#) of [SKJ](#)
- orthopedagoog-generalist

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#). Dit geldt niet voor zorg uit de aanvullende verzekering.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van vliegangst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het [overzicht therapieën ggz](#)

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook geen behandeling van werkproblemen², relatieproblemen en aanpassingsstoornissen³. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger wel.

Andere vergoedingen

Soms kunt u in de praktijk van de huisarts terecht. Dan geldt de vergoeding [Psychische zorg bij de huisarts](#).

Soms is een opname in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis nodig. Dan geldt de vergoeding [Opname voor geneeskundige ggz](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor geneeskundige ggz betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor ggz die onder de basisverzekering valt. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, de medisch specialist, SEH-arts⁵ of de straatdokter. Bij acute zorg⁶ is geen verwijzing nodig.

Als het gaat om een aanpassingsstoornis (alleen aanvullende verzekering) mag de jeugdarts ook verwijzen.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u doorverwijzen naar andere geneeskundige ggz. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

U moet vooraf toestemming van ons hebben als uw zorgverlener geen contract met ons heeft en:

- u meer dan 35 consulten nodig heeft, of
- u esketamine neusspray krijgt voorgeschreven

U vraagt toestemming voordat de behandeling start. Blijkt tijdens de behandeling dat er, tegen de verwachting in, toch meer dan 35 consulten nodig zijn? Dan kunt u ook tijdens de behandeling toestemming vragen. Maar wel voordat het 36e consult start.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Een psychische stoornis volgens de DSM

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ggz, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of als uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de geneeskundige ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg. Daardoor krijgt u de behandeling misschien niet of niet helemaal vergoed.

Wachlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. De ZorgConsulent is er ook voor andere vormen van zorgbemiddeling. Of voor hulp bij het kiezen van een zorgverlener.

Uitleg

1. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
2. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
3. Aanpassingsstoornissen: Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding
4. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicierend en coördinerend regiebehandelaar zijn
5. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

● Opname voor geneeskundige ggz

Als een opname nodig is bij psychische problemen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg Anders beperkte vergoeding Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Voor een behandeling in de ggz geldt de vergoeding Geneeskundige ggz. Soms is voor de behandeling ook een opname nodig. Dan geldt ook de vergoeding die u nu leest.

Heeft u een indicatie voor geneeskundige ggz en is een opname nodig voor een goed resultaat? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering een ggz-opname vanaf 18 jaar. De basisverzekering vergoedt ook de verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij een opname nodig zijn. Krijgt u tijdens de opname dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

Hier kunt u terecht

Een ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ². Dat is meestal een klinisch psycholoog of psychiater. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. In onze Zorgzoeker ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van werkproblemen³, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁴
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor een opname voor geneeskundige ggz betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor een opname voor geneeskundige ggz geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een medisch specialist, SEH-arts⁵ of de straatdokter. Bij acute zorg⁶ is geen verwijzing nodig.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u verwijzen voor opname in een (andere) ggz-instelling. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

U moet vooraf toestemming van ons hebben als uw zorgverlener geen contract met ons heeft.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Een psychische stoornis volgens de DSM

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ggz, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of als uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de geneeskundige ggz die klinisch psychologen en psychiaters normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Zonder opname als het kan, met opname als het nodig is.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

Soms krijgt u uw geneesmiddelen van uw ggz-instelling

Krijgt u bij uw behandeling geneesmiddelen? Dan vallen die meestal onder de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. Behalve als de ggz-instelling het geneesmiddel levert. Dan valt het geneesmiddel onder deze vergoeding.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Daardoor krijgt u misschien niet alles vergoed. En voor een opname in het buitenland moet u altijd vooraf toestemming van ons hebben.

Wachlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. De ZorgConsulent is er ook voor andere vormen van zorgbemiddeling. Of voor hulp bij het kiezen van een zorgverlener.

Uitleg

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicerend en coördinerend regiebehandelaar zijn
3. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
4. Aanpassingsstoornissen: Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding
5. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

● Anticonceptie

Een zwangerschap voorkomen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% tot 21 jaar bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding, In bepaalde gevallen ook boven 21 jaar Soms betaalt u een eigen bijdrage
Startfit	100% vanaf 21 tot 30 jaar
Benfit	100% vanaf 21 jaar
Optifit	100% vanaf 21 jaar
Topfit	100% vanaf 21 jaar
Superfit	100% vanaf 21 jaar

● Wat u vergoed krijgt

Anticonceptiemiddelen zijn middelen om zwangerschap te voorkomen. Ze worden ook wel voorbehoedsmiddelen genoemd.

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de volgende anticonceptiemiddelen:

1. anticonceptiepil
2. prikpil
3. anticonceptiepleister
4. anticonceptiering
5. anticonceptiestaaftje
6. hormoonspiraaltje
7. koperspiraaltje
8. pessarium

De middelen bij 1 tot en met 6 zijn anticonceptiemiddelen met hormonen. Heeft u endometriose (aandoening van het baarmoederslijmvlies) of bloedarmoede door hevig bloedverlies (menorragie)? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de middelen 1 tot en met 6 ook als u 21 jaar of ouder bent. En let op: laat u een anticonceptiemiddel plaatsen (of verwijderen) door een gynaecoloog? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist. Uw leeftijd maakt dan niet uit.

Bent u 21 jaar of ouder en heeft u die aandoeningen niet? Dan vergoeden de **aanvullende verzekeringen** Startfit en hoger de anticonceptiemiddelen die hierboven staan. Bij Startfit stopt de vergoeding als u 30 jaar wordt. Benfit en hoger vergoeden ook nog daarna.

Hier kunt u terecht

Anticonceptiemiddelen haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Anticonceptie

Een anticonceptiestaaftje of spiraaltje laat u plaatsen (of verwijderen) door:

- huisarts
- verloskundige
- gynaecoloog

Let op: bij de gynaecoloog is het spiraaltje of staaftje onderdeel van de behandeling. U koopt het dan niet zelf.

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#). Dit geldt niet voor zorg uit de aanvullende verzekering.

Andere vergoedingen

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden ook [sterilisatie](#).

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor sommige anticonceptiemiddelen met hormonen (1 tot en met 6 uit het rijtje hierboven) betaalt u een eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger [vergoeden](#) die voor een deel of helemaal. Deze eigen bijdragen zijn totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Hierin tellen ook de eigen bijdragen van (andere) geneesmiddelen mee. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdragen. Op [medicijnkosten.nl](#) kunt u zien of er een eigen bijdrage geldt. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Het eigen risico geldt voor het anticonceptiemiddel, als u tussen 18 en 21 jaar bent, en vanaf 21 jaar bij bepaalde aandoeningen. En bij het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel door verloskundige of gynaecoloog. Laat u het plaatsen en verwijderen door de huisarts? Daarvoor geldt het eigen risico niet. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet soms een voorschrift (recept) hebben

Wij vergoeden anticonceptiemiddelen met hormonen alleen als ze zijn voorgeschreven door een (huis)arts, medisch specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant¹. Een pessarium en koperspiraaltje kunt u zonder voorschrift van uw arts halen bij uw apotheek of apotheekhoudende huisarts.

U moet een verwijzing hebben als u naar de gynaecoloog gaat

Het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje of staaftje valt onder de vergoeding [Medisch specialist](#). Daarom heeft u een verwijzing van de huisarts of verloskundige nodig.

• Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat het reglement Farmaceutische zorg van toepassing is, én de algemene regels.

Het pessarium en koperspiraaltje zijn ook hulpmiddelen

Daarom zijn de [basisregels hulpmiddelen](#) ook van toepassing.

Anticonceptie

U krijgt een vaste afleverhoeveelheid mee

Per recept vergoeden wij de kosten van de anticonceptiepil voor maximaal 1 jaar.

Uitleg

1. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

● Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)

Om zwangerschap te voorkomen. Of juist weer mogelijk te maken.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	1x voor hele looptijd verzekering € 1.000 voor sterilisatie vrouw € 350 voor sterilisatie man Max. Geen vergoeding voor hersteloperatie
Optifit	1x voor hele looptijd verzekering € 1.200 voor sterilisatie vrouw € 400 voor sterilisatie man Max. Geen vergoeding voor hersteloperatie
Topfit	<ul style="list-style-type: none">• 100% sterilisatie en hersteloperatie• voor hersteloperatie wachttijd van 1 jaar
Superfit	<ul style="list-style-type: none">• 100% sterilisatie en hersteloperatie• voor hersteloperatie wachttijd van 1 jaar

● Wat u vergoed krijgt

Wilt u geen kinderen (meer)? Een sterilisatie is een meestal blijvende manier om zwangerschap te voorkomen. Dit kan bij een vrouw, maar ook bij een man. Dan spreken we ook wel van 'vasectomie'. Een hersteloperatie (refertilisatie) kan de sterilisatie soms weer ongedaan maken.

De aanvullende verzekeringen Benfit en Optifit vergoeden alleen sterilisatie. Topfit en Superfit vergoeden ook een hersteloperatie. Maar die hersteloperatie vergoeden wij alleen als die plaatsvindt nadat uw Topfit of Superfit langer dan 12 maanden loopt. Dat noemen wij een wachttijd.

Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- medisch specialist
- voor vasectomie: ook huisarts

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor sterilisatie of refertilisatie betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor sterilisatie of refertilisatie geldt geen eigen risico.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die de huisarts of de medisch specialist normaal gesproken bij sterilisatie en refertilisatie verleent. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

• Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

Een aanvulling op reguliere behandelingen. Bijvoorbeeld van een alternatief arts, osteopaat of chiropractor.

• Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 30 per dag, tot € 100 Geen geneesmiddelen Max. per dag/kalenderjaar
Benfit	€ 40 per dag, tot € 350 Geen geneesmiddelen Max. per dag/kalenderjaar
Optifit	€ 50 per dag + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 550 Max. per dag/kalenderjaar
Topfit	€ 65 per dag + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 1.000 Max. per dag/kalenderjaar
Superfit	€ 75 per dag + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 1.500 Max. per dag/kalenderjaar

• Wat u vergoed krijgt

Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg zijn onderzoeken en behandelingen waarvan wetenschappelijk (nog) niet bewezen is of ze werken.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt alternatieve geneeswijzen en beweegzorg niet.

De **aanvullende verzekeringen** Startfit en hoger vergoeden:

- alternatieve geneeswijzen: consulten en behandelingen gericht op (het genezen van) een aandoening
- alternatieve beweegzorg: chiropractie, osteopathie en manuele therapie E.S. (eggshell)

Optifit en hoger vergoeden ook geregistreerde¹ homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, als de arts of behandelaar die bij uw behandeling voorschrijft.

Wij vergoeden een maximaal bedrag per dag voor de consulten of behandelingen. En er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor alle alternatieve zorg samen. De bedragen staan hierboven.

Hier kunt u terecht

- arts²
- behandelaar³
- voor geneesmiddelen: apotheek of apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- (laboratorium)onderzoek, ook niet als uw arts of behandelaar dat voor uw behandeling nodig vindt

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor alternatieve geneeswijzen en beweegzorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor alternatieve geneeswijzen en beweegzorg geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

Let op dat uw zorgverlener voldoet aan de eisen

Uw zorgverlener moet een arts zijn. Of volwaardig lid van een door ons erkende beroepsorganisatie en voldoen aan de PLATO-eisen. Daarnaast moet uw arts of behandelaar een actieve agb-code hebben. Anders vergoeden wij de zorg niet.

De agb-code moet op de rekening staan

Op de rekening moet staan welke agb-code uw arts of behandelaar heeft.

Voor geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw arts of behandelaar

Geneesmiddelen haalt u bij de apotheek of apothekhoudende huisarts

De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die u ergens anders haalt, vergoeden wij niet.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die normaal gesproken binnen het beroepsprofiel van de arts of behandelaar valt. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is. Activiteiten die niet gericht zijn op (genezing van) een aandoening vergoeden wij niet. Dit geldt bijvoorbeeld voor yoga en mindfulness.

Uitleg

1. Geregistreerde: Deze hebben een RVG of RVH nummer gekregen van het CBG
2. Arts: Deze moet een actieve agb-code hebben
3. Behandelaar: Deze moet volwaardig lid zijn van een door ons erkende beroepsorganisatie, voldoen aan de PLATO-eisen en een actieve agb-code hebben

● Audiologische zorg

Ik hoor het gesprek wel, maar kan het niet goed verstaan. Herkenbaar?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij een audiologisch centrum
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Gehoorproblemen ontstaan geleidelijk, bijvoorbeeld door ouderdom. Of plotseling, door bijvoorbeeld ziekte. Als u uw gehoorprobleem als storend ervaart, kan de huisarts of een andere zorgverlener u verwijzen naar een audiologisch centrum.

In een audiologisch centrum werkt een team van specialisten op het gebied van gehoorproblemen en problemen die daarmee samenhangen, zoals spraakproblemen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt audiologische zorg door een audiologisch centrum. Daaronder valt:

- onderzoek naar uw gehoor
- advies over het kopen van een hoortoestel
- voorlichting over het gebruik van uw hoortoestel
- psychosociale zorg als u die nodig heeft door uw gehoorprobleem
- hulp bij het stellen van een diagnose bij taal- en spraakstoornissen voor kinderen

Heeft u hoorapparatuur nodig? Daarvoor geldt de vergoeding [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor audiologische zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor audiologische zorg geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar het audiologisch centrum gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, kinderarts of KNO-arts.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de audiologische zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

● Orthoptie

Een lui oog, scheelzien ... de orthoptist helpt u weer goed te kijken.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij bepaalde aandoeningen
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 500 voor andere oogklachten Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 750 voor andere oogklachten Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.000 voor andere oogklachten Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 1.500 voor andere oogklachten Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u of uw kind een lui oog, last van scheelzien of dubbelzien? Of problemen met scherp zien? Dan kunt u terecht bij een orthoptist. Die onderzoekt en behandelt oogaandoeningen die te maken hebben met de stand en de samenwerking van de ogen, en het kijken. We noemen deze zorg orthoptie.

De meeste orthoptisten werken op de afdeling oogheelkunde van een ziekenhuis, of in een oogkliniek. Als de huisarts u of uw kind naar de oogarts verwijst, krijgt u vaak ook met een orthoptist te maken. De orthoptist voert dan voor de oogarts een deel van het onderzoek uit. Onderzoek en behandeling door de orthoptist vallen dan onder de vergoeding Medisch specialist.

De orthoptist kan ook zelfstandig werken, in het ziekenhuis of in een eigen praktijk. Dan geldt de vergoeding die u nu leest. U kunt de orthoptist dan rechtstreeks bezoeken, zonder verwijzing.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt zorg door een zelfstandig werkende orthoptist, maar alleen als het gaat om onderzoek en behandeling van de volgende 5 aandoeningen:

- lui oog (amblyopie)
- scheelzien (strabismus)
- dubbelzien (diplopie)
- vermoeide ogen (asthenopie)
- problemen met scherp zien (refractieafwijkingen)

Wilt u voor andere klachten naar de orthoptist, bijvoorbeeld omdat u leesproblemen heeft, of hoofdpijn? Dat kan. De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden orthoptie tot een maximaal bedrag per kalenderjaar. De bedragen staan hierboven.

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor orthoptie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor orthoptie die onder de basisverzekering valt. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

Voor de orthoptist heeft u geen verwijzing nodig

Wilt u (ook) naar de oogarts? Dan moet u wel vooraf een verwijzing hebben. Daarvoor geldt de vergoeding Medisch specialist.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die oogartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Vermeld de indicatie op de rekening

Gaat u naar de zelfstandig werkende orthoptist? Als deze de indicatie op de rekening vermeldt, kunnen wij uw declaratie sneller afhandelen.

● Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zo zelfstandig mogelijk functioneren bij problemen met horen, zien of taal.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De zorg en medisch noodzakelijke opname
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u ernstige problemen met zien of horen? Of met spraak of taal? Zintuiglijk gehandicaptenzorg is de zorg die u helpt om dan zo zelfstandig mogelijk te functioneren.

De zorg kan bestaan uit onderzoek van de beperking, maar kan ook gericht zijn op het opheffen of compenseren ervan, door bijvoorbeeld het aanleren van brailleschrift of gebarentaal. Gezinsleden of verzorgers kunnen bij de behandeling betrokken worden, zodat ook zij bijvoorbeeld gebarentaal kunnen leren. Ook het psychisch leren omgaan met de beperking maakt onderdeel uit van de zorg.

U wordt voor deze zorg meestal niet opgenomen.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg krijgt u van een team van specialisten uit verschillende vakgebieden, bijvoorbeeld een psycholoog, orthopedagoog en een ergotherapeut. We noemen dat multidisciplinair.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de multidisciplinaire zintuiglijk gehandicaptenzorg als u 1 of meer van deze 3 beperkingen heeft:

- u bent doof of slechthorend (een auditieve beperking)
- u bent blind of slechtziend (een visuele beperking)
- u bent jonger dan 23 jaar en heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal (een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis)

Kan de behandeling alleen slagen als u daarvoor tijdelijk wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de opname.

Bent u blind of slechtziend en kunt u zich daardoor niet zonder begeleiding verplaatsen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms [Ziekenvervoer](#).

Hier kunt u terecht

Een instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg. De instelling moet wettelijk toegelaten zijn voor de zorg. Ook moet de instelling een kwaliteitskeurmerk ISO of HKZ hebben.

Een multidisciplinair team verleent de zorg.

Dit wordt niet vergoed

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (bijvoorbeeld een doventolk)
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan volwassen doofblinden en prelinguaal doven¹

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben:

- bij een auditieve of communicatieve beperking moet een medisch specialist of klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum u verwijzen, volgens de richtlijnen van de FENAC²
- bij een visuele beperking moet een medisch specialist u verwijzen, volgens de richtlijnen 'Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing' van het NOG. Volwassenen met een eenvoudige revalidatievraag hebben geen nieuwe verwijzing nodig

Als u na deze eerste verwijzing een nieuwe zorgvraag heeft, zonder dat er iets aan uw aandoening is veranderd, dan kan ook uw huisarts of de jeugdarts verwijzen.

Voor opname moet u vooraf toestemming hebben

Moet u voor de zorg worden opgenomen? Dan moeten wij vooraf toestemming hebben gegeven.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van uw beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Uitleg

1. Prelinguaal doven: Mensen die doof zijn vanaf de geboorte of heel jonge leeftijd, voordat de taalontwikkeling begint
2. FENAC: Federatie van Nederlandse Audiologische Centra

● Logopedie

Hulp bij problemen met de stem of het spreken.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Als er iets misgaat bij een alledaagse bezigheid als spreken, ademen of slikken, kan dat een grote invloed hebben op uw leven. Bij kinderen kan het ook hun ontwikkeling in de weg staan.

De logopedist behandelt problemen die te maken hebben met de stem, spreken en slikken. Bij kinderen en volwassenen. Stotteren is een bekend voorbeeld van zo'n probleem. Maar het kan bijvoorbeeld ook gaan om vaak hees zijn of verslikken, of het niet kunnen uitspreken van bepaalde woorden of klanken. De zorg van een logopedist heet logopedie.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt logopedie met een geneeskundig doel. Dat betekent dat de behandeling te maken moet hebben met het functioneren van bijvoorbeeld uw mondspieren, uw stembanden of de ademhaling.

Hier kunt u terecht

- logopedist

Voor 4 soorten behandelingen kunt u alleen terecht bij een gespecialiseerde logopedist. Deze behandelingen zijn:

- behandeling van stotteren
- behandeling van afasie
- preverbale logopedie
- het Hanen ouderprogramma

U vindt de gespecialiseerde logopedisten in de registers van de [NVLF](#).

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van dyslexie
- behandeling van taalproblemen veroorzaakt door dialect of doordat u een andere moedertaal heeft
- behandeling om onderwijs te ondersteunen
- muziektherapie

Andere vergoedingen

Voor logopedie na ernstige COVID-19 geldt de vergoeding [Voorwaardelijk toegelaten zorg](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor logopedie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor logopedie geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die logopedisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

● **Bril, (contact)lenzen en ooglaseren**

Ziet u niet scherp meer?

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	100% bij medische indicatie, uit vergoeding Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 75 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen
Optifit	€ 150 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen
Topfit	€ 300 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen
Superfit	€ 300 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen

● **Wat u vergoed krijgt**

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt brillenglazen en lenzen alleen als u ze op medische indicatie moet gebruiken, bijvoorbeeld omdat u een oogaandoening heeft. Ze vallen dan onder de vergoeding Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie.

Heeft u geen medische indicatie, maar wel een bril of lenzen nodig vanwege bij- of verziendheid? Of overweegt u ooglaseren?

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden:

- brillenglazen met of zonder montuur
- prismabril¹
- contactlenzen, nachtlenzen, torische lenzen
- geïmplanteerde lenzen
- ooglaserbehandeling
- reparatie van de bril

De brillenglazen en lenzen moeten versterkend zijn of een corrigerende werking hebben.

Er geldt een maximale vergoeding per 2 aansluitende kalenderjaren. Voor de maximale vergoeding telt ieder jaar de vergoeding in het vorige kalenderjaar mee. Wij vergoeden dus nooit meer dan de maximale vergoeding min het bedrag dat u vorig jaar vergoed heeft gekregen. U kunt het volledige vergoedingsbedrag alleen gebruiken als u in het vorige jaar geen vergoeding heeft gehad. De maximale bedragen voor de 2 jaren staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

- bril en contactlenzen: opticien
- ooglaseren en geïmplanteerde lenzen: ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc²)

Dit wordt niet vergoed

- lenzenvloeistof
- los brilmontuur
- brillenkoker en andere accessoires
- oogmeting (refractiemeting) en oogcontrole, aanmeetkosten en aanpassingskosten
- duikbril
- floaterlaseren³

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor een bril, lenzen en ooglaseren betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor een bril, lenzen en ooglaseren geldt geen eigen risico.

• Dit moet u zelf doen

Declareer bij een nieuwe bril montuur en glazen samen

Heeft u een nieuwe bril? Declareer deze dan als één geheel. Een los montuur vergoeden wij namelijk niet.

Zorg dat rekeninggegevens compleet zijn

Dit moet op de rekening voor een bril of (contact)lenzen staan:

- naam en geboortedatum
- soort brillenglazen of (contact)lenzen
- correctie of sterkte
- gegevens van het montuur
- bedrag van de brillenglazen, (contact)lenzen en het montuur
- als u korting krijgt: voor welke onderdelen die geldt

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Uitleg

1. Prismabril: Een bril tegen dubbelzien
2. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. Floaterlaseren: Laseren tegen vlekken die u ziet zweven

● Stottertherapie

Komt u door stotteren niet uit uw woorden?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 350 voor hele looptijd verzekering Max.
Optifit	€ 500 voor hele looptijd verzekering Max.
Topfit	100%
Superfit	100%

● Wat u vergoed krijgt

Bij stotteren praat u niet vloeiend. U herhaalt klanken of woorden, of blokkeert aan het begin van een woord. Met stottertherapie is daar vaak wat aan doen. Voorbeelden van stottertherapie zijn de Del Ferro methode, het McGuire programma en de BOMA-methode.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden stottertherapie. Voor Benfit en Optifit geldt een maximale vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- instituut voor stottertherapie

Dit wordt niet vergoed

- overnachting
- maaltijden tijdens de therapie

Andere vergoedingen

U kunt ook naar een logopedist gaan als u stottert. Dan geldt de vergoeding [Logopedie](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor stottertherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor stottertherapie geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

- U heeft geen verwijzing nodig**

- U kunt rechtstreeks naar het instituut gaan.

- **Goed om te weten**

- De algemene regels zijn altijd van toepassing**

- De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

● Hulpmiddelen

Heeft u hulpmiddelen nodig voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	<ul style="list-style-type: none">• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding• soms betaalt u een eigen bijdrage <p>Volgens de vergoedingen Hulpmiddelen basisverzekering</p>
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250, voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 500, voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 1.000, voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Hulpmiddelen helpen om het dagelijkse leven met een ziekte of een aandoening makkelijker te maken. Of helpen u om (langer) thuis te blijven wonen. Er zijn veel soorten hulpmiddelen, en ook verschillende manieren waarop u ze vergoed krijgt. Voor sommige hulpmiddelen moet u bijvoorbeeld naar de gemeente, of naar het zorgkantoor.

De vergoeding die u nu leest, gaat over hulpmiddelen die onder de **Vrije Keuze Basisverzekering** vallen. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt hulpmiddelen en verbandmiddelen die nodig zijn als u herstelt van een ziekte of aandoening, of met een ziekte of aandoening moet leven. Welke (groepen van) hulpmiddelen dat zijn staat hieronder, bij 'Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering'. In de vergoeding van die hulpmiddelen staat in waar u recht op heeft en wat de voorwaarden zijn. Bijvoorbeeld of u een voorschrift nodig heeft, of vooraf toestemming moet vragen. En hoe het zit met het eigen risico en de eigen bijdrage.

Voor deze hulpmiddelen zijn altijd de basisregels hulpmiddelen van toepassing. Daar staat bijvoorbeeld in dat u hulpmiddelen zorgvuldig moet gebruiken en onderhouden. En hoe het zit met vervanging, reparatie en onderhoud.

Staat in de vergoeding dat u voor het hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt? De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden de eigen bijdrage. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat bovenaan deze vergoeding.

Hulpmiddelen

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

- Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers
- Borstprothesen
- Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
- CPAP-apparatuur
- Daisyspelers
- Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders
- Hulphonden
- Hulpmiddelen bij diabetes
- Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)
- Hulpmiddelen bij problemen met ademen
- Hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting
- Hulpmiddelen bij problemen met horen
- Hulpmiddelen bij problemen met spreken
- Hulpmiddelen bij problemen met zien
- Hulpmiddelen bij trombose
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed
- Hulpmiddelen bij Anticonceptie
- Hulpmiddelen voor voeding
- Incontinentiemateriaal
- Infuus pomp voor geneesmiddelen
- Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen
- Kappen voor schedelbescherming
- Kortdurende uitleen
- MRA
- Orthesen
- Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen
- Persoonsalarmering
- Prothesen
- Pruik
- Steunkousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen
- Verbandmiddelen
- Verbandschoenen
- Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse
- Zuurstofapparatuur

Andere vergoedingen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de hulpmiddelen hierboven. Er zijn ook hulpmiddelen die (gedeeltelijk) door de aanvullende verzekeringen worden vergoed. Daarvoor gelden de basisregels hulpmiddelen niet.

Hulpmiddelen

- [Bevalling-TENS](#)
- [Bril, \(contact\)lenzen en ooglaseren](#)
- [Eenvoudige loophulpmiddelen](#)
- [Plaswekker](#)
- [Steunpessarium](#)
- [steunzolen: uit vergoeding Voetzorg](#)
- [verbandmiddelen voor huidaandoening of wond](#)

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Soms wordt het hulpmiddel vergoed via het ziekenhuis

Is het hulpmiddel onderdeel van een behandeling door de medisch specialist? Of wordt het geïmplantéerd? Dan valt het hulpmiddel onder de vergoeding [Medisch specialist](#). Wij vergoeden het dan niet apart.

De overheid heeft een handig overzicht van hulpmiddelen

Dit is de [hulpmiddelenwijzer](#). Heeft u toch nog vragen? Ons [Service Center](#) helpt u verder.

● Steunpessarium

Een oplossing voor bekkenbodemp Problemen bij de vrouw.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	100%
Optifit	100%
Topfit	100%
Superfit	100%

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u bekkenbodempklachten, bijvoorbeeld een verzakking van uw blaas of baarmoeder? Een steunpessarium kan verlichting geven of uw klachten verhelpen.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden de kosten van een steunpessarium, als de huisarts het plaatst.

Hier kunt u terecht

Het steunpessarium haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

U laat het plaatsen bij:

- huisarts

Gaat u voor ernstige klachten naar het ziekenhuis? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor het steunpessarium betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor het steunpessarium geldt geen eigen risico.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● Acnebehandeling

De juiste behandeling bij acne. Of bij littekens van genezen acne.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 150, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 200, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 300, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 400, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 500, alle leeftijden Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Acne is een ontsteking van de talgklieren in het gezicht, op de borst of op de rug. Als u er vaak of lang last van heeft, kan de huisarts u ervoor behandelen, of u doorverwijzen naar een huidarts (dermatoloog).

De huidarts kan acnebehandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voorschrijven. U blijft dan (als dat nodig is) onder behandeling bij de huidarts en gaat daarnaast naar de huidtherapeut of de schoonheidsspecialist. Die bekijkt welke soort acne u heeft en welke behandeling nodig is.

De aanvullende verzekeringen vergoeden de behandeling van actieve acne en van littekens van genezen acne. De vergoeding geldt tot 21 jaar, behalve bij Superfit. Die vergoedt de zorg ook vanaf 21 jaar. Startfit en hoger hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

- huidtherapeut¹
- schoonheidsspecialist²

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor acnebehandeling betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor acnebehandeling geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift van uw huidarts (dermatoloog) hebben

Stuur het voorschrift mee met uw eerste declaratie.

De aandoening en agb-code moeten op de rekening staan

Op de rekening moet staan dat u de behandeling krijgt voor acne of littekens van acne. En wat de agb-code van uw huidtherapeut of schoonheidsspecialist is.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Uitleg

1. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en een actieve agb-code hebben
2. Schoonheidsspecialist: Deze moet lid zijn van de ANBOS en een actieve agb-code hebben

● Camouflage-instructie

Leren om een ontsierende huidafwijking te verbergen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	€ 70 voor 2 instructielessen Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 70 voor 2 instructielessen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 120 voor 2 instructielessen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 120 voor 2 instructielessen Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Als u littekens of huidvlekken in uw gezicht of hals heeft, wilt u die misschien met professionele cosmetica verbergen. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist kan u leren hoe dat gaat. We noemen dat camouflage-instructie. U bespreekt samen welke producten u het beste kunt gebruiken, en u oefent hoe u die aanbrengt, fixeert en verwijdert.

Heeft u een ernstig ontsierende huidafwijking in uw gezicht of hals? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Benefit en hoger camouflage-instructie. Topfit en Superfit vergoeden camouflage-instructie ook als daarvoor een andere medische reden bestaat.

Benefit en Optifit vergoeden maximaal € 70 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden maximaal € 120 per kalenderjaar. Wij vergoeden maximaal 2 instructielessen per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

- huidtherapeut¹
- schoonheidsspecialist²

Dit wordt niet vergoed

- schoonheidsbehandeling
- camouflageproducten voor thuis

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor camouflage-instructie betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor camouflage-instructie geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

De agb-code moet op de rekening staan

Op de rekening moet staan wat de agb-code van uw huidtherapeut of schoonheidsspecialist is.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Uitleg

1. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en een actieve agb-code hebben
2. Schoonheidsspecialist: Deze moet lid zijn van de ANBOS en een actieve agb-code hebben

● Elektrische epilatie en laserbehandeling

Een oplossing voor overbeharing in het gezicht.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 350 voor hele looptijd verzekering Max.
Optifit	€ 750 voor hele looptijd verzekering Max.
Topfit	€ 1.500 voor hele looptijd verzekering Max.
Superfit	€ 2.000 voor hele looptijd verzekering Max.

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u in uw gezicht last van meer dan gewone (dus overmatige) haargroei? Dit kan bijvoorbeeld komen door de aandoeningen hirsutisme of hypertrichose. U heeft dan haar, waar andere mensen dat niet hebben. Of opvallend veel haargroei.

Met elektrische epilatie of laserbehandeling kunt u het haar weg laten halen. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden elektrische epilatie en laserbehandeling.

Er geldt een maximale vergoeding. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar.

Hier kunt u terecht

- huidtherapeut¹
- schoonheidsspecialist²
- medisch specialist³

Dit wordt niet vergoed

- weghalen van haar op de hals of andere lichaamsdelen
- weghalen van haar bij 'gewone' haargroei

Andere vergoedingen

Voor transgender vrouwen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms epilatie of laserbehandeling van gezichts- en halsbeharing. Dit valt onder de vergoeding [Plastische chirurgie](#). U heeft dan vooraf toestemming van ons nodig.

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor elektrische epilatie en laserbehandeling betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor elektrische epilatie en laserbehandeling geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

Op de rekening moet het behandeld gebied en de agb-code staan

Wij vergoeden alleen behandeling van het gezicht. Welk gebied behandeld is moet daarom op de rekening staan. En wat de agb-code van uw arts of behandelaar is.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Uitleg

1. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en een actieve agb-code hebben
2. Schoonheidsspecialist: Deze moet lid zijn van de ANBOS en een actieve agb-code hebben
3. Medisch specialist: Deze moet een actieve agb-code hebben

● Psoriasisdagbehandeling

Psoriasis is nog niet te genezen. Wel kunnen de symptomen behandeld worden.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% uit vergoeding Medisch specialist
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 500 Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

● Wat u vergoed krijgt

Psoriasis is een chronische huidziekte die pijn en jeuk geeft. Voor behandeling ervan gaat u naar de huisarts of de Medisch specialist. De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt die zorg.

Om die behandeling te ondersteunen kunt u naar een psoriasisdagbehandelingscentrum gaan. Daar krijgt u bijvoorbeeld extra of andere lichttherapie of badtherapie.

De **aanvullende verzekering** Optifit vergoedt die zorg tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- psoriasisdagbehandelingscentrum

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor psoriasisdagbehandeling betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor psoriasisdagbehandeling uit de basisverzekering geldt het eigen risico. Voor psoriasisdagbehandeling uit de aanvullende verzekering geldt het eigen risico niet.

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben van uw arts

Wij kunnen dit voorschrift bij u of bij uw zorgverlener opvragen.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● Ambulancevervoer

Bij levensgevaar belt u alarmnummer 112 voor een ambulance.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Tot 200 km
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Ambulancevervoer is medisch noodzakelijk vervoer per ambulance-auto. Vaak gaat het om spoedeisend vervoer bij bijvoorbeeld een ongeval of een hartinfarct. Maar de ambulance kan ook ingezet worden als er geen spoed is. Bijvoorbeeld om u van een ziekenhuis naar een verpleeghuis te brengen als u alleen liggend vervoerd mag worden.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ambulancevervoer over een reisafstand van maximaal 200 kilometer (enkele reis) als gebruik van openbaar vervoer, taxi of eigen auto medisch onverantwoord is. In bepaalde gevallen, zoals bij een ongeval, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook vervoer door een (trauma)helikopter.

Het moet gaan om vervoer in de volgende situaties:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg krijgt uit de Vrije Keuze Basisverzekering
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of een instelling, als u daar vanuit de Wlz onderzoek of behandeling krijgt. Onder behandeling valt ook het aanmeten en passen van een prothese
- als u jonger bent dan 18 jaar: naar een zorgverlener of instelling voor geestelijke gezondheidszorg waar u zorg krijgt uit de Jeugdwet

In al deze situaties vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering, zo nodig, ook het vervoer terug naar uw huis. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kan krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

Dit wordt niet vergoed

- ambulancevervoer naar dagbesteding of dagbehandeling in een Wlz-instelling

Andere vergoedingen

Kunt u niet zelfstandig reizen, maar is vervoer met de ambulance niet nodig? In sommige gevallen wordt Ziekenvervoer vergoed.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor ambulancevervoer betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor ambulancevervoer geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

Bij meer dan 200 kilometer of een afwijkend vervoermiddel moet u toestemming vragen

Moet u, in een niet-spoedeisende situatie, over een grotere afstand dan 200 kilometer vervoerd worden? Of moet een ander vervoermiddel worden ingezet? Wij kunnen daar in bijzondere gevallen toestemming voor geven. U of de behandelend arts moet vooraf toestemming vragen met een toelichting over de noodzaak voor ambulancevervoer. In spoedeisende situaties is geen toestemming vooraf nodig.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● Ziekenvervoer

Mag ik met de taxi naar het ziekenhuis?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde situaties, u betaalt meestal een eigen bijdrage van € 118 Met openbaar vervoer, auto of taxi
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Eigen bijdrage
Superfit	Eigen bijdrage Ziekenvervoer bij operatie in dagbehandeling Vervoer bij ziekenhuisopname en ontslag Met auto of taxi
OntzorgPlus	Eigen bijdrage Ziekenvervoer naar ziekenhuis vanaf binnen 1 jaar na het ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening Met auto of taxi
Zorgplan	Ziekenvervoer bij operatie in dagbehandeling Vervoer bij ziekenhuisopname en ontslag Met auto of taxi

● Wat u vergoed krijgt

Soms heeft u recht op vergoeding van vervoerskosten naar het ziekenhuis. Bijvoorbeeld als u in een rolstoel zit of zeer slechtziend bent. Of als u een bepaalde behandeling krijgt. U krijgt dan ziekenvervoer. Per auto, taxi of openbaar vervoer waarbij u tijdens het vervoer geen zorg nodig heeft. Zoals dat wel het geval is bij ambulancevervoer. Eerder noemden we dit zittend ziekenvervoer.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt ziekenvervoer in 7 specifieke situaties. U betaalt meestal een eigen bijdrage. En soms kunt u kiezen voor logeren in plaats van heen en weer reizen. Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering dat.

De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden de eigen bijdrage. Superfit, Zorgplan en OntzorgPlus vergoeden soms ziekenvervoer in extra situaties. Kiezen voor logeren in plaats van vervoer kan dan niet.

Wij zetten het voor u op een rij.

Ziekenvervoer in de basisverzekering

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ziekenvervoer als minimaal 1 van de volgende situaties voor u geldt:

- u krijgt nierdialyse
- u krijgt behandeling met chemotherapie, immuuntherapie of bestraling (radiotherapie) bij kanker (oncologische behandeling)
- u kunt zich alleen in een rolstoel verplaatsen
- u heeft een blijvend beperkt gezichtsvermogen waardoor u zich niet zonder begeleiding verplaatsen
- u bent jonger dan 18 jaar en u heeft intensieve kindzorg¹
- u krijgt geriatrische revalidatiezorg
- u krijgt dagbehandeling in een groep als onderdeel van een zorgprogramma bij Geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen (gzsp)

Zijn deze situaties niet op u van toepassing, maar heeft u door een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd ziekenvervoer nodig? Dan is soms vergoeding mogelijk op grond van de zogenoemde hardheidsclausule. Dit hangt af van hoe vaak u moet reizen en van de reisafstand. Om te beoordelen of u volgens de hardheidsclausule recht heeft op ziekenvervoer gebruiken we de volgende formule:

$(\text{aantal maanden}) \times (\text{aantal keren per week}) \times (\text{aantal weken per maand}) \times (\text{aantal km enkele reis}) \times 0,25$
(wegingsfactor)

Is de uitkomst gelijk aan of groter dan 250 dan bestaat recht op ziekenvervoer. U moet wel vooraf toestemming van ons hebben. Denkt u dat dit voor u geldt of wilt u dat wij het voor u uitrekenen? Neem dan contact met ons op.

In alle situaties hierboven vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering het vervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg krijgt die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt (bij nierdialyse en oncologische behandeling: voor de behandeling zelf en de afspraken die daarbij horen, zoals consulten, onderzoeken en controles, nadat de diagnose is gesteld en het behandelplan is opgesteld)
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of een instelling als u daar onderzoek of behandeling krijgt die de Wlz vergoedt. Onder behandeling valt ook het aanmeten en passen van een prothese

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook het vervoer terug naar huis. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kan krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

De reisafstand mag maximaal 200 kilometer zijn (enkele reis). Langere afstanden vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet. Behalve als u van ons toestemming heeft gekregen voor een behandeling die verder weg is dan 200 kilometer. Dan vergoeden wij het vervoer over de langere afstand.

Ook vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering het vervoer van een begeleider bij een kind jonger dan 16 jaar. En boven die leeftijd, als begeleiding noodzakelijk is. Zijn er 2 begeleiders nodig? Dan vergoeden wij dat alleen als wij daarvoor vooraf toestemming hebben gegeven.

De vergoeding van de Vrije Keuze Basisverzekering is:

- auto: € 0,38 per kilometer
- openbaar vervoer: volledig, op basis van 2e klasse
- (rolstoel)taxi: volledig

Logeren (basisverzekering)

Als u vaak heen en weer moet reizen, kan dat belastend zijn. Dan kunt u ons vragen om logeren te vergoeden in plaats van het ziekenvervoer heen en terug.

De basisverzekering² vergoedt logeren in plaats van ziekenvervoer als:

- de Vrije Keuze Basisverzekering het vervoer zou vergoeden, en
- u 3 of meer dagen achter elkaar naar uw zorgverlener toe moet voor consult, controle of behandeling

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal € 89 per betaalde overnachting in de buurt van uw ziekenhuis of van de praktijk van uw zorgverlener. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook uw vervoer van uw huis naar uw logeerverblijf en terug. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kan krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

De eigen bijdrage

Vergoedt de basisverzekering uw ziekenvervoer? Dan betaalt u wel een eigen bijdrage van € 118 per kalenderjaar. Gaat u logeren? Dan geldt de eigen bijdrage alleen voor de heen- en terugreis. En niet voor het logeren zelf. De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden deze eigen bijdrage. OntzorgPlus soms ook.

Ziekenvervoer in de aanvullende verzekering

Vergoedt de basisverzekering uw vervoer niet? De aanvullende verzekeringen Superfit, Zorgplan en OntzorgPlus vergoeden soms ziekenvervoer binnen Nederland.

Superfit en Zorgplan vergoeden ziekenvervoer naar een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc³) en terug, als:

- u om medische redenen niet met het openbaar vervoer kunt reizen, en
- u een operatie ondergaat met dagopname⁴, en
- de basisverzekering deze operatie vergoedt

Superfit en Zorgplan vergoeden ook het vervoer zonder medische noodzaak bij uw opname in en uw ontslag uit een Nederlands ziekenhuis.

OntzorgPlus vergoedt ziekenvervoer soms ook. Dat staat in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus.

De vergoeding van de aanvullende verzekeringen is:

- auto: € 0,27 per kilometer
- taxi: volledig

Dit wordt niet vergoed

- parkeerkosten en andere bijkomende kosten
- vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen of blijft logeren en de begeleider alleen terugreist
- vervoer als u voor dagbesteding of dagbehandeling naar een Wlz-instelling gaat
- bij logeren: (extra) kosten voor overnachting(en) van een begeleider
- bij logeren: kosten voor maaltijden en andere extra kosten

Andere vergoedingen

Bent u donor en staat u een orgaan of weefsel af aan iemand anders? Dan geldt de regeling voor vervoer bij Orgaantransplantatie.

Moet u tijdelijk in de buurt van een gespecialiseerd ziekenhuis overnachten, omdat u een hoog risico loopt die gespecialiseerde zorg direct nodig te hebben? Dan geldt de vergoeding Ziekenhuisopname.

Bent u opgenomen in een ggz-instelling en maakt dagbesteding onderdeel uit van de behandeling? Dan valt het vervoer naar de dagbesteding onder die vergoeding.

Ligt een gezinslid in het ziekenhuis? Voor logeren bij het ziekenhuis geldt de vergoeding Verblijf in een logeerhuis.

● Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor ziekenvervoer uit de Vrije Keuze Basisverzekering betaalt u de eigen bijdrage van € 118 per kalenderjaar. Of bij logeren: voor vervoer heen en terug. Voor het logeren zelf betaalt u geen wettelijke eigen bijdrage. Maar let op de maximale vergoeding per dag voor logeren. Alles daarboven betaalt u zelf.

U betaalt die eigen bijdrage niet in de volgende situaties:

- als u tussen 2 instellingen vervoerd moet worden tijdens een opname die de Vrije Keuze Basisverzekering of de Wlz vergoedt
- als u in een Wlz-instelling opgenomen bent en voor specialistisch onderzoek of specialistische behandeling, die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt, naar een zorgverlener moet
- als u met een Wlz-indicatie opgenomen bent en voor een tandheelkundige behandeling, die de Wlz vergoedt, naar een zorgverlener moet

Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor ziekenvervoer en logeren dat onder de basisverzekering valt. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Hoe dat werkt staat bij toestemming vragen voor ziekenvervoer. U kunt zo ook toestemming vragen voor logeren, vervoer over een grotere afstand dan 200 kilometer, vervoer met een ander vervoermiddel of met een (extra) begeleider.

Regel het taxivervoer via Transvision

Kiest u voor reizen per taxi? Maak het uzelf makkelijk en kies voor de service van Transvision. Transvision regelt het taxivervoer voor u en declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Heeft u al toestemming van ons? Dan kunt u rechtstreeks contact opnemen met Transvision voor het reserveren van uw ritten. Zorg dat u dit minstens 24 uur van te voren doet. Dat hoeft niet als het spoed heeft. Transvision is bereikbaar van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer 0900 333 33 30. Na de telefonische intake met Transvision kunt u ook online ritten boeken via hun reserveringstool.

Heeft u nog geen toestemming? Vraag dit dan eerst bij ons aan.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

We gaan voor autovervoer uit van de optimale route

Het aantal kilometers berekenen wij met Google Maps. Wij vergoeden alleen de kilometers waarbij u zelf passagier bent.

Declareer met het declaratieformulier ziekenvervoer

Wilt u ziekenvervoerskosten declareren? Gebruik het [declaratieformulier ziekenvervoer](#). Op het formulier staat wat u moet meesturen.

OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

De [uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus](#) bepalen uw vergoeding.

Uitleg

1. Intensieve kindzorg: Dat betekent: u heeft verpleging en verzorging nodig door complexe lichamelijke problemen of een lichamelijke handicap. U heeft ook continu toezicht nodig, of er moet altijd verpleegkundige zorg dichtbij zijn
2. Basisverzekering: Bij de aanvullende verzekeringen kunt u niet kiezen voor logeren
3. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
4. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

● Buitenland: spoedeisende zorg

Als u onverwachts zorg nodig heeft in het buitenland.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Superfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering + Zorg volgens vergoedingen Superfit <ul style="list-style-type: none">• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief• Zorg die onder Superfit valt, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief• Geregistreerde geneesmiddelen• Niet-geneesmiddelen, max. € 350 per kalenderjaar• Ziekenvervoer naar de zorgverlener
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Werldfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering <ul style="list-style-type: none">• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief• Geregistreerde geneesmiddelen• Niet-geneesmiddelen, max. € 250 per kalenderjaar• Ziekenvervoer naar de zorgverlener

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of een plotselinge ziekte? Dat is spoedeisende zorg, dus zorg die u onverwachts nodig heeft en meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Zodat u uw reis of verblijf niet hoeft af te breken.

Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering?

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u die zorg met spoed in het buitenland krijgt. Er gelden 2 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding

Of: vergoeding volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt. Door gebruik te maken van uw Europese zorgpas (EHIC) of een Verdragsformulier 111.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

Wereldfit en Superfit vullen voor spoedeisende zorg in het buitenland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. Maar alleen als de zorg voor uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat het om een vergoeding uit uw aanvullende (tand)verzekering? Bijvoorbeeld de vergoeding voor fysiotherapie? Deze gelden ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden als in Nederland. De aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Hier kunt u terecht

Een zorgverlener die in de door de overheid gebruikte registers staat in het land waar u de behandeling krijgt. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan in dat land, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)

Andere vergoedingen

Voor zorg waarvan u al wist dat u die moest krijgen, en zorg die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg.

● **Wat u zelf betaalt**

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook in het buitenland. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u die zorg in het buitenland krijgt. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

Neem contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan moet u zo spoedig mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Doet u dat niet, dan kan dat gevolgen hebben voor de vergoeding.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven niet alle voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

U geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de behandeling of repatriëring.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

● Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland <ul style="list-style-type: none">• Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)• Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)• Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis

● Wat u vergoed krijgt

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. De vergoeding die u nu leest gaat over zorg die gepland kan worden, die dus niet meteen nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering?

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg naar het buitenland gaat. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
3. voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland boven het Nederlands tarief in 2 situaties. Als u zorg nodig heeft die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maar:

1. u daar gezien uw medische situatie te lang op zou moeten wachten, of
2. u die zorg in Nederland niet kunt krijgen

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is in die situaties soms vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u de behandeling wilt ondergaan.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

Wereldfit en Superfit vullen voor Ziekenhuiszorg in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van dat land. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat u voor ziekenhuiszorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland dan België of Duitsland? Dan vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (de vergoedingen van de basisverzekering maakt hiervan deel uit). Die vergoeding geldt ook voor andere zorg uit de basisverzekering.

Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen. Alleen Superfit vergoedt maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoedingen als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

Andere vergoedingen

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

● Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Valt de zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift moet hebben, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor zorg in het buitenland moet u vooraf [toestemming](#) van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor zorg met opname of dagopname¹
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De [uitgebreide voorwaarden Wereldfit](#) bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een [second opinion](#) door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

● Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Als u tijdens uw reis geen infectieziekten wilt oplopen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 75 voor 11 ziekerisico's Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 75 voor 11 ziekerisico's Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 100 voor 11 ziekerisico's Max. per kalenderjaar
Topfit	100% (alle ziekerisico's)
Superfit	100% (alle ziekerisico's)

● Wat u vergoed krijgt

In sommige landen loopt u extra risico op infectieziekten, bijvoorbeeld hepatitis of malaria. U kunt zich hiertegen laten vaccineren, of (meestal tegen malaria) medicijnen slikken.

In het buitenland komen de volgende infectieziekten veel voor:

- hepatitis A en B
- difterie, tetanus en polio (dtp)
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningokokken
- rabiës
- malaria

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger vergoeden consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen (zoals malariatabletten) voor deze 11 infectieziekten. Startfit, Benfit en Optifit vergoeden tot een maximumbedrag per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden de consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen volledig. Dat kunnen ook vaccinaties tegen andere 'buitenlandse' infectieziekten zijn die het [LCR](#) (Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering) aanraadt.

Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- [GGD](#)
- [thuisvaccinatie.nl](#)
- vaccinatiecentrum

Dit wordt niet vergoed

- het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- extra kosten voor een consult of vaccinatie aan huis
- andere middelen die aangeraden worden bij een reis naar het buitenland, zoals DEET en ORS (middel tegen uitdroging bij diarree of braken)

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen geldt geen eigen risico.

● Dit moet u zelf doen

Voor preventieve geneesmiddelen en vaccins die u zelf bij de apotheek haalt, moet u een voorschrift (recept) hebben

Krijgt u bijvoorbeeld malariatabletten, of vraagt de zorgverlener u om een vaccin zelf te halen? Wij vergoeden deze alleen als ze zijn voorgeschreven door een arts, en geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● Vergoeding in bijzondere gevallen

Vergoeding in bijzondere gevallen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Na onze toestemming In onze beslissing staat wat u vergoed krijgt
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

De Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden de zorg die in de vergoedingen staat.

In bijzondere gevallen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook andere zorg. Dat moet dan zorg zijn die normaal gesproken een zelfde of beter resultaat zal geven dan de zorg die bij vergoedingen staat. U moet ons altijd vooraf toestemming vragen. En het mag niet gaan om zorg die volgens de wet niet wordt vergoed, of om zorg die nooit verzekerd is.

Een voorbeeld. Bij vergoedingen staat dat wij een bepaalde operatie vergoeden. Maar bij u kan datzelfde resultaat bereikt worden zonder operatie, door een behandeling die niet bij vergoedingen staat. U kunt ons dan vragen die andere behandeling te vergoeden.

De ZorgConsulent kan u meer vertellen over wat wel en niet mogelijk is.

Besluit u daarna om toestemming te vragen? Dan laten wij u zo snel mogelijk onze beslissing weten. Daarin staat welke zorg wij voor u zullen vergoeden en wat de voorwaarden zijn.

● Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor deze zorg kan een eigen bijdrage gelden. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Voor deze zorg kan het eigen risico gelden. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Vraag de toestemming aan voordat u met de behandeling begint.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wacht eerst onze beslissing af

Wij geven in principe geen toestemming als u de zorg al (voor een deel) heeft gekregen.

● Verhaalsbijstand bij letselschade

Heeft u persoonlijke kosten door een ongeval?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval
Benfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval
Optifit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval
Topfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval
Superfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval
OntzorgPlus	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval

● Wat u vergoed krijgt

Ook na een ongeval gelden de 'gewone' vergoedingen van de Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen. Maar soms krijgt u niet alle kosten vergoed. Bijvoorbeeld omdat u eigen risico of een eigen bijdrage betaalt. Of omdat u inkomsten misloopt. Misschien wilt u smartengeld.

U kunt dan uw rechtsbijstandverzekering inschakelen. Heeft u die niet? Dan bieden wij een verhaalsbijstand-service voor die kosten die u zelf betaalt, gemiste inkomsten en smartengeld. Een door ons ingeschakelde advocaat of schaderegelaar probeert dan uw schade te verhalen op (de verzekering van) de persoon die aansprakelijk is.

In de regels verhaalsbijstand-service staat wat de service inhoudt.

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger, en OntzorgPlus vergoeden de verhaalsbijstand-service die wij voor u regelen tot maximaal € 12.500 per ongeval. Kosten van een rechtszaak vallen daar ook onder.

Heeft u alleen een Vrije Keuze Basisverzekering? Dan kunnen wij informatie geven over het verhalen van schade.

Dit wordt niet vergoed

- kosten die u zelf maakt buiten de verhaalsbijstand-service om

Heeft u nog vragen?

Neem dan contact op met onze afdeling Verhaalszaken. Dit kan telefonisch op 030 639 62 64 of via het e-mailadres verhaalszaken@onvz.nl. Wij helpen u graag.

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor verhaalsbijstand bij letselschade betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor verhaalsbijstand bij letselschade geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

Geef het ons door als medische kosten met een ongeval te maken hebben

Zo kunnen wij nagaan of iemand anders voor die kosten aansprakelijk is. Kruis het vakje 'ongeval' aan als u declareert. Of stuur ons een ingevuld [vragenformulier verhaalszaken](#) als u weet dat het ziekenhuis of een andere zorgverlener rechtstreeks bij ons gaat declareren.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat u moet meewerken als wij zorgkosten bij een aansprakelijke persoon of de (reis)verzekeraar willen terugvragen.

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

De [uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus](#) bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

Wereldfit vergoedingen

● Inhoudsopgave

Wereldfit vergoedingen	246
Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland	246
Wereldfit: repatriëring	248
Wereldfit: eerder terugkeren	250
Wereldfit: vergoeding bij overlijden	252
Wereldfit: vervangende chauffeur	254

● Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland

Als u naar het ziekenhuis gaat in België of Duitsland.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief, uit vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis

● Wat u vergoed krijgt

Voor medisch-specialistische zorg krijgt u van de huisarts een verwijzing naar de medisch specialist¹. In Nederland geldt dan de vergoeding Medisch specialist. Bijna altijd vergoedt de basisverzekering die zorg.

Gaat u voor medisch-specialistische zorg naar het buitenland? Dan geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg. De **basisverzekering** vergoedt dan tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, betaalt u dus een deel zelf.

De **aanvullende verzekeringen** Wereldfit en Superfit vullen de vergoeding van de basisverzekering voor ziekenhuiszorg in België of Duitsland aan. Tot het wettelijke of marktconforme tarief van dat land. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Waar kunt u terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor ziekenhuiszorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Bijvoorbeeld dat u vooraf een verwijzing nodig heeft. U vindt de voorwaarden via de vergoeding Medisch specialist.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken
- vervoer naar het ziekenhuis of terug naar huis
- eigen risico dat u moet betalen

Andere vergoedingen

Superfit en Zorgplan hebben vergoedingen voor extra luxe en comfort tijdens een ziekenhuisopname en voor extra service voor en na een ziekenhuisopname. Die gelden soms ook voor België en Duitsland.

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u naar België of Duitsland gaat. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt dat ook als u naar België of Duitsland gaat. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

U moet toestemming hebben in de volgende situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben
- voor zorg met opname of dagopname²

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in België of Duitsland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg zoals medisch specialisten die normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
2. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

● **Wereldfit: repatriëring**

Als u na ongeval of ziekte ergens anders heen gebracht moet worden.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel Overkomst bezoeker Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal voor: <ul style="list-style-type: none">• Repatriëring bij medische noodzaak• Verblijf, als repatriëring nog niet kan• Vervoer en verblijf voor 1 persoon die naar u toe komt• Extra kosten ander vervoer(middel)
Wereldfit	Repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel Overkomst bezoeker Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal voor: <ul style="list-style-type: none">• Repatriëring bij medische noodzaak• Verblijf, als repatriëring nog niet kan• Vervoer en verblijf voor 1 persoon die naar u toe komt• Extra kosten ander vervoer(middel)

● **Wat u vergoed krijgt**

Wordt u tijdens een reis ernstig ziek, of heeft u ernstig letsel door een ongeval? Dan geldt voor de medische zorg die u nodig heeft de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Het kan zijn dat onze alarmcentrale Zorgassistance beoordeelt dat er een medische noodzaak is om u naar een Nederlands ziekenhuis te vervoeren voor bijvoorbeeld (vervolg)behandeling of voor verder herstel. Dat noemen we repatriëring. De aanvullende verzekeringen Wereldfit en Superfit vergoeden deze medisch noodzakelijke repatriëring.

Wereldfit en Superfit vergoeden:

- vervoer naar een door onze alarmcentrale Zorgassistance bepaald land, met de medische begeleiding die daarbij nodig is
- extra kosten van verblijf, als u wel vervoerd moet worden maar dat nog niet kan
- 1 keer vervoer en verblijf voor 1 persoon, als iemand u tijdens die periode komt bezoeken

Wereldfit vergoedingen

Kunt u naar huis terug, maar kan dat door de ziekte of het letsel niet met het geplande vervoer(middel)? Dan vergoeden Wereldfit en Superfit de extra vervoerskosten.

Er gelden maximale vergoedingen. Voor vervoer zijn dat: auto € 0,27 per kilometer, vliegticket economy class. En voor verblijf: € 150 per dag.

- **Wat u zelf betaalt**

- **Geen eigen bijdrage**

- Voor repatriëring betaalt u geen eigen bijdrage.

- **Geen eigen risico**

- Voor repatriëring geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

- **U moet contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt**

- Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

- **Goed om te weten**

- **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

- De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

- **Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit**

- Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

- **Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf**

- Als u vervoer en verblijf zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.

● **Wereldfit: eerder terugkeren**

Bij ziekte of ongeval onderweg, of ernstige omstandigheden thuis.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Extra kosten vervoer en (in buitenland) verblijf als u onverwacht terug naar huis moet Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal bij ziekte of overlijden reisgenoten of familie thuis, bij schade aan woning of bedrijf • in woonland alleen vervoer (max. € 500)
Wereldfit	Extra kosten vervoer en (in buitenland) verblijf, als u onverwacht terug naar huis moet Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal bij ziekte of overlijden reisgenoten of familie thuis, bij schade aan woning of bedrijf • in woonland alleen vervoer (max. € 500)

● **Wat u vergoed krijgt**

Moet u tijdens een reis onverwacht terug naar huis? De aanvullende verzekeringen Superfit en Wereldfit vergoeden dan de extra kosten van vervoer en verblijf, als u vanuit het buitenland eerder moet terugkeren.

Deze vergoeding geldt in de volgende situaties:

- u kunt de geplande bestemming niet bereiken doordat u of een reisgenoot¹ ziek wordt of een ongeval krijgt
- een reisgenoot wordt ernstig ziek of raakt ernstig gewond door een ongeval
- een reisgenoot overlijdt
- een familielid² of huisgenoot blijkt ernstig ziek, heeft een ernstig ongeval gehad of is overleden
- er is ernstige schade aan uw woning, de inboedel of uw bedrijf

Wilt u nadat u thuis bent geweest de geplande reis voortzetten? Dan vergoeden wij binnen de oorspronkelijke reisduur ook de (terug)reis naar de geplande bestemming.

Er gelden maximale vergoedingen. Voor vervoer zijn dat: auto € 0,27 per kilometer, vliegreis economy class. En voor verblijf: € 150 per dag. Bent u in uw woonland op reis? Dan vergoeden wij alleen de extra kosten van vervoer, met een maximum van € 500 per gebeurtenis.

Wereldfit vergoedingen

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze diensten betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor deze diensten geldt geen eigen risico.

● Dit moet u zelf doen

U moet contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf

Als u in het buitenland zelf vervoer en verblijf regelt, krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed. U mag vervoer in uw woonland zelf regelen.

Uitleg

1. Reisgenoot: De persoon met wie u samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland en waarmee u voorafgaand aan vertrek al een familiale, vriendschappelijke of zakelijke band had
2. Familielid: Familielid in de 1e of 2e graad - 1e graad: partner, ouders (ook adoptie-, pleeg-, stief- en schoonouders), kinderen (ook adoptie-, pleeg- en stiefkinderen), schoonzonen en -dochters. Onder kinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen - 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

● **Wereldfit: vergoeding bij overlijden**

Ondersteuning bij een ingrijpende gebeurtenis.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Repatriëring stoffelijk overschot of € 7.500 voor uitvaart Extra kosten vervoer en verblijf reisgenoot Overkomst familieleden • Repatriëring stoffelijk overschot, of uitvaart in land van overlijden tot € 7.500 Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal voor: • Vervoer en verblijf van 2 personen naar plaats opbaring • Vervoer en verblijf van 1 persoon om reisgenoot of familielid van overledene bij te staan • Vervoer en max. 30 dagen verblijf verzekerde reisgenoten
Wereldfit	Repatriëring stoffelijk overschot of € 7.500 voor uitvaart Extra kosten vervoer en verblijf reisgenoot Overkomst familieleden • Repatriëring stoffelijk overschot, of uitvaart in land van overlijden tot € 7.500 Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal voor: • Vervoer en verblijf van 2 personen naar plaats opbaring • Vervoer en verblijf van 1 persoon om reisgenoot of familielid van overledene bij te staan • Vervoer en max. 30 dagen verblijf verzekerde reisgenoten

● **Wat u vergoed krijgt**

Niemand wil natuurlijk dat het gebeurt. Maar: overlijdt een verzekerde met Superfit of Wereldfit tijdens een reis? Dan vergoeden die aanvullende verzekeringen:

- uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van familieleden¹ in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500, of
- vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat de nabestaanden kiezen
- voor verzekerde reisgenoten: extra kosten van verblijf, tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, maar maximaal 30 dagen. En ook: hun extra kosten van vervoer voor de terugreis

Wereldfit vergoedingen

Superfit en Wereldfit vergoeden ook vervoer heen en terug plus maximaal 7 dagen verblijf:

- voor 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats van opbaren, en
- voor 1 persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan

Overlijdt een reisgenoot? Dan vergoeden wij extra kosten voor vervoer en verblijf, bijvoorbeeld doordat u later dan gepland terugreist. Voor het verblijf geldt dan een maximum van 30 dagen.

Er gelden maximale vergoedingen. Voor vervoer zijn dat: auto € 0,27 per kilometer, vliegreis economy class. En voor verblijf: € 150 per persoon per dag.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze diensten betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor deze diensten geldt geen eigen risico.

● Dit moet u zelf doen

U moet contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf

Als u vervoer en verblijf zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.

Uitleg

1. Familieleden: Familieleden in de 1e of 2e graad - 1e graad: partner, ouders (ook adoptie-, pleeg-, stief- en schoonouders), kinderen (ook adoptie-, pleeg- en stiefkinderen), schoonzonen en -dochters. Onder kinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen - 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

● **Wereldfit: vervangende chauffeur**

Als de bestuurder niet terug kan rijden.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Vervangende chauffeur Naar woonplaats, of bij huur naar dichtstbijzijnde inleverplaats
Wereldfit	Vervangende chauffeur Naar woonplaats, of bij huur naar dichtstbijzijnde inleverplaats

● **Wat u vergoed krijgt**

Bent u op reis met auto, camper of motor? En kan de bestuurder om medische redenen niet meer rijden?

Als er geen reisgenoot is die de bestuurder kan vervangen, vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit en Wereldfit een vervangende chauffeur. Die rijdt de auto, camper of motor dan terug naar uw woonplaats. Of, als het gaat om een gehuurd voertuig, naar de inleverplaats die het dichtstbij is.

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor een vervangende chauffeur betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor een vervangende chauffeur geldt geen eigen risico.

● **Dit moet u zelf doen**

U moet contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wereldfit vergoedingen

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De [uitgebreide voorwaarden Wereldfit](#) bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt de vervangende chauffeur

Als u de vervangende chauffeur zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.

OntzorgPlus vergoedingen

● Inhoudsopgave

OntzorgPlus vergoedingen	257
OntzorgPlus: aanpassing in woning of vervoer	257

● **OntzorgPlus: aanpassing in woning of vervoer**

Een oplossing voor problemen in huis of autorijden bij blijvende invaliditeit.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	1x voor hele looptijd verzekering € 100.000 voor aanpassing woning, of € 40.000 voor aanpassing vervoermiddel Max.
OntzorgPlus	1x voor hele looptijd verzekering € 100.000 voor aanpassing woning, of € 40.000 voor aanpassing vervoermiddel Max.

● **Wat u vergoed krijgt**

Na een ernstig ongeval¹ vóór uw 70e verjaardag waardoor u blijvend een rolstoel nodig heeft, kan aanpassing van uw woning of vervoermiddel nodig zijn.

De ZorgConsulent kan dan het volgende voor u regelen:

- helpen bij het vinden van de juiste instantie voor het aanpassen van uw woning of vervoermiddel. Of uitleggen welke rol de gemeente, of een andere instantie, speelt
- helpen een gesprek met de gemeente of andere instanties voor te bereiden. Bijvoorbeeld door met u in kaart te brengen waar u allemaal aan moet denken
- adviseren of helpen bij problemen met uw aanvraag bij de gemeente, of andere instanties
- helpen een goede adviseur te zoeken, als u persoonlijk advies nodig heeft over de aanpassingen zelf. De kosten van de adviseur betaalt u zelf

OntzorgPlus vergoedt in sommige situaties, maar maximaal 1 keer tijdens de looptijd van de verzekering:

- aanpassing van uw woning tot maximaal € 100.000, of
- aanpassing van uw vervoermiddel tot maximaal € 40.000

OntzorgPlus vergoedingen

Dat is alleen zo als:

- u een ernstig ongeval krijgt vóór uw 70e verjaardag, en
- u na dat ongeval in een revalidatiecentrum² bent opgenomen, en
- die opname nodig is omdat u blijvend en bij al uw bezigheden een rolstoel nodig heeft, en
- u na die opname terug kunt naar uw thuissituatie, en
- uw revalidatieteam binnen 1 jaar na het ongeval vaststelt dat daarvoor aanpassing van uw woning, of vervoermiddel nodig is

Daarnaast gelden de volgende voorwaarden:

1. één van de volgende situaties is van toepassing:
 - u heeft aanpassing van uw woning of vervoermiddel aangevraagd bij de gemeente, het UWV of een andere instantie, maar die beslist niet op tijd. Komt dit doordat u nog niet genoeg hersteld bent? Of doordat u niet genoeg informatie geeft? Dan vergoedt OntzorgPlus de aanpassing van uw woning of vervoermiddel niet
 - de gemeente, het UWV of de andere instantie heeft uw aanvraag afgewezen, maar u kunt zonder aanpassing uw zelfstandigheid niet behouden
 - de gemeente, het UWV of de andere instantie geeft alleen een oplossing die u niet kunt accepteren
2. de aanpassing is de meest eenvoudige adequate oplossing voor uw woon- of vervoersproblemen. Wilt u meer luxe of comfort? Dan vergoedt OntzorgPlus alleen de kosten van de eenvoudige aanpassing. Het bedrag daarboven betaalt u dus zelf
- 3a. bij aanpassing van de woning: dit is voor u de beste oplossing om dagelijkse problemen bij wonen op te lossen. Dat betekent dat u zonder de aanpassing gewone dingen niet kunt doen, zoals wassen, eten of slapen, of
- 3b. bij aanpassing van het vervoermiddel: het gaat om 1 van de volgende aanpassingen:
 - aanpassingen aan de besturing of bediening, die speciaal zijn gemaakt voor lichamelijke beperkingen. Aanpassingen die ook in normale uitvoeringen van het vervoermiddel zitten, vergoedt OntzorgPlus niet. Bijvoorbeeld een automaat, of rem- of stuurbechrachting in een auto
 - aanpassingen die u helpen instappen of uitstappen

In plaats van een aanpassing aan uw auto, mag u uw eigen auto inruilen voor een tweedehands auto die al is aangepast. Ook dan geldt de maximale vergoeding. De waarde van uw eigen auto trekken wij van de vergoeding af.

Dit wordt niet vergoed

- aanpassingen voor beperkingen, die horen bij het 'normale' verouderingsproces
- woningaanpassingen als u een hobby niet meer kunt doen, en daarom uw woning wilt laten aanpassen
- als u de woning terug wilt of moet brengen in oorspronkelijke staat. Bijvoorbeeld als u een huurwoning liet aanpassen, en u gaat verhuizen

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor de aanpassing in woning of vervoer betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor de aanpassing in woning of vervoer geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

Met OntzorgPlus moet u ons vooraf toestemming vragen

U moet voor de aanpassing van uw woning of vervoermiddel toestemming hebben van onze ZorgConsulent.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Soms zijn we afhankelijk van anderen

Onze ZorgConsulent doet zijn of haar best om u te helpen. Maar soms zal dat niet lukken. Bijvoorbeeld als de gemeente geen vergunning geeft om te verbouwen. Of als uw verhuurder geen toestemming geeft om de woning aan te passen.

Wij vergoeden alleen wat noodzakelijk is

Twijfelen wij aan de noodzaak van sommige voorgestelde aanpassingen? Dan kunnen wij de voorgestelde oplossing opnieuw laten beoordelen door een door ons aangewezen hulpverlener. Bijvoorbeeld een ergotherapeut. De kosten van die beoordeling vergoedt OntzorgPlus dan.

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

Uitleg

1. Ernstig ongeval: Wat wij hiermee bedoelen, staat in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus
2. Revalidatiecentrum: Een instelling voor medisch-specialistische zorg die gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie

● Inhoudsopgave

Uitgebreide voorwaarden 2024	261
Nadere algemene regels	261
Onvoorziene zorg	262
Aanvullende dienstverlening	263
Vergoeding bij overlijden	264
Voorziene zorg	265

● Uitgebreide voorwaarden 2024

Wij vergoeden de zorg en de diensten die hierna staan omschreven, als aan de voorwaarden is voldaan. De algemene regels zijn ook van toepassing. De (maximale) vergoedingen zijn per verzekerde, behalve als anders staat vermeld.

U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Doet u dit niet, dan kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Dit geldt niet voor de vergoeding Voorziene zorg. U moet dan soms wel vooraf toestemming van ons hebben.

Wilt u tijdens een reis in het buitenland medisch advies? Dan kunt u daarvoor ook contact opnemen met de alarmcentrale.

Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden de telefoonkosten vanuit het buitenland naar de alarmcentrale.

● Nadere algemene regels

1. Nadere begripsomschrijvingen

Buitenland

Ieder ander land dan het land waar u woont.

Familieleden in de 1e of 2e graad

- 1e graad: partner, ouders (ook adoptie-, pleeg-, stief- en schoonouders), kinderen (ook adoptie-, pleeg-, en stiefkinderen), schoonzonen en -dochters. Onder kinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

Marktconform bedrag

Dit is het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling voor dezelfde zorg rekenen.

Onvoorziene zorg

Zorg die medisch gezien niet kan wachten, omdat direct ingrijpen nodig is. De zorg was bij vertrek niet te verwachten.

Reisgenoot

De persoon met wie u samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland, en waarmee u voor vertrek al een familiale, vriendschappelijke of zakelijke band had. Met een verzekerde reisgenoot bedoelen wij een reisgenoot die (ook) een ONVZ Wereldfit¹ heeft.

Ziekenvervoer

Vervoer voor medisch onderzoek of behandeling, als u medisch gezien niet met openbaar vervoer kan.

2. Wie zijn verzekerd?

Op de (zorg)polis staat wie verzekerd is. Die persoon moet ook een basisverzekering hebben.

3. Waar en hoe lang bent u verzekerd?

- Als u voor maximaal 180 dagen naar het buitenland vertrekt, bent u in het buitenland verzekerd. Als u voor langer dan 180 dagen naar het buitenland vertrekt, dan bent u in het buitenland niet verzekerd. Dus ook niet de eerste 180 dagen.
- In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen buiten uw woonplaats, bij minimaal 1 betaalde overnachting. U bent dan ook maximaal 180 dagen achter elkaar verzekerd.

4. Eisen aan zorgverleners

Bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener in de door de overheid gebruikte registers staan. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

5. Medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de behandeling of repatriëring.

6. (Zieken)vervoer

Gaat het hierna om (zieken)vervoer? Dan vergoeden wij de kosten van passend vervoer. Bij vliegen vergoeden wij economy class, tenzij die onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoeden wij € 0,27 per kilometer. Wij gaan bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoeden wij niet.

7. Verblijf

Gaat het hierna om verblijf? Dan vergoeden wij de kosten van overnachting en maaltijden tot maximaal € 150 per persoon per dag.

● Onvoorziene zorg

1. Onvoorziene medische kosten

Bij acute ziekte of ongeval van verzekerde vergoeden wij, na contact met onze alarmcentrale Zorgassistance, de kosten van:

- zorg die voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen als de zorg onder de basisverzekering valt en de kosten hoger zijn dan wat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de basisverzekering maakt hiervan deel uit
- in Nederland of in het land van uw behandeling geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de basisverzekering of een aanvullende verzekering
- middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 250 per kalenderjaar, of tot maximaal € 350 per kalenderjaar als u Superfit heeft (Wereldfit is daar onderdeel van)
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen
- ziekenvervoer naar en van de zorgverlener

Wij vergoeden geen eigen risico dat u moet betalen.

Regeling bij zwangerschap en bevalling

Als u tijdens een zwangerschap naar het buitenland reist, kunnen er medische complicaties optreden in uw zwangerschap of bij de bevalling. Wereldfit vergoedt de zorg voor die complicaties als deze niet te voorzien waren.

Wij beschouwen de reguliere zorg rond zwangerschap en bevalling als voorziene zorg. U kunt daarvoor geen gebruik maken van de vergoeding die u nu leest.

Wereldfit vergoedt ook geen zorg voor complicaties rond uw zwangerschap en bevalling die te voorzien waren bij vertrek. Dat is zo:

- als u bij vertrek naar het buitenland als zwangere een verhoogd gezondheidsrisico of verloskundige risicofactor heeft
- bij reizen naar de tropen, naar malaria- of gele koortsgebieden, en naar gebieden met een verhoogd risico op een infectie met het zikavirus
- bij vliegvluchten na de 36e week van de zwangerschap

2. Repatriëring

Wij vergoeden:

- bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte uw medisch noodzakelijke repatriëring naar een door onze alarmcentrale Zorgassistance bepaald land, met de medische begeleiding die daarbij nodig is
- de extra kosten van verblijf als het medisch noodzakelijk is om u te repatriëren, maar dat door uw medische situatie (nog) niet mogelijk is
- eenmalig de kosten van vervoer en verblijf van 1 persoon als het medisch noodzakelijk is om u te repatriëren, maar dat door uw medische situatie (nog) niet mogelijk is
- de extra kosten van vervoer als u door ziekte of letsel niet met het geplande vervoermiddel naar huis kunt terugkeren

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt de repatriëring, het vervoer en verblijf.

● Aanvullende dienstverlening

1. Opsporing en redding

Als u door ziekte of ongeval in een noodsituatie belandt waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten hiervan tot maximaal € 25.000.

2. Vervoer en verblijf bij onvoorziene zorg

Vervoer en verblijf bij opname reisgenoot

Wij vergoeden uw extra kosten van vervoer en verblijf als een reisgenoot in het ziekenhuis is opgenomen of om andere medische redenen (nog) niet naar huis kan terugkeren.

Vervoer en verblijf verzekerde reisgenoten

Wij vergoeden de extra kosten van vervoer van verzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis waar u bent opgenomen. Wij vergoeden bij ziekenhuisopname ook de extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten.

Vervoer en verblijf

Wij vergoeden uw extra kosten van vervoer en verblijf als uw vooraf geboekte terugreis door uw medische situatie niet op de geplande datum kon plaatsvinden.

Vervoer en verblijf bezoekers

Bent u in het ziekenhuis opgenomen en duurt dit naar verwachting minimaal 5 dagen, of is er sprake van een levensbedreigende situatie, dan vergoeden wij 1 keer de extra kosten van vervoer en verblijf van 2 personen voor maximaal 8 dagen om u te bezoeken. Als u na die 8 dagen om medische redenen niet naar huis kunt terugkeren, vergoeden wij (in totaal) maximaal 15 dagen vervoer en verblijf.

3. Eerder terugkeren

Regeling bij terugkeer uit buitenland

Wij vergoeden 1 keer:

- de extra kosten van vervoer en verblijf die u moet maken in verband met uw terugreis, en
- de kosten van vervoer en verblijf in verband met de (terug)reis naar uw geplande bestemming binnen de oorspronkelijke reisduur

in de volgende 5 gevallen:

1. ziekte of ongeval van u of een reisgenoot waardoor u de geplande bestemming niet kunt bereiken
2. ernstig ziek worden, of ernstig gewond raken van een reisgenoot door een ongeval
3. overlijden van een reisgenoot
4. overlijden, constatering van een ernstige ziekte bij of een ernstig ongeval van een familielid in de 1e of 2e graad of huisgenoot
5. ernstige materiële schade aan uw woning, de inboedel of uw bedrijf

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Regeling bij terugkeer in woonland

Als u in uw woonland verblijft, vergoeden wij alleen de extra kosten van vervoer tot maximaal € 500 per gebeurtenis, volgens bovenstaande regeling. U mag het vervoer in uw woonland zelf regelen.

4. Vervangende chauffeur

Wij vergoeden de kosten van een vervangende chauffeur, als:

- de bestuurder om medische redenen niet meer kan rijden, en
- het gebruikte motorrijtuig nog goed rijdt, en
- de andere reisgenoten het motorrijtuig niet kunnen besturen

Reist u met een eigen motorrijtuig, dan vergoeden wij de kosten van de vervangende chauffeur tot uw woonplaats. Reist u met een gehuurd motorrijtuig, dan vergoeden wij de kosten van de vervangende chauffeur naar de inleverplaats die het dichtstbij is.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt de inzet van een vervangende chauffeur.

5. Garantie, voorschotbetalingen en toezending geneesmiddelen

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt op uw verzoek:

- garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de zorgverlener, als de kosten vergoed worden door uw Vrije Keuze Basisverzekering bij ons, of Wereldfit
- de nodige voorschotbetalingen van die zorgkosten
- indien mogelijk, toezending van noodzakelijke geneesmiddelen die ter plaatse niet zijn te krijgen, als de geneesmiddelen worden vergoed door uw Vrije Keuze Basisverzekering of aanvullende verzekering, beide bij ons

• Vergoeding bij overlijden

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoeden wij:

- de kosten van een uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van familieleden in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500. Of in plaats daarvan: vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat de nabestaanden kiezen (dan geen maximumbedrag)
- de extra kosten van vervoer voor verzekerde reisgenoten in verband met de terugreis. En de extra kosten van hun verblijf tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, met een maximum van 30 dagen
- vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats van opbaren, inclusief terugreis
- vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 1 persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan, inclusief terugreis

Bij overlijden van een reisgenoot vergoeden wij:

- de extra kosten van vervoer en verblijf, met een maximum van 30 dagen

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

• Voorziene zorg

Ziekenhuiszorg in België en Duitsland

Wij vergoeden de kosten van medisch-specialistische zorg volgens de vergoeding Medisch specialist van de Vrije Keuze Basisverzekering die is verleend in een ziekenhuis in België of Duitsland. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan wat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. Wij vergoeden maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag van het land waar de behandeling plaatsvindt. De vergoeding volgens de basisverzekering maakt hiervan deel uit.

Wij vergoeden niet:

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken
- vervoer naar het ziekenhuis of naar huis
- eigen risico dat u moet betalen

Wij raden u aan om zorg in België of Duitsland vooraf aan te vragen. In de volgende situaties móet u dat doen:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben
- voor zorg met opname of dagopname²

Uitleg

1. ONVZ Wereldfit: Dit kan ook een VvAA Zorg op reis of Jaaah op reis zijn
2. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

OntzorgPlus uitgebreide voorwaarden

● Inhoudsopgave

Uitgebreide voorwaarden 2024	267
Nadere algemene regels	267
Vergoedingen	271
Aanvullende dienstverlening	271
Naar het ziekenhuis	272
Tijdelijk extra ondersteuning thuis	273
Aanvullende zorg bij kanker	274
Blijvend invalide na een ernstig ongeval	275
Tandheelkundige zorg na een ongeval	277

● Uitgebreide voorwaarden 2024

In deze uitgebreide voorwaarden staan de **nadere algemene regels** en **vergoedingen van OntzorgPlus**. Samen met de algemene regels bepalen ze waar u recht op heeft en wat u daarvoor moet doen.

Als u zorg of diensten nodig heeft, moet u altijd contact (laten) opnemen met onze ZorgConsulent. Zij regelen de inzet van zorg of dienstverlening voor u, of geven u toestemming om dat zelf te doen. Neemt u geen contact op? Dan vergoedt OntzorgPlus de zorg of diensten misschien niet. Uw contactpersoon kan ook contact voor u opnemen. Die moet u dan wel hebben aangewezen. Onze ZorgConsulenten zijn bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur, op telefoonnummer 030 639 62 32. Heeft u buiten deze tijden een noodsituatie waarbij direct hulp nodig is? Dan komt u automatisch uit bij onze alarmcentrale Zorgassistance.

● Nadere algemene regels

1. Wat bedoelen we met sommige woorden?

Contactpersoon

De persoon, die u heeft aangewezen als contactpersoon voor OntzorgPlus. Dit aanwijzen doet u bij uw aanvraag voor OntzorgPlus. U geeft de contactpersoon, onze alarmcentrale Zorgassistance, onze ZorgConsulenten en onze medisch adviseur toestemming om als dat nodig is gegevens uit te wisselen. Dat gaat om persoonlijke gegevens, waaronder medische gegevens. Dit is geregeld in nadere algemene regel 6 hieronder.

Wijst u geen contactpersoon aan? Dan is uw contactpersoon automatisch een andere volwassene die met u op de zorgpolis staat. Is er geen andere volwassene? Dan heeft u geen contactpersoon. Door privacyregels kunnen wij er dan niet altijd voor zorgen dat u de zorg en diensten krijgt die u nodig heeft.

Ernstige aandoening

Met een ernstige aandoening bedoelen wij in OntzorgPlus alleen 1 van de volgende aandoeningen:

- ernstige brandwonden en ernstige bevriezing: derdegraads brandwonden op 20% of meer van uw lichaam, of wonden door bevriezing of chemische stoffen op 20% of meer van uw lichaam, die even ernstig zijn als verbranding. Die (brand)wonden zijn ontstaan door 1 gebeurtenis
- coma (diepe bewusteloosheid) waarbij uw lichaam niet reageert op prikkels van buiten en zichzelf zonder hulp van apparaten niet in leven kan houden. Een kunstmatig coma valt hier niet onder
- plotselinge volledige blindheid aan beide ogen die niet beter wordt en geen erfelijke oorzaak heeft
- dwarslaesie waardoor 1 of beide armen of benen helemaal verlamd zijn
- ernstige hersenontsteking (encefalitis), waardoor u epileptische aanvallen krijgt, uw bewustzijn blijvend lager is, uw persoonlijkheid verandert, 1 kant van uw lichaam verlamd is of u problemen heeft met zien of praten

OntzorgPlus uitgebreide voorwaarden

Of 1 van de volgende aandoeningen als de arts die vóór uw 70e verjaardag bij u vaststelt:

- herseninfarct of hersenbloeding waardoor uw bewustzijn blijvend lager is en 1 zijde van uw lichaam blijvend verlamd raakt (een TIA waarbij de uitvalsverschijnselen na een paar dagen hersteld zijn, valt hier dus niet onder)
- plotseling hartinfarct zonder dat eerder een hartkwaal is vastgesteld. Met een hartinfarct bedoelen we niet angina pectoris (pijn op de borst omdat het hart te weinig zuurstof krijgt, meestal door het nauwer worden van de kransslagader) en andere hartklachten
- acuut nierfalen: plotselinge, volledige uitval van beide nieren
- acuut leverfalen: plotselinge, ernstige afname van uw leverfunctie die schade aan de hersenen als gevolg heeft
- levensbedreigende sepsis, met of zonder septische shock: levensbedreigende orgaanuitval door een ontregelde reactie van uw lichaam op een infectie
- kanker: bloedkanker (zoals leukemie) of een kwaadaardige tumor in stadium I of hoger, waarvoor volgens uw arts behandeling met chemo-, radio- of immuuntherapie of doelgerichte therapie¹ nodig is. Of waarvoor dit niet meer zinvol is. Het vaststellen van 1 of meer uitzaaiingen is voor OntzorgPlus geen nieuwe ernstige aandoening. Het terugkomen van de leukemie of tumor wel, als een arts dat vaststelt 5 jaar of meer nadat u genezen bent verklaard

Ernstig ongeval, ongeval

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw lichaam, buiten uw wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft veroorzaakt. Wij noemen het ongeval ernstig als aan de volgende 2 voorwaarden is voldaan:

1. u wordt via de spoedeisende hulp in het ziekenhuis opgenomen
 - omdat u in een levensbedreigende situatie verkeert, of
 - voor een medische situatie die zo ernstig is dat bij opname al duidelijk is dat u langer dan 5 dagen in het ziekenhuis moet blijven
2. het ongeval heeft grote invloed op uw dagelijkse bezigheden, of die van uw gezinsleden

Soms blijkt een ongeval of aandoening achteraf toch niet ernstig. Bijvoorbeeld omdat u een week in het ziekenhuis zou moeten blijven en dat uiteindelijk maar 2 dagen zijn. Dat is geen probleem. Ondersteuning, zorg en diensten die u al van ons gehad heeft, vergoedt OntzorgPlus gewoon. Maar u heeft dan geen recht op verdere ondersteuning, zorg en diensten.

Gezinsleden

Uw partner en kinderen. Bij de uitleg van partner en kinderen staat wie wij hiermee bedoelen.

Kinderen

Uw biologische kinderen, pleegkinderen, stiefkinderen of adoptiekinderen tot 18 jaar, die bij u in huis wonen. Of die bij co-ouderschap een deel van iedere maand bij u in huis wonen. Wij bedoelen niet uw kind dat op kamers woont en regelmatig thuis komt.

Partner

Uw echtgenoot, echtgenote of de partner met wie u in 1 huis samenwoont.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch-specialistische zorg. Maar niet een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, een ggz-instelling of een Wlz-instelling.

Ziekenvervoer

Vervoer binnen Nederland naar een ziekenhuis (en terug) voor onderzoek of behandeling, als u om medische redenen niet met openbaar vervoer of zelf met eigen vervoer kunt reizen. Uw basisverzekering vergoedt het onderzoek of de behandeling.

2. Wie zijn verzekerd?

Op de (zorg)polis staat wie verzekerd is. U kunt OntzorgPlus alleen afsluiten als u ook een Vrije Keuze Basisverzekering bij ons heeft. Als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar voor uw basisverzekering, eindigt uw OntzorgPlus niet. Maar let op: u krijgt wel een hogere premie. Dat staat in onze [premietabel](#).

3. Waar bent u verzekerd?

U heeft alleen recht op zorg en diensten verleend in Nederland. Krijgt u een ernstig ongeval in het buitenland? Of stellen artsen daar een ernstige aandoening bij u vast? Dan kunt u gebruik maken van de zorg en diensten van OntzorgPlus als u weer in Nederland bent.

4. Wanneer en waarvoor bent u verzekerd?

U heeft recht op zorg en diensten als u tijdens de looptijd van OntzorgPlus een ernstig ongeval krijgt of bij u een ernstige aandoening wordt vastgesteld. Maar niet als het ongeval plaatsvond of de aandoening bekend was voordat uw verzekering inging. Ging uw verzekering in met terugwerkende kracht²? Dan kijken wij naar de datum dat u de verzekering heeft aangevraagd. Dan heeft u recht op zorg en diensten als het ongeval of de vaststelling van de aandoening na die datum plaatsvond.

Beëindigt u uw OntzorgPlus? Dan bent u niet meer verzekerd. Ook niet als het ernstig ongeval of vaststellen van de ernstige aandoening tijdens de looptijd van uw verzekering gebeurde. Zorg en diensten die we al hebben geregeld en vergoed, hoeft u natuurlijk niet terug te betalen. Deze zorg en diensten stoppen wel op het moment dat uw OntzorgPlus eindigt.

Sluit u OntzorgPlus opnieuw af? Dan bent u verzekerd voor een ernstig ongeval dat na de nieuwe ingangsdatum plaatsvindt of een ernstige aandoening die daarna wordt vastgesteld.

Dit geldt ook als uw OntzorgPlus tijdens detentie is opgeschort. OntzorgPlus vergoedt tijdens detentie geen zorg of diensten. Na detentie gaat uw OntzorgPlus weer in. Maar u bent dan niet verzekerd voor een ernstig ongeval dat tijdens uw detentie plaatsvindt of voor een ernstige aandoening die tijdens uw detentie is vastgesteld.

5. De ZorgConsulent regelt de zorg en diensten voor u

De ZorgConsulent regelt de zorg en diensten voor u. U mag dat ook zelf doen, maar alleen als de ZorgConsulent daarvoor toestemming geeft. U moet daarom altijd eerst contact opnemen met de ZorgConsulent. Of, in een noodsituatie buiten werktijden, met onze alarmcentrale Zorgassistance.

Boven deze nadere algemene regels staat hoe u ze kunt bereiken. Doet u dit niet? Dan vergoedt OntzorgPlus de kosten misschien niet.

6. (Medische) gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Bijvoorbeeld over de gevolgen van het ongeval of uw aandoening.

Het is belangrijk dat u een contactpersoon aanwijst, of een paar. Na een ernstig ongeval of als een ernstige aandoening is vastgesteld, kunt of wilt u soms zelf geen contact met ons opnemen. Dan kan 1 van uw contactpersonen dat doen. De ZorgConsulent kan er zo voor zorgen dat u de zorg en diensten krijgt die u nodig heeft. Tijdens dat contact zal uw contactpersoon (medische) gegevens aan ons geven, en de ZorgConsulent mogelijk aan hem of haar. Dat beperken we zoveel mogelijk, maar is nodig om zorg en diensten voor u te regelen. U gaat hiermee akkoord. Meer daarover staat in nadere algemene regel 1, onder 'Contactpersoon'.

7. Nooit vergoeding uit 2 verzekeringen

Heeft u naast OntzorgPlus ook een andere aanvullende (tand)verzekering bij ons? Dan kunt u de vergoedingen uit OntzorgPlus en de andere aanvullende (tand)verzekering niet optellen. U krijgt de meest gunstige vergoeding. Dit geldt ook als u de aanvullende verzekering Superfit heeft. OntzorgPlus is daar onderdeel van. U kunt binnen de Superfit dus maar 1 vergelijkbare vergoeding gebruiken.

8. Wij controleren

Wij controleren of een ernstig ongeval plaatsvond en of een ernstige aandoening is vastgesteld tijdens de looptijd van uw OntzorgPlus. Dat doen wij meestal door te kijken of zorgverleners andere declaraties hebben ingediend voor zorg na het ernstige ongeval of voor de ernstige aandoening. Bijvoorbeeld voor ziekenhuiszorg die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt. Heeft u geen Vrije Keuze Basisverzekering bij ons? Dan vragen wij zulke rekeningen op bij de verzekeraar waar u uw basisverzekering heeft. Werkt u daar niet aan mee? Dan vergoedt OntzorgPlus de zorg en diensten misschien niet.

Wij voeren natuurlijk ook andere controles uit. Bijvoorbeeld of de zorg wel geleverd is.

9. Soms vergoedt OntzorgPlus zorg en diensten niet, en regelt de ZorgConsulent die ook niet

Dat is zo:

- als een ongeval of aandoening het gevolg is van uw eigen alcohol- of drugsgebruik
- bij letsel dat is ontstaan doordat u een misdrijf pleegt of daarbij helpt, ook als het letsel niet uw schuld is
- bij aangeboren aandoeningen
- bij een voorziene opname³, ook als die samenhangt met de ernstige aandoening of het ernstige ongeval, tenzij in de vergoedingen anders is bepaald. Heeft u ook een basisverzekering of andere aanvullende (tand)verzekering bij ons? Dan kunt u natuurlijk wel vanwege die verzekering contact opnemen met de ZorgConsulent

Uitleg

1. Doelgerichte therapie: 'targeted therapy', behandeling met geneesmiddelen om kankercellen te doden of de groei ervan te remmen
2. Terugwerkende kracht: Bijvoorbeeld als u in januari nog OntzorgPlus afsluit. Die gaat dan in op 1 januari. Meer daarover leest u in algemene regel 16b en 17
3. Voorziene opname: Een opname die niet meteen dezelfde dag nodig is, maar gepland kan worden

● Vergoedingen

● Aanvullende dienstverlening

Hulp van de ZorgConsulent

Wilt u meer informatie over de vergoedingen? Of wilt u met iemand overleggen? Dan kunt u altijd contact opnemen met onze ZorgConsulenten.

Daarnaast heeft u na een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening recht op de volgende dienstverlening van onze ZorgConsulenten.

Begeleiding

De ZorgConsulent begeleidt u, bijvoorbeeld bij het vinden van de juiste (zorg)aanbieders. Of helpt u met het invullen van formulieren als u die niet helemaal begrijpt. Ook maakt de ZorgConsulent u wegwijs in het zorgveld, vergoedingen en alle instanties die betrokken zijn.

Regelwerk

De ZorgConsulent regelt zorg en diensten voor u, zoals vervangende mantelzorg, vervoer of huishoudelijke hulp. Maar alleen als wij die in de vergoedingen noemen.

Aanvullend consult en gesprek

Tot 1 jaar na een ernstig ongeval of tot 1 jaar na het vaststellen van een ernstige aandoening, kunt u gebruik maken van de volgende diensten.

Uitgebreid telefonisch consult bij een medisch specialist

De ZorgConsulent regelt eenmalig een uitgebreid telefonisch consult bij een medisch specialist. Zo kunt u overleggen over uw medische situatie, mogelijke behandelingen of kansen op herstel. De medisch specialist denkt met u mee, maar kent uw medisch dossier niet. De specialist kan uw vragen beantwoorden, meer uitleg geven en u helpen bij het formuleren van vragen voor uw eigen medisch specialist. OntzorgPlus vergoedt dit consult.

Begeleiding artsgesprek

De ZorgConsulent regelt eenmalig begeleiding bij het gesprek met uw medisch specialist. Een verpleegkundige helpt u dan bij de voorbereiding en gaat mee naar het gesprek. Bijvoorbeeld om de juiste vragen te stellen en de antwoorden goed te verwerken. OntzorgPlus vergoedt deze begeleiding.

Verhaalsbijstand bij letselschade

Heeft u letsel door een ongeval? En is iemand anders (voor een deel) aansprakelijk? Dan moet die vaak uw schade betalen. U kunt dan uw rechtsbijstandverzekering inschakelen. Heeft u die niet? Dan bieden wij een verhaalsbijstand-service.

Een door ons ingeschakelde advocaat of schaderegelaar probeert dan uw schade te verhalen op de aansprakelijke persoon, of de verzekeraar van die persoon. Bijvoorbeeld de zorgkosten die u zelf moet betalen, inkomsten die u misloopt of omdat u smartengeld wilt.

In de [regels verhaalsbijstand-service](#) staat wat de service inhoudt.

OntzorgPlus vergoedt de verhaalsbijstand-service die wij voor u regelen tot maximaal € 12.500 per ongeval. Kosten van een rechtszaak vallen daar ook onder. Kosten die u zelf maakt, bijvoorbeeld door zelf een advocaat in te schakelen, vergoedt OntzorgPlus niet.

● Naar het ziekenhuis

Ziekenvervoer

Soms kunt u door een medische reden niet zelf naar het ziekenhuis reizen voor behandeling of controle. Ook niet met het openbaar vervoer. U moet dan door iemand gebracht worden, of met de taxi gaan. Wij noemen dat ziekenvervoer.

OntzorgPlus vergoedt ziekenvervoer als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u moet door een ernstig ongeval of ernstige aandoening naar een behandeling, controle of voorziene opname¹ in het ziekenhuis
- de basisverzekering vergoedt de behandeling of controle
- die behandeling of controle vindt plaats binnen 1 jaar na het ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening
- het ziekenhuis ligt in Nederland en meer dan 50 km van uw woonadres vandaan
- u kunt door een medische reden niet zelf naar het ziekenhuis reizen, met eigen of openbaar vervoer

Brengt en haalt iemand u, met zijn of haar eigen auto of met uw auto? Dan vergoedt OntzorgPlus € 0,27 per kilometer. Het gaat om de kilometers tussen uw woonadres en het ziekenhuis. Bij het vaststellen van het aantal kilometers gaan wij uit van de optimale route via [Google Maps](#). OntzorgPlus vergoedt niet het vervoer van uw begeleider als u zelf niet meerijdt. Als uw begeleider u bijvoorbeeld naar het ziekenhuis brengt en alleen terugrijdt, dan vergoedt OntzorgPlus alleen de heenreis. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoedt OntzorgPlus ook niet.

Reist u liever met een taxi? OntzorgPlus vergoedt taxivervoer volledig. Onze ZorgConsulent regelt dit taxivervoer voor u via onze taxicentrale Transvision. Deze vervoerder declareert rechtstreeks bij ons. Wilt u een andere taxivervoerder? Dan vergoedt OntzorgPlus die ook. U moet dan wel vooraf toestemming hebben van de ZorgConsulent.

Soms vergoedt de basisverzekering uw ziekenvervoer. Daarbij geldt een wettelijke eigen bijdrage. OntzorgPlus vergoedt deze eigen bijdrage als u aan de voorwaarden hierboven voldoet.

Ook voor deze vergoeding geldt dat de ZorgConsulent vooraf toestemming moet geven. Als u plotseling naar het ziekenhuis moet, kunt u die toestemming achteraf vragen. Overlegt u met de ZorgConsulent. Deze helpt u met het aanvragen van de toestemming.

Reiskosten ziekenbezoek

OntzorgPlus vergoedt reiskosten voor ziekenbezoek door uw gezinsleden als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u bent door een ernstig ongeval of een ernstige aandoening in het ziekenhuis opgenomen
- die opname, voorzien of onvoorzien, vindt plaats binnen 1 jaar na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening
- het ziekenhuis ligt in Nederland en meer dan 50 km van uw woonadres vandaan
- uw gezinsleden hebben zelf ook OntzorgPlus

OntzorgPlus vergoedt maximaal 1 keer per dag € 0,27 per kilometer voor het aantal kilometers van uw woonadres naar het ziekenhuis, en terug. Ook als gezinsleden samen reizen, of meer keren op een dag. Of zij met de taxi, de auto of het openbaar vervoer komen, maakt voor de vergoeding ook niet uit. Bij het vaststellen van het aantal kilometers tussen uw woonadres en het ziekenhuis gaan wij uit van de optimale route via [Google Maps](#). Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoedt OntzorgPlus niet.

Wij kunnen vragen om een opnameverklaring. Die kunt u bij het ziekenhuis krijgen. Er staat in wanneer en hoelang u was opgenomen.

Logeerhuis

Gespecialiseerde ziekenhuizen hebben vaak een logeerafdeling of een logeerhuis in de buurt, bijvoorbeeld een Ronald McDonald Huis. Daar kunnen ouders en andere gezinsleden dichtbij overnachten.

OntzorgPlus vergoedt verblijf van uw gezinsleden in het logeerhuis als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u bent door een ernstig ongeval of ernstige aandoening in een gespecialiseerd ziekenhuis² in Nederland opgenomen
- die opname, voorzien of onvoorzien, vindt plaats binnen 1 jaar na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening
- uw gezinsleden hebben zelf ook OntzorgPlus
- het ziekenhuis bepaalt dat uw gezinsleden in het logeerhuis mogen blijven

Wij kunnen vragen om een opnameverklaring. Die kunt u bij het ziekenhuis krijgen. Er staat in wanneer en hoelang u was opgenomen.

• Tijdelijk extra ondersteuning thuis

Huishoudelijke hulp

Uw gemeente regelt huishoudelijke hulp als dat nodig is. Maar als er iets onverwachts gebeurt, kan de gemeente die niet altijd direct regelen.

OntzorgPlus vergoedt huishoudelijke hulp tijdens of aansluitend op uw opname in het ziekenhuis als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u wordt door een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening met spoed in het ziekenhuis opgenomen
- de gemeente kan huishoudelijke hulp niet op tijd regelen
- u kunt zelf het huishouden niet doen
- het is noodzakelijk dat het huishouden wel gedaan wordt
- u voert alleen een huishouden en er is in uw sociale omgeving niemand om in huis acute zaken te regelen. Of u heeft een gezin, maar het huishouden kan redelijkerwijs niet van de andere gezinsleden worden verwacht

De ZorgConsulent regelt de huishoudelijke hulp.

OntzorgPlus vergoedt deze hulp direct na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening:

- in de 1e week vanaf uw 1e opnamedag in het ziekenhuis, of
- in de 1e week vanaf uw ontslag uit het ziekenhuis

Oppas voor de kinderen

OntzorgPlus vergoedt een oppas voor de kinderen tijdens uw opname in het ziekenhuis als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u wordt door een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening met spoed in het ziekenhuis opgenomen
- minstens 1 van uw kinderen is jonger dan 12 jaar en de kinderen zelf hebben ook OntzorgPlus
- in uw familie of sociale netwerk kan niemand uw kind(eren) opvangen

De ZorgConsulent regelt de oppas.

OntzorgPlus uitgebreide voorwaarden

OntzorgPlus vergoedt deze direct na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening voor maximaal 1 week vanaf uw 1e opnamedag in het ziekenhuis.

Kunt u zelf regelen dat uw kinderen extra of afwijkende uren naar de reguliere kinderopvang gaan? Dan vergoedt OntzorgPlus de kosten daarvan. U moet daarvoor wel vooraf toestemming hebben gekregen van onze ZorgConsulent.

Vervangende mantelzorg

Uw gemeente regelt vervangende mantelzorg als dat nodig is. Maar zij kan die niet altijd direct regelen.

OntzorgPlus vergoedt vervangende mantelzorg tijdens uw opname in het ziekenhuis en zo nodig nog na uw ontslag, als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u zorgt al 3 maanden of langer, minimaal 8 uur per week voor een zieke of gehandicapte partner, familielid of vriend(in)
- u wordt door een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening met spoed in een ziekenhuis opgenomen
- u kunt daardoor de mantelzorg tijdelijk niet geven
- de gemeente kan niet direct vervangende mantelzorg regelen

De ZorgConsulent regelt de vervangende mantelzorg.

OntzorgPlus vergoedt de vervangende mantelzorg tijdens uw opname in het ziekenhuis direct na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening. Totdat de gemeente deze heeft geregeld. Maar nooit meer dan 2 weken vanaf de 1e opnamedag.

U moet de vervangende mantelzorg wel eerst bij de gemeente aanvragen. Heeft u daar vragen over? Neem dan contact op met onze ZorgConsulent. Zij kunnen u handvatten bieden om het gesprek aan te gaan met de Wmo-consulent in uw gemeente.

● Aanvullende zorg bij kanker

Persoonlijke ondersteuning bij kanker

Als u de diagnose kanker krijgt, komt er in korte tijd veel op u af. U krijgt waarschijnlijk veel informatie over medische behandelingen en moet keuzes maken. Maar ook brengt de diagnose veel emotie met zich mee. U hebt misschien veel vragen en u bent onzeker over de toekomst. Niet alleen uw lichaam verandert, ook uw sociale leven of dagelijkse bezigheden. U wilt de tijd hebben om alle informatie te verwerken en weer grip te krijgen op uw leven. Iedereen doet dat in een eigen tempo en naar eigen behoeften. Persoonlijke ondersteuning kan dan helpen.

OntzorgPlus vergoedt eenmalig voor maximaal 12 maanden de toegang tot een online omgeving voor persoonlijke ondersteuning bij kanker. Hier krijgt u:

- informatie over zaken rondom de ziekte, zoals bijkomende klachten of mogelijkheden voor psychosociale hulp
- een interactieve omgeving om zelf aan de slag te gaan met uw gedachten en emoties op 10 verschillende levensdomeinen. Bijvoorbeeld energie en bewegen, uw relaties en omgeving, of zingeving
- maximaal 5 video- of telefonische consulten bij een persoonlijke ondersteuningsconsulent

Om toegang te krijgen tot deze online omgeving neemt u contact op met onze ZorgConsulent.

Aanvullend onderzoek bij borstkanker

Als u de diagnose borstkanker heeft gekregen, beslist u samen met uw medisch specialist over uw behandeling. Dan kan het ook gaan over chemotherapie. Is er twijfel of chemotherapie in uw geval toegevoegde waarde heeft? Soms kunnen de testen MammaPrint of Oncotype DX helpen bij de beslissing.

Deze testen kijken naar de genactiviteit in de tumor. De uitslag geeft aan of de kans op uitzaaiingen of terugkeer van de tumor hoog of laag is. Of een van deze testen voor u geschikt is, hangt onder meer af van de soort borstkanker, het stadium en de eigenschappen van de tumor. Dit kunt u bespreken met uw medisch specialist. Die regelt ook de test voor u.

De basisverzekering vergoedt Oncotype DX. Maar MammaPrint niet. Is er twijfel is of chemotherapie toegevoegde waarde heeft en oordeelt uw medisch specialist dat MammaPrint nodig is? Dan vergoedt OntzorgPlus die test.

Beweegprogramma bij en na kanker

Behandelingen bij kanker hebben vaak gevolgen voor uw lichamelijke conditie. Ook tijdens de behandeling kan het helpen als uw lichamelijke conditie op peil blijft.

OntzorgPlus vergoedt 1 van de volgende beweegprogramma's tijdens of na een behandeling voor kanker:

- beweegprogramma's die voldoen aan de KNGF-standaard 'Oncologie'
- revalidatieprogramma's bij kanker door een fysiotherapeut, of een oefentherapeut Cesar of Mensendieck. Het programma duurt maximaal 3 maanden en u traint maximaal 2 keer per week, in groepsverband
- CytoFys, OncoMove of Sportplan TegenKracht, verzorgd door een fysiotherapeut of een Sport Medisch Adviescentrum

Het beweegprogramma is gericht op het behouden en opbouwen van uw conditie. Er is tijdens zo'n programma ook aandacht voor omgaan met stress, voeding en eventueel weer aan het werk gaan.

● Blijvend invalide na een ernstig ongeval

Aanpassing in woning of vervoer

Na een ernstig ongeval vóór uw 70e verjaardag waardoor u blijvend een rolstoel nodig heeft, kan aanpassing van uw huis of een vervoermiddel nodig zijn.

De ZorgConsulent kan dan het volgende voor u regelen:

- helpen bij het vinden van de juiste instantie voor het aanpassen van uw woning of vervoermiddel. Of uitleggen welke rol de gemeente, of een andere instantie, speelt
- helpen een gesprek met de gemeente of andere instanties voor te bereiden. Bijvoorbeeld door met u in kaart te brengen waar u allemaal aan moet denken
- adviseren of helpen bij problemen met uw aanvraag bij de gemeente, of andere instanties
- helpen een goede adviseur te zoeken, als u persoonlijk advies nodig heeft over de aanpassingen zelf. De kosten van de adviseur betaalt u zelf

De ZorgConsulent doet zijn of haar best om u te helpen. Maar soms zal dat niet lukken. Bijvoorbeeld als de gemeente geen vergunning geeft om te verbouwen. Of als uw verhuurder geen toestemming geeft om de woning aan te passen.

OntzorgPlus uitgebreide voorwaarden

OntzorgPlus vergoedt in sommige situaties, maar maximaal 1 keer tijdens de looptijd van de verzekering:

- aanpassing huis tot maximaal € 100.000, of
- aanpassing vervoermiddel tot maximaal € 40.000

Dat is alleen zo als:

- u een ernstig ongeval krijgt vóór uw 70e verjaardag, en
- u na dat ongeval in een revalidatiecentrum³ bent opgenomen, en
- die opname nodig is omdat u blijvend en bij al uw bezigheden een rolstoel nodig heeft, en
- u na die opname terug kunt naar uw thuissituatie, en
- uw revalidatieteam binnen 1 jaar na het ongeval vaststelt dat daarvoor aanpassing van uw woning, of vervoermiddel nodig is

Hieronder staat welke voorwaarden nog meer gelden.

Twijfelen wij aan de noodzaak van sommige voorgestelde aanpassingen? Dan kunnen wij de voorgestelde oplossing opnieuw laten beoordelen door een door ons aangewezen hulpverlener. Bijvoorbeeld een ergotherapeut. De kosten van die beoordeling vergoedt OntzorgPlus dan.

Daarnaast gelden de volgende voorwaarden:

1. één van de volgende situaties is van toepassing:
 - u heeft aanpassing van uw woning of vervoermiddel aangevraagd bij de gemeente, het UWV of andere instantie, maar die beslist niet op tijd. Komt dit doordat u nog niet genoeg hersteld bent? Of doordat u niet genoeg informatie geeft? Dan vergoedt OntzorgPlus de aanpassing van uw woning of vervoermiddel niet
 - de gemeente, het UWV of andere instantie heeft uw aanvraag afgewezen, maar u kunt zonder aanpassing uw zelfstandigheid niet behouden
 - de gemeente, het UWV of andere instantie geeft alleen een oplossing die u niet kunt accepteren. Bijvoorbeeld als u van de gemeente moet verhuizen, maar u wilt in uw woning blijven. Of als u van de gemeente een ander middel van vervoer moet gebruiken, maar u wilt uw eigen auto blijven gebruiken
2. de aanpassing is de meest eenvoudige adequate oplossing voor uw woon- of vervoersproblemen. Wilt u meer luxe of comfort? Dan vergoedt OntzorgPlus alleen de kosten van de eenvoudige aanpassing. Het bedrag daarboven betaalt u dus zelf
- 3a. bij aanpassing van de woning: dit is voor u de beste oplossing om dagelijkse problemen bij wonen op te lossen. Dat betekent dat u zonder de aanpassing gewone dingen niet kunt doen, zoals wassen, eten of slapen, of
- 3b. bij aanpassing van het vervoermiddel: het gaat om 1 van de volgende aanpassingen:
 - aanpassingen aan de besturing of bediening, die speciaal zijn gemaakt voor lichamelijke beperkingen. Aanpassingen die ook in normale uitvoeringen van het vervoermiddel zitten, vergoedt OntzorgPlus niet. Bijvoorbeeld een automaat, of rem- of stuurbeperking in een auto
 - aanpassingen die u helpen bij instappen of uitstappen

In plaats van een aanpassing aan uw auto, mag u uw eigen auto inruilen voor een tweedehands auto die al is aangepast. Ook dan geldt de maximale vergoeding. De waarde van uw eigen auto trekken wij van de vergoeding af.

Soms vergoedt OntzorgPlus niet:

- als beperkingen horen bij het 'normale' verouderingsproces
- als u een hobby niet meer kan doen, en daarom uw woning wil laten aanpassen
- als u de woning terug wilt of moet brengen in oorspronkelijke staat. Bijvoorbeeld als u een huurwoning liet aanpassen, en u gaat verhuizen

• Tandheelkundige zorg na een ongeval

Bij een ongeval kan uw gebit en gezicht beschadigd raken. Bent u nog geen 18 jaar? Dan vergoedt de basisverzekering de meeste tandheelkundige zorg. Vanaf 18 jaar valt de meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist niet onder de basisverzekering. Alleen voor de kaakchirurg, het kunstgebit en Bijzondere tandheelkunde bent u dan verzekerd.

OntzorgPlus vergoedt algemene tandheelkundige zorg als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u bent door een ongeval minimaal 2 voortanden⁴, helemaal of voor een groot deel, kwijt waardoor uw gezicht ernstig is aangedaan
- een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist voert de behandeling uit
- de behandeling vindt binnen 1 jaar na het ongeval plaats
- u heeft vooraf toestemming van ons gekregen. Als er een medische reden is waarom de behandeling niet binnen een jaar na het ongeval kan starten, kunnen wij ook toestemming geven voor behandeling na 1 jaar

OntzorgPlus vergoedt alleen de behandelingen die nodig zijn voor herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dus alleen om de schade aan uw gebit te herstellen die direct door het ongeval is ontstaan. Er is geen recht op vergoeding als de indicatie voor behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Moest een tand bijvoorbeeld toch al vervangen worden door een kroon? Dan vergoedt OntzorgPlus dat niet. Uw aanvullende tandverzekering mogelijk wel.

OntzorgPlus vergoedt ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een implantaat, maar geen volledige narcose.

OntzorgPlus vergoedt maximaal € 10.000 per kalenderjaar.

Ook voor deze vergoeding geldt dat u vooraf contact moet opnemen met onze ZorgConsulent. Zij regelen uw aanvraag voor onze toestemming. Daarvoor is een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig, met het behandelplan, röntgenfoto's en een begroting.

Uitleg

1. Voorziene opname: Een opname die niet meteen dezelfde dag nodig is, maar gepland kan worden
2. Gespecialiseerd ziekenhuis: Bijvoorbeeld een academisch ziekenhuis, brandwondencentrum of kankercentrum
3. Revalidatiecentrum: Een instelling voor medisch-specialistische zorg die gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie
4. Voortanden: Dit zijn de 4 snijtanden boven en onder

● Inhoudsopgave

Basisregels hulpmiddelen basisverzekering	279
Ik heb een hulpmiddel nodig	279
Ik krijg een hulpmiddel voor het eerst	280
Ik gebruik een hulpmiddel	280

● Basisregels hulpmiddelen basisverzekering

Deze basisregels zijn onderverdeeld in 3 onderwerpen.

1. Ik heb een hulpmiddel nodig
2. Ik krijg een hulpmiddel voor het eerst
3. Ik gebruik een hulpmiddel

● Ik heb een hulpmiddel nodig

1. Regels die de vergoeding bepalen

Heeft u een hulpmiddel nodig? Dan bepalen wij of wij dat hulpmiddel vergoeden aan de hand van:

- de algemene regels
- de basisregels hulpmiddelen die u nu leest
- de vergoeding Hulpmiddelen
- de vergoeding van het hulpmiddel waar het om gaat

Deze 4 soorten regels zijn dus altijd van toepassing.

Al deze regels zijn onder andere gebaseerd op de wettelijke vergoeding in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Wijken de basisregels hulpmiddelen of vergoedingen hulpmiddelen daarvan af? Dan geldt de wettelijke vergoeding.

2. Een geschikt hulpmiddel

Een hulpmiddel moet geschikt zijn voor het doel waarvoor u het gaat gebruiken: het moet adequaat zijn. Dit is een aanvulling op algemene regel 24. Daarin staat, in het kort, dat wij zorg vergoeden waarop u in redelijkheid bent aangewezen en die als effectief en veilig wordt beschouwd. Daarin staat ook dat de zorg niet onnodig duur mag zijn.

U heeft recht op een standaard hulpmiddel (confectie), als dit voor u geschikt is. Soms is dat niet zo. Dan krijgt u een op maat gemaakt hulpmiddel. Uw leverancier of zorgverlener moet ons dan laten weten waarom een standaard hulpmiddel voor u niet werkt.

Is uw hulpmiddel niet meer geschikt? Dan kunt u bij ons herstel, aanpassing of vervanging vragen. Dat werkt hetzelfde als toestemming vragen.

3. Toestemming vragen

Vaak moet u ons vooraf toestemming vragen voor een hulpmiddel. In de vergoeding van het hulpmiddel staat of dit ook voor uw hulpmiddel geldt. En wat u dan met uw aanvraag moet meesturen.

U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier op de website of per post.

Wilt u vanwege uw privacy niet dat de leverancier uw aanvraag behandelt? U kunt de aanvraag ook via het contactformulier of per post sturen naar onze medisch adviseur. Dan geldt het beroepsgeheim. Geef op het formulier of de envelop dan aan 't.a.v. de medisch adviseur'.

4. Als u een ander hulpmiddel nodig heeft

In alle vergoedingen van hulpmiddelen staat een beschrijving van het hulpmiddel of het soort hulpmiddelen dat onder de vergoeding valt. Vallen er meer hulpmiddelen onder de beschrijving? Dan staan die allemaal bij 'Details per hulpmiddel'. Heeft u een ander hulpmiddel nodig, dat daar niet staat, maar wel binnen de beschrijving past? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig. In basisregel 3 en in de vergoeding van het hulpmiddel staat hoe u toestemming kunt vragen.

● Ik krijg een hulpmiddel voor het eerst

5. Een gebruiksklaar hulpmiddel

Krijgt u een hulpmiddel voor het eerst? Dan is het gebruiksklaar. U krijgt een gebruiksaanwijzing als het hulpmiddel die heeft. Gebruikt een hulpmiddel batterijen of een oplader? Dan krijgt u die er de eerste keer bij.

6. Bruikleen of kopen

U krijgt een hulpmiddel in bruikleen, of u koopt het zelf. Bruikleen betekent dat wij of de leverancier eigenaar blijven, en dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u het nodig heeft. Als u het hulpmiddel zelf koopt, wordt u de eigenaar. In de vergoeding van uw hulpmiddel staat of u uw hulpmiddel zelf koopt of in bruikleen krijgt.

7. Bruikleen

Krijgt u een hulpmiddel in bruikleen? Dan betalen wij de kosten van aanschaf (door de leverancier of door ons), onderhoud en reparatie. De leverancier bezorgt het bruikleenhulpmiddel bij u thuis.

Ook vergoeden wij de verbruiksartikelen die bij het hulpmiddel horen. Verbruiksartikelen zijn nodig bij het gebruik van uw hulpmiddel. U gebruikt steeds een nieuwe en gooit die na gebruik weg. Batterijen zijn geen verbruiksartikelen.

8. Bij bruikleen geen eigen risico

Voor een bruikleenhulpmiddel betaalt u geen eigen risico. Maar wel voor de verbruiksartikelen die bij het hulpmiddel horen. Koopt u een hulpmiddel zelf, dan betaalt u altijd eigen risico.

9. Als u toch wilt kopen

U kunt een bruikleenhulpmiddel ook zelf kopen. U moet ons dan wel vooraf toestemming vragen. Er kunnen namelijk extra voorwaarden gelden. Geef op uw aanvraag aan dat u het hulpmiddel zelf wilt kopen. Wij vergoeden de marktconforme prijs van het meest eenvoudige hulpmiddel. In [algemene regel 26](#) leest u meer over de marktconforme prijs. Als u een bruikleenartikel zelf koopt, krijgt u het in eigendom. U betaalt dan eigen risico.

10. Een reserve-hulpmiddel

Wij vergoeden ook een reserve-exemplaar van uw hulpmiddel, als u het hulpmiddel vaak lange tijd moet missen door onderhoud of reparatie. Dat doen wij alleen als u zonder hulpmiddel ernstig beperkt bent bij uw dagelijkse bezigheden. U moet ons wel vooraf toestemming vragen voor het reserve-exemplaar.

11. Als u het hulpmiddel niet meer nodig heeft

Heeft u een bruikleenhulpmiddel niet meer nodig? Dan moet u het teruggeven aan de leverancier.

- **Ik gebruik een hulpmiddel**

12. Kosten van normaal gebruik

Kosten van normaal gebruik van een hulpmiddel vergoeden wij niet. Bijvoorbeeld batterijen, of de stroom die een hulpmiddel gebruikt. Er zijn uitzonderingen. Dan vergoeden wij de kosten van normaal gebruik wel. Voor welke hulpmiddelen dat geldt, staat in de vergoeding van uw hulpmiddel.

13. Uw hulpmiddel vervangen of aanpassen

Wilt u uw hulpmiddel vervangen of aanpassen? Dan vergoeden wij dat alleen als uw oude hulpmiddel niet meer goed werkt. Heeft u vooraf toestemming van ons nodig voor een hulpmiddel? Dan geldt dat ook als u het hulpmiddel vervangt of aanpast.

Bij de beoordeling houden wij rekening met de minimale gebruikstermijn. Binnen die periode hoeft u het hulpmiddel normaal gesproken niet te vervangen. Moet u het hulpmiddel vervangen binnen de minimale gebruikstermijn? Dan moet u altijd toestemming vragen. Of een minimale gebruikstermijn geldt en hoe lang die is, staat in de vergoeding van uw hulpmiddel.

14. Zorgvuldig gebruik en onderhoud

U moet een hulpmiddel zorgvuldig gebruiken en onderhouden. Doet u dat niet, en moet het hulpmiddel vervangen of gerepareerd worden omdat u er roekeloos mee om bent gegaan? Dan vergoeden wij de reparatie of vervanging van uw hulpmiddel niet. Dat geldt ook voor opnieuw installeren van hardware of software als deze is vastgelopen omdat u er roekeloos mee om bent gegaan.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

● Inhoudsopgave

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering	283
Pruik	283
Prothesen	285
Borstprothesen	288
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	290
CPAP-apparaat	293
MRA	295
Zuurstofapparatuur	297
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	299
Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen	304
Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)	307
Orthesen	310
Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie	312
Hulpmiddelen bij problemen met zien	314
Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	318
Hulpmiddelen bij problemen met horen	321
Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers	324
Verbandmiddelen	327
Verbandschoenen	329
Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting	331
Incontinentiemateriaal	334
Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed	336
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen	339
Steunkousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen	341
Hulpmiddelen bij diabetes	344
Infuus pomp voor geneesmiddelen	348
Kappen voor schedelbescherming	350
Hulpmiddelen voor voeding	352
Hulpmiddelen bij problemen met spreken	354
Persoonsalarmering	356
Hulpmiddelen bij pijnbestrijding	358
Hulpmiddelen bij trombose	360
Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse	362
Daisyspelers	364
Hulphonden	366

● Pruik

Als u door een medische aandoening of behandeling (tijdelijk) geen haar heeft.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	€ 465 bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per pruik
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen

Onze aanvullende verzekeringen hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen¹ voor hulpmiddelen en de meerkosten van een pruik samen.

● Wat u vergoed krijgt

Een pruik is een hulpmiddel dat uw haar vervangt. Een pruik kan gemaakt worden van echt of synthetisch haar.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal € 465 voor een pruik, als u helemaal of voor een deel kaal wordt of bent door een medische behandeling of een aandoening. Als de leverancier van de pruik geen contract met ons heeft, vergoeden wij maximaal € 348,75

De minimale gebruikstermijn van een pruik is 1 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van pruiken

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- pruiken bij klassieke mannelijke kaalheid
- gebruikelijke hoofdbedekking, zoals hoeden, petten, bandana's en mutsen
- verzorging en onderhoud van de pruik

- **Wat u zelf betaalt**

De eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage omdat de wet dat bepaalt, zoals bij bijvoorbeeld orthopedische schoenen of een kunstgebit. Maar u betaalt wel meerkosten: als de pruik meer kost dan € 465 (of € 348,75 bij een niet-gecontracteerde leverancier), betaalt u het bedrag daarboven zelf. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Voor de pruik geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de pruik van de behandelend arts of oncologieverpleegkundige.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de pruik niet.

- **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. Eigen bijdragen: Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

● Prothesen

Als u een hulpmiddel nodig heeft dat een deel van uw lichaam vervangt of bedekt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Een prothese is een uitwendig hulpmiddel dat een onderdeel van het lichaam vervangt of bedekt. Helemaal, of voor een deel.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt prothesen voor het vervangen van:

- armen en handen, benen en voeten, schouders, heupen en bekken
- stembanden

Als u bij de prothese een liner of stompkous nodig heeft, vergoeden wij deze.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook prothesen voor het vervangen, of bedekken van:

- oogbol, inclusief scleraschalen¹ en -lenzen zonder visuscorrectie
- gezicht, inclusief neus en oren

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijvingen vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van prothesen

Leverancier zonder contract

Voor gezichtsprothesen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Voor andere prothesen kiest u ook zelf naar welke leverancier u gaat. Maar om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Andere vergoedingen

Stemprothesen die in het ziekenhuis geplaatst worden, vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

Scleralenzen met visuscorrectie vallen onder de vergoeding [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#).

Gebitsprothesen vallen onder de vergoeding [Gebitsprothese \('kunstgebit'\) vanaf 18 jaar](#) of [Tandheelkundige zorg tot 18 jaar](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. Behalve als u het hulpmiddel in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Staat bij 'Details per hulpmiddel' dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.

Is wel toestemming nodig? Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Details per hulpmiddel

Prothesen voor armen en handen, schouders, heupen en bekken

Kunstmatig lichaamsdeel dat de werking van uw armen en handen, schouders, heupen of bekken helemaal of voor een deel overneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist of physician assistant
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Prothesen voor benen en voeten

Kunstmatig lichaamsdeel dat de werking van uw benen en/of voeten helemaal of voor een deel overneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist of physician assistant
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen. Maar niet als u jonger bent dan 18 jaar, dan krijgt u het in eigendom. In beide gevallen geldt het eigen risico niet
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar. Bent u jonger dan 18 jaar, dan is de minimale gebruikstermijn 2 jaar

Bekrachte arm- en beenprothesen

Elektrisch bekrachte prothese die de werking van uw arm, hand of been overneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist of physician assistant
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Stompkousen

Stompkousen passen over de amputatiestomp en maken het dragen van een prothese aangenamer. Ze beschermen uw huid tegen het drukken en schuiven van de prothese.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of physician assistant
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u krijgt maximaal 6 stompkousen per jaar

Liner

Een liner werkt als tussenlaag tussen de huid en de binnenkant van de koker.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist of physician assistant
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 1 jaar

Stemprothesen

Hulpmiddel dat ervoor zorgt dat u weer kunt spreken, als uw strottenhoofd verwijderd is.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Oogprothesen, scleraschalen en scleralenzen zonder visuscorrectie

Hulpmiddelen die de oogbol vervangen of het voorste deel van de oogbol bedekken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van uw oogarts
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn van scleralenzen is 1 jaar

Gezichtsprothesen (inclusief neus en oren)

Hulpmiddelen die uw gezicht, neus of oren voor een deel vervangen of bedekken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

● Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. Scleraschalen: Een scleraschaal is een prothese die de oogbol voor een deel bedekt. Een scleralens lijkt op een contactlens, met een gekleurde iris

● Borstprothesen

Als u door een ziekte, aandoening of behandeling geen borst (meer) heeft.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Een borstprothese is een namaakborst die uw eigen borst helemaal of voor een deel vervangt.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een uitwendige borstprothese als uw borstklier helemaal of bijna helemaal ontbreekt. Bijvoorbeeld omdat deze is weggehaald bij een operatie.

De minimale gebruikstermijn van een borstprothese is 1 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van borstprothesen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- bh's, plakpleisters en hechtstrips

Andere vergoedingen

Borstimplantaten die door de chirurg worden geplaatst, vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor de borstprothese betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor de borstprothese geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de borstprothese van de behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige.

Voor vervanging binnen 1 jaar moet u ons toestemming vragen

Wilt u uw borstprothese vervangen binnen de minimale gebruikstermijn van 1 jaar? Dan moet u vooraf toestemming van ons hebben. U vraagt toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij problemen met ademen

Als u hulp nodig heeft om goed te ademen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Er zijn verschillende hulpmiddelen die kunnen helpen als u niet goed kunt ademen. Bijvoorbeeld voorzetkamers voor geneesmiddelen die u moet inademen, of apparatuur die slijm wegzuigt zodat uw luchtwegen vrij blijven. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt uitwendige hulpmiddelen die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpen.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook de stoffen die u met deze hulpmiddelen krijgt toegediend. Met stoffen bedoelen wij zuurstof of andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen. Deze moeten bedoeld zijn om te helpen met ademen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen voor problemen met ademen

Leverancier zonder contract

Voor longvibrators sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs.

Voor de overige hulpmiddelen bij problemen met ademen kiest u ook zelf naar welke leverancier u gaat. Maar om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met ademen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Zuurstofapparatuur](#)
- [CPAP-apparatuur](#)
- [MRA](#)

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding [Mechanische beademing](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. Behalve als u het hulpmiddel in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Staat bij 'Details per hulpmiddel' dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.

Is wel toestemming nodig? Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Details per hulpmiddel

Vorzetkamers en wat daarbij hoort

Hulpmiddel om geneesmiddelen in te ademen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of longverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Vernevelaars en wat daarbij hoort

Hulpmiddel dat een geneesmiddel omzet in kleine druppeltjes (nevel), zodat u het kunt inademen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of longverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Apparatuur voor positieve uitademingsdruk

Hulpmiddel dat helpt bij het ophoesten van slijm.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de longarts of kinderarts
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Slijmuitzuigapparatuur

Hulpmiddel voor het verwijderen van slijm uit de mond of keel.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Tracheacanule met stomabeschermer

Buisje dat de luchtpijp verbindt met de buitenlucht. De stomabeschermer zorgt ervoor dat de luchtpijp minder snel uitdroogt.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Longvibrator

Hulpmiddel om slijm in de longen los te maken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Slaappositietrainer

Hulpmiddel als u lichte slaapapneu heeft en op uw rug slaapt. Het apparaat geeft een trilling, waardoor u traint om op uw zij te liggen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de longarts, KNO-arts of neuroloog
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● CPAP-apparaat

Als u hulp nodig heeft met ademen tijdens uw slaap.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

CPAP staat voor Continuous Positive Airway Pressure. Een CPAP-apparaat wordt gebruikt om slaapapneu te behandelen. Als u slaapapneu¹ heeft, stopt de ademhaling tijdens uw slaap vaak en voor meer dan 10 seconden. Bijvoorbeeld omdat uw tong uw luchtpijp blokkeert of uw hersenen te weinig prikkels geven om adem te halen. Een CPAP-apparaat blaast lucht onder druk in uw luchtpijp. Dat gebeurt via een masker. Het apparaat houdt uw luchtwegen bij het slapen vrij of geeft een prikkel om adem te halen, zodat u door blijft ademen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een CPAP-apparaat als u matige tot ernstige slaapapneu heeft. En een proefperiode met positief resultaat heeft gehad.

De minimale gebruikstermijn van een CPAP-apparaat is 5 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van CPAP-apparaten

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen
- CPAP-apparaat als u een MRA gebruikt, behalve als u volgens de richtlijnen beide tegelijk nodig heeft

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met ademen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met ademen](#)
- [Zuurstofapparatuur](#)
- [MRA](#)

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding [Mechanische beademing](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor het CPAP-apparaat betaalt u geen eigen bijdrage.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Het eigen risico

U krijgt het CPAP-apparaat in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Kiest u ervoor om het CPAP-apparaat zelf te kopen? Dan geldt het eigen risico wel. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor een CPAP-apparaat van de longarts, KNO-arts of neuroloog.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het CPAP-apparaat niet.

• Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

U heeft elk jaar recht op onderhoud van uw CPAP-apparaat

Elk jaar heeft u recht op onderhoud van uw CPAP-apparaat. De leverancier controleert uw apparaat en de slang en het masker worden vervangen. Gaat u naar een leverancier waarmee wij een contract hebben? Dan regelt de leverancier dit voor u. Hebben wij geen contract met uw leverancier? Dan moet u dit zelf met de leverancier regelen. En ons opnieuw toestemming vragen.

Uitleg

1. Slaapapneu: Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)

● MRA

Als u problemen heeft met ademen tijdens uw slaap.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

MRA staat voor Mandibulair Repositie Apparaat. Een MRA wordt gebruikt om slaapapneu te behandelen. Als u slaapapneu¹ heeft, stopt de ademhaling tijdens uw slaap vaak en voor meer dan 10 seconden. Bijvoorbeeld omdat uw tong of huig uw luchtpijp blokkeert. Een MRA schuift uw onderkaak naar voren. Zo blijven uw luchtwegen tijdens het slapen vrij.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een MRA als u lichte tot matige slaapapneu heeft of als een CPAP-apparaat bij u niet werkt.

De minimale gebruikstermijn van een MRA is 5 jaar.

Hier kunt u terecht

- [NVTs-erkende tandarts](#)
- kaakchirurg
- orthodontist
- leverancier van een MRA. Bij het opmeten van het MRA moet wel een NVTs-erkende tandarts, een kaakchirurg of een orthodontist betrokken zijn

Leverancier of kaakchirurg zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier of kaakchirurg u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier of kaakchirurg te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers en kaakchirurgen wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier of kaakchirurg geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#). Met tandartsen en orthodontisten sluiten we geen contracten. U kunt voor uw MRA bij elke NVTs-erkende tandarts terecht.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met ademen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met ademen](#)
- [Zuurstofapparatuur](#)
- [CPAP-apparatuur](#)

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding [Mechanische beademing](#).

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor het MRA betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor het MRA geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor een MRA van de longarts of KNO-arts.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier, tandarts, kaakchirurg of orthodontist dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en de offerte van de zorgverlener of leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het MRA niet.

- **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. Slaapapneu: Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)

● Zuurstofapparatuur

Als u hulp nodig heeft om genoeg zuurstof op te nemen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Zuurstofapparatuur gebruikt u als u zuurstof moet krijgen. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt zuurstofapparatuur als die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpt. Er zijn verschillende apparaten voor zuurstof:

- zuurstofconcentrators halen zuurstof uit de lucht, en zijn bedoeld voor gebruik thuis. Er zijn ook mobiele concentrators om mee te nemen
- zuurstofcilinders bevatten samengeperste zuurstof, die u makkelijk mee kunt nemen zodat u mobiel blijft
- systemen met vloeibare zuurstof, die bestaan uit een draagbaar vat, en een groot vat om het draagbare vat bij te vullen. Het systeem is zowel thuis als buiten huis te gebruiken

U kunt niet zelf kiezen welke zuurstofapparatuur u krijgt. Dat bepalen de behandelend arts en leverancier aan de hand van wat u nodig heeft.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook stoffen die u met zuurstofapparatuur krijgt toegediend. Met stoffen bedoelen we zuurstof en andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen. Die moeten wel bedoeld zijn om beter te kunnen ademen.

Gebruikt uw zuurstofapparaat stroom? Dan vergoeden wij € 0,12 per uur dat u het zuurstofapparaat gebruikt. Ieder uur moet geregistreerd zijn door de leverancier van het hulpmiddel. Is deze vergoeding voor u niet toereikend? Dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. Daarbij stuurt u ons een kopie van uw energiecontract. Daarin moeten de tarieven van (terug)geleverde stroom staan. Ook stuurt u de gegevens van uw zuurstofapparatuur (merk, type en wattage) mee. U kunt uw verzoek indienen via ons [uploadformulier](#).

Gaat u naar het buitenland? Het is niet altijd mogelijk om genoeg zuurstof mee te nemen. Of u mag het niet meenemen, bijvoorbeeld omdat u gaat vliegen. Dan vergoeden wij ook zuurstof die u in het buitenland krijgt. Maar maximaal tot het Nederlandse tarief, volgens de vergoeding [Buitenland: niet-spoedeisende \(voorziene\) zorg](#). Alle kosten boven het Nederlandse tarief en andere kosten vergoeden wij niet. U kunt zuurstof in het buitenland via uw leverancier regelen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van zuurstofapparatuur

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met ademen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met ademen](#)
- [CPAP-apparatuur](#)
- [MRA](#)

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding [Mechanische beademing](#).

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor zuurstofapparatuur betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt zuurstofapparatuur in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Voor de vergoeding voor stroom van € 0,12 per uur geldt wel het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

● **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor zuurstofapparatuur van de behandelend arts.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zuurstofapparatuur niet.

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Als u niet goed kunt bewegen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met uw houding en beweging (motorische handicap)? En is het noodzakelijk deze aandoening te corrigeren? Bijvoorbeeld afwijkingen van uw wervelkolom of voeten, verlamming of letsel aan uw botten of pezen. Vaak helpt een orthese dan.

Helpt een orthese niet of niet genoeg, en bent u door uw aandoening nog beperkt bij 1 van de volgende activiteiten?

- lopen
- gebruik van uw hand en arm
- veranderen van lichaamshouding of het vasthouden daarvan
- gebruiken van apparaten voor communicatie

Dan vergoeden wij ook hulpmiddelen om dit te corrigeren of te verbeteren.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze Zorgzoeker ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen als u beperkt bent bij huishoudelijke taken, zoals aangepaste keukenspullen
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij eten en drinken
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij het lopen
- een stoel met alleen een sta-op functie, waardoor u makkelijk kunt opstaan
- hulpmiddelen die alleen bij sportactiviteiten worden gebruikt

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met bewegen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- eenvoudige loophulpmiddelen (aanvullende verzekering)
- Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen
- Orthesen
- Daisyspelers
- Hulphonden (ADL-honden)
- Kortdurende uitleen, voor hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed
- Steunzolen (aanvullende verzekering)

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Kiest u ervoor om het hulpmiddel zelf te kopen? Dan geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier of per post. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

● Details per hulpmiddel

Robotarm en dynamische armondersteuning

Hulpmiddelen bij onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift met toelichting hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift met toelichting mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Robotmanipulator

Hulpmiddel dat u kan helpen bij uw dagelijkse activiteiten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de revalidatiearts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift en schriftelijk advies mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Eetapparaat

Mechanisch hulpmiddel dat u kan helpen met eten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Trippelstoel

Makkelijk te verrijden en wendbare stoel op wieltjes. Daarmee kunt u zich eenvoudig zittend verplaatsen en heeft u uw handen vrij om wat te doen of iets mee te nemen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift en schriftelijk advies mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Loopwagen of loopfiets

Hulpmiddel waarmee u zich kunt verplaatsen als het lopen van langere afstanden niet (meer) lukt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift en schriftelijk advies mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Aangepaste tafel of aangepaste stoel

Een tafel die in hoogte verstelbaar is voor rolstoelgebruikers. Een aangepaste stoel gebruikt u als u niet meer goed kunt zitten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift en schriftelijk advies mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Apparatuur voor omgevingsbediening

Hulpmiddelen die u helpen om bijvoorbeeld de telefoon, lampen, deuren of gordijnen te bedienen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Aangepaste apparatuur om de computer te bedienen

Hulpmiddelen die u helpen om uw computer te gebruiken, zoals hoofdbediening en oogbediening.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Bladomslagapparaat

Hulpmiddel om bladzijden van boeken en tijdschriften om te slaan.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Aangepaste telefoon via omgevingsbesturing

Telefoon die u via de omgevingsbesturing kunt gebruiken.

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Telefoonhoornhouder

Hulpmiddel als u zelf de telefoon(hoorn) niet vast kunt houden.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- als de houder € 250 of minder kost, geldt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel dan in eigendom krijgt. Kost de houder meer, dan geldt het eigen risico niet, omdat u dit hulpmiddel dan in bruikleen krijgt

Telefoonnummerkiezer

Hulpmiddel dat u helpt om telefoonnummers te kiezen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Stabeugel, (dynamische) zit- of ligorthese

Hulpmiddel om uw houding te corrigeren of comfortabel te krijgen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist en bij vervanging van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Anti-decubitus zitkussen

Een zitkussen om doorligwonden (decubitus) te voorkomen of te behandelen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

Als u met gewone schoenen niet meer goed kunt lopen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	<ul style="list-style-type: none">• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding• U betaalt een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen

Onze aanvullende verzekeringen hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen¹ voor hulpmiddelen en de meerkosten van een pruik samen.

● Wat u vergoed krijgt

Orthopedische schoenen zijn speciaal op maat gemaakte schoenen. Semi-orthopedische schoenen zijn bestaande schoenen die zo worden aangepast dat het uw voetklachten oplost. U krijgt (semi-)orthopedische schoenen als u geen gewone schoenen (confectie) kunt dragen. Soms zijn orthopedische schoenen niet nodig, maar is een aanpassing aan gewone schoenen (confectie) voldoende. Of orthopedische binnenschoenen.

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)? En heeft u orthopedische schoenen of andere schoenvoorzieningen altijd nodig om dit te corrigeren? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die schoenen of voorzieningen. Dus niet als u ze tijdelijk nodig heeft.

Hier kunt u terecht

- leverancier van (semi-)orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Dit wordt niet vergoed

- gewone schoenen (confectie)
- orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen die alleen bij sportactiviteiten worden gebruikt

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met bewegen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Orthesen](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden \(ADL-honden\)](#)
- [Kortdurende uitleen](#), voor hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)
- [Steunzolen \(aanvullende verzekering\)](#)
- Eenvoudige [loophulpmiddelen](#) (aanvullende verzekering)

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

U betaalt soms een eigen bijdrage. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Voor (semi-)orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Details per hulpmiddel

(Semi-)orthopedische schoenen

Aangepaste schoenen als u door problemen met bewegen geen gewone schoenen (confectie) kunt dragen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u betaalt een eigen bijdrage van € 130 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is uw eigen bijdrage € 65 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is de minimale gebruikstermijn 6 maanden

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Wisselpaar (semi-)orthopedische schoenen vanaf 16 jaar

Reservepaar (semi-)orthopedische schoenen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u betaalt een eigen bijdrage van € 130 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden
- u kunt een wisselpaar aanvragen als u uw 1e paar (semi-)orthopedische schoenen 3 maanden heeft

Orthopedische binnenschoenen

Orthopedische voorziening die u in een gewone schoen (confectie) draagt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Orthopedische voorziening aan confectieschoenen

Orthopedische aanpassing aan uw gewone schoenen (confectie).

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u mag maximaal 2 paar schoenen of 2 stuks per 18 maanden laten aanpassen

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. Eigen bijdragen: Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

● Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)

Als u niet goed kunt bewegen en tijdelijk een hulpmiddel daarvoor nodig heeft.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)? En bent u door die aandoening beperkt bij wassen en naar het toilet gaan, het maken van transfers of zich verplaatsen? Dan vergoeden wij ook hulpmiddelen om dit te corrigeren of verbeteren als u ze tijdelijk nodig heeft. We noemen dit ook wel kortdurende uitleen. Als kortdurend zien wij een periode van maximaal 26 weken. Als uw persoonlijke situatie dat vraagt, is het mogelijk om deze termijn iets te verlengen.

Als u zich niet goed kunt verplaatsen, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet alle hulpmiddelen, maar wel rolstoelen, drempelhulpen en transferhulpmiddelen.

Heeft u het hulpmiddel altijd of langer nodig? Dan kunt u dit aanvragen bij uw gemeente.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen voor kortdurende uitleen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen als u beperkt bent bij huishoudelijke taken, zoals aangepaste keukenspullen
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij eten en drinken
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij het lopen
- een stoel met alleen een sta-op functie, waardoor u makkelijk kunt opstaan
- hulpmiddelen die alleen bij sportactiviteiten worden gebruikt

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met bewegen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen](#)
- [Orthesen](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden \(ADL-honden\)](#)
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)
- [Eenvoudige loophulpmiddelen \(aanvullende verzekering\)](#)
- [Steunzolen \(aanvullende verzekering\)](#)

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Kiest u ervoor om het hulpmiddel zelf te kopen? Dan geldt het eigen risico wel. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U hoeft geen toestemming te vragen

U heeft geen toestemming van ons nodig. Als u een voorschrift heeft, kunt u direct naar een leverancier om het hulpmiddel te halen.

● Details per hulpmiddel

Rolstoel

Hulpmiddel waarmee u zich kunt verplaatsen als u tijdelijk slecht of niet kunt lopen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Gipssteun

Hulpmiddel dat aan uw rolstoel gemonteerd kan worden om uw gipsbeen te ondersteunen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Drempelhulp

Hulpmiddel om hoge drempels of andere obstakels veilig over te komen.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Transferplank, draaischijf en tillift

Hulpmiddelen die u helpen om zich te verplaatsen, bijvoorbeeld van rolstoel naar bed of auto.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Luchtring

Hulpmiddel dat zorgt voor verlichting van pijn bij het zitten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Losse toiletverhoger, losse toiletstoel, losse douchestoel en badplank

Hulpmiddelen die u helpen om het toilet te gebruiken en om te douchen en in bad te gaan.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Orthesen

Als uw lichaam ondersteuning nodig heeft.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Een orthese is een uitwendig hulpmiddel dat u draagt om de stand van uw lichaam te corrigeren, of de niet-normale beweeglijkheid van uw gewrichten of wervelkolom. Bijvoorbeeld een korset, spalk of een brace.

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft in houding en beweging (motorische handicap)? Dat kan bijvoorbeeld een afwijking van de wervelkolom zijn, verlamming, of letsel aan botten of pezen. En heeft u een orthese nodig om dit te corrigeren? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering deze als u de orthese altijd nodig heeft. Het gaat dus niet om orthesen die u tijdelijk nodig heeft.

De minimale gebruikstermijn van een orthese is 2 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van orthesen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige orthesen, zoals steunzolen
- orthesen die alleen bij sportactiviteiten worden gebruikt

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met bewegen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden \(ADL-honden\)](#)
- [Kortdurende uitleen](#), voor hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)
- [Steunzolen](#) (aanvullende verzekering)
- eenvoudige [loophulpmiddelen](#) (aanvullende verzekering)

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor de orthese betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor de orthese geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de orthese van de medisch specialist. Het voorschrift voor vervanging kunt u ook krijgen van de behandelend arts.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de orthese niet.

- **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

Als u zonder hulpmiddel niet goed kunt zien, door een ongeluk, ziekte of aandoening.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	<ul style="list-style-type: none">• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding• U betaalt een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen

Onze aanvullende verzekeringen hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen¹ voor hulpmiddelen en de meerkosten voor een pruik samen.

● Wat u vergoed krijgt

Veel mensen dragen een bril of lenzen in het dagelijks leven omdat ze bijziend of verziend zijn. De basisverzekering vergoedt die niet. Maar een bril of lenzen kunnen ook nodig zijn door een ongeluk, ziekte of aandoening. We noemen dat een medische indicatie. De basisverzekering vergoedt brillen of lenzen dan soms wel.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt **lenzen** als 1 van de volgende situaties op u van toepassing is:

- correctie van uw ogen is nodig door een medische aandoening of trauma, en lenzen helpen beter dan brillenglazen voor een scherp zicht of zicht van goede kwaliteit
- u bent jonger dan 18 jaar en u heeft pathologische myopie (vorm van bijziendheid), met een sterkte van ten minste -6

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt **brillenglazen** of **filterglazen** als u jonger bent dan 18 jaar én 1 van de volgende situaties op u van toepassing is:

- wij zouden lenzen met medische indicatie vergoeden maar u heeft liever een bril
- u bent aan 1 of beide ogen geopereerd voor een afwijking aan uw lens
- u kijkt scheel omdat u verziend bent (zuivere accommodatieve esotropie)

Hier kunt u terecht

- leverancier van brillenglazen of filterglazen en lenzen

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- brillenglazen of filterglazen als u 18 jaar of ouder bent
- brilmonturen

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met zien. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden](#) (blindengeleidehonden)
- [Bril, \(contact\)lenzen en ooglaseren](#) (aanvullende verzekering)

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage voor brillenglazen of filterglazen van € 61 per glas, tot maximaal € 122 per kalenderjaar. Voor lenzen is dat € 61 per lens, als u deze langer dan 1 jaar kunt gebruiken. En € 61 per te corrigeren oog per kalenderjaar als u de lenzen korter dan 1 jaar kunt gebruiken. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor brillenglazen of filterglazen en lenzen van uw oogarts.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dit voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. Eigen bijdragen: Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

● Hulpmiddelen bij problemen met zien

Als u zonder hulp niet goed kunt zien.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Er zijn allerlei hulpmiddelen die u kunnen helpen als u niet goed kunt zien. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende hulpmiddelen:

- hulpmiddelen die beperkingen helemaal of voor een deel verhelpen bij lezen, schrijven of het gebruik van apparaten voor elektronische communicatie of informatievoorziening
- hulpmiddelen die beperkingen helemaal of voor een deel verhelpen bij oriëntatie of het om obstakels heenlopen

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen voor problemen met zien

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven, zoals een simpele handloop of leesliniaal

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met zien. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#)
- [Bril, \(contact\)lenzen en ooglaseren](#) (aanvullende verzekering)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden](#) (blindengeleidehond)

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. Behalve als u het hulpmiddel in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Bij 'Details per hulpmiddel' staat of u vooraf toestemming nodig heeft. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Details per hulpmiddel

Bijzondere optische hulpmiddelen, zoals telescoop(bril), (digitale) handloep, loeplamp en lichtloep

Hulpmiddelen als een standaard bril of lenzen niet meer voldoende helpen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of van een voorschrijver werkzaam bij regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Ptoxisbril of kappenbril

Hulpmiddel dat u helpt om uw oogleden omhoog te houden of om uw ogen af te sluiten tegen wind, zon, stof, pollen en licht.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van uw oogarts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Beeldschermloep

Hulpmiddel dat documenten vergroot, zodat u deze weer kunt lezen en bekijken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Tactiel-leesapparatuur en wat daarbij hoort

Brailleleesregel waardoor u een schrijfmachine of beeldscherm kunt gebruiken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Grootletterssoftware voor computer

Software die geschreven tekst vergroot.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Invoer- en uitvoerapparatuur voor bediening van computers

Hulpmiddel om uw computer te bedienen, zoals een speciaal vergroot toetsenbord.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Spraaksoftware voor mobiele telefoon

Software die menukeuzes, namen van bellers en teksten omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Memorecorder

Hulpmiddel dat gesproken tekst opneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Voorleesapparatuur voor geschreven tekst

Hulpmiddel dat geschreven tekst scant en omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Voorleesapparatuur voor tv-ondertiteling

Hulpmiddel dat tv-ondertiteling omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Blindentaststok

Hulpmiddel bij oriëntatie op de weg en om langs obstakels te lopen.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

Als u zelf niet meer goed kunt horen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	<ul style="list-style-type: none">• Tot 18 jaar 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding• Vanaf 18 jaar 75% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen

Onze aanvullende verzekeringen hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen¹ van hulpmiddelen en de meerkosten van een pruiik samen.

● Wat u vergoed krijgt

Bij hoorhulpmiddelen zult u al snel aan hoortoestellen denken. Of aan tinnitusmaskeerders als u tinnitus heeft. We vergoeden hoortoestellen en tinnitusmaskeerders als u ernstig gehoorverlies heeft, of ernstig oorsuizen. Onder ernstig gehoorverlies verstaan wij een verlies van 35 dB (decibel) of meer. Of u dit heeft, stelt de audicien vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz (hertz) te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Heeft u recht op een hoortoestel, maar gebruikt u liever een eenvoudige luisterhulp? Dan vergoeden wij deze luisterhulp.

Voldoet u niet aan de voorwaarde van gehoorverlies of ernstig oorsuizen? In bijzondere situaties vergoeden wij hoortoestellen, tinnitusmaskeerders en eenvoudige luisterhulpen toch. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

We hebben ook een handige [brochure](#) over hoortoestellen.

Hier kunt u terecht

- audicien

Leverancier zonder contract

Voor eenvoudige luisterhulpmiddelen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs.

Voor hoortoestellen en tinnitusmaskeerders kiest u ook zelf naar welke audicien u gaat. Maar om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde audicien te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke audiciens wij een contract hebben.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Heeft uw audicien geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij hoorproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- Hulpmiddelen bij problemen met horen
- Hulphonden (signaalhonden)

Andere audiologische zorg valt onder de vergoeding Audiologische zorg. Het gaat bijvoorbeeld om onderzoek naar uw gehoor en advies over een hoortoestel of het gebruik daarvan.

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplantéerd worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

U betaalt soms een eigen bijdrage. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier of per post. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Details per hulpmiddel

Hoortoestellen

Hulpmiddel waarmee u beter kunt horen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum. Bij ouderdomsslechthorendheid² heeft u geen voorschrift nodig. U kunt direct naar uw audicien
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u mee: het voorschrift, een recent ton- en spraakaudiogram, een ingevulde Hoorvragenlijst, een tevredenheidsverklaring en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage. Het gaat om de aanschafkosten van het hoortoestel waar u recht op heeft volgens het hoorprotocol. Wilt u een hoortoestel uit een hogere categorie? Dan vergoeden wij maximaal 75% van de kosten van het hoortoestel uit de categorie waar u recht op heeft. Het meerdere betaalt u zelf
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Oorstukjes

Dit zijn de onderdelen van het hoortoestel die u in uw oor draagt.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum. Bij ouderdomslechthorendheid² heeft u geen voorschrift nodig. U kunt direct naar uw audicien
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage
- de minimale gebruikstermijn is 24 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is de minimale gebruikstermijn 6 maanden

Tinnitusmaskeerder

Hulpmiddel dat een ruisgeluid maakt, zodat u minder last heeft van oorsuizen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage. Het gaat om de aanschafkosten van de tinnitusmaskeerder waar u recht op heeft volgens het hoorprotocol. Wilt u een tinnitusmaskeerder uit een hogere categorie? Dan vergoeden wij maximaal 75% van de kosten van de tinnitusmaskeerder uit de categorie waar u recht op heeft. Het meerdere betaalt u zelf
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Eenvoudige luisterhulpmiddelen

Eenvoudig hulpmiddel om goed een gesprek te kunnen voeren. Bijvoorbeeld als u nog geen hoortoestel kunt of wilt dragen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

● Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uw audicien moet aan het Hoorprotocol voldoen

Wij vergoeden hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien werkt volgens het actuele Hoorprotocol 2.0. Uw audicien kan u daar meer over vertellen.

Uitleg

1. Eigen bijdragen: Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
2. Ouderdomslechthorendheid: Als u 67 of ouder bent en slecht hoort

● Hulpmiddelen bij problemen met horen

Als u niet meer goed kunt horen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Bij hoorhulpmiddelen zult u al snel aan hoortoestellen denken. Maar er zijn veel meer hoorhulpmiddelen. Deze helpen u bijvoorbeeld bij het gebruik van uw mobiele telefoon, of het kijken naar tv. Of ze waarschuwen u als er een alarm in huis afgaat. Hieronder leggen we uit welke hulpmiddelen wij vergoeden.

Heeft u ernstig gehoorverlies, of ernstig oorsuizen en gebruikt u een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp? Maar kunt u daarmee nog niet goed horen, of apparatuur voor communicatie nog niet goed gebruiken? Dan vergoeden wij hulpmiddelen die dit verbeteren, zoals FM-apparatuur, een ringleiding of waarschuwingssystemen. Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen. Wij vergoeden deze hulpmiddelen ook in plaats van een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp.

Onder ernstig gehoorverlies verstaan wij een verlies van 35 dB (decibel) of meer. Of dit zo is, stelt de audicien vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz (hertz) te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Voldoet u niet aan de voorwaarde van ernstig gehoorverlies of ernstig oorsuizen? In bijzondere situaties vergoeden wij toch hulpmiddelen waarmee u beter kunt horen. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

Bent u slechthorend en heeft u een hulpmiddel nodig op uw werk of in het onderwijs? Dan vergoeden wij sommige hulpmiddelen om uw werkplek aan te passen. Het gaat om apparatuur die aan de volgende 3 eisen voldoet:

1. de apparatuur is een aanvulling op het hoortoestel of trilmechanisme dat u al heeft en is voor u persoonlijk bedoeld, en
2. de apparatuur is draadloos verbonden met uw hoortoestel of trilmechanisme, en
3. de apparatuur is nodig om uw werk te kunnen doen of onderwijs te kunnen volgen

Hier kunt u terecht

- audicien
- leverancier van hoorhulpmiddelen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier of audicien u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier of audicien te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers en audiciens wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier of audicien geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij hoorproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#)
- [Hulphonden](#) (signaalhonden)

Andere audiologische zorg valt onder de vergoeding [Audiologische zorg](#). Het gaat bijvoorbeeld om onderzoek naar uw gehoor en advies over een hoortoestel of het gebruik daarvan.

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplantéerd worden, vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. Behalve als u het hulpmiddel in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Details per hulpmiddel

Ringleiding, FM-apparatuur of infraroodapparatuur

Hulpmiddel dat het geluid van apparatuur draadloos overbrengt op uw hoortoestel.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u heeft geen voorschrift nodig. U kunt direct naar uw audicien
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u een offerte mee van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Teksttelefoon en beeldtelefoon

Hulpmiddel dat geluid omzet in tekst en beeld.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Wek- en waarschuwingsapparatuur

Hulpmiddel dat het geluid van bijvoorbeeld de deurbel, telefoon of rookmelder omzet in licht- en trilsignalen.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Soloapparatuur en wat daarbij hoort

Hulpmiddel dat het geluid van de spreker doorzet naar uw hoortoestel.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uw audicien of leverancier moet aan het Hoorprotocol voldoen

Wij vergoeden hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien of andere leverancier werkt volgens het actuele Hoorprotocol 2.0. Uw audicien of leverancier kan u daar meer over vertellen.

● Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers

Als u huidproblemen heeft aan uw voeten.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	<ul style="list-style-type: none">• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding• U betaalt een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen

Onze aanvullende verzekeringen hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen¹ voor hulpmiddelen en de meerkosten van een pruik samen.

● Wat u vergoed krijgt

Soms heeft u huidproblemen en heeft uw huid ondersteuning nodig. In deze vergoeding staat wanneer u recht heeft op op maat gemaakte allergeenvrije schoenen en hielbeschermers tegen doorliggen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze hulpmiddelen bij 1 van de volgende aandoeningen:

- complexe wond, of een hoog risico daarop
- chronische huidaandoening
- ernstige littekens als u daardoor een aantoonbare lichamelijke stoornis heeft of verminkt bent

Een complexe wond is een wond die niet goed geneest door een ziekte of aandoening. Daarbij kan ook het volgende meespelen:

- u kunt door sociale omstandigheden de wond niet goed verzorgen
- uw zorgverlener heeft niet genoeg kennis of vaardigheden om de wond goed te verzorgen
- uw zorginstelling doet niet genoeg aan wondverzorging waardoor uw wond niet goed verzorgd wordt

Wij vergoeden op maat gemaakte allergeenvrije schoenen als u in redelijkheid niet kunt volstaan met gewone allergeenvrije schoenen (confectie).

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijvingen vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van allergeenvrije schoenen en hielbeschermers

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Leverancier zonder contract

Voor hielbeschermers sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt staat erbij wat we precies vergoeden.

Voor allergenvrije schoenen kiest u zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- gewone allergenvrije schoenen (confectie)
- zelfzorgmiddelen

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij huidproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Verbandmiddelen](#)
- [Verbandschoenen](#)
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

U betaalt soms een eigen bijdrage. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post.

U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Details per hulpmiddel

Op maat gemaakte allergeenvrije schoenen

Speciaal voor u gemaakte schoenen als u een allergie heeft voor bepaalde stoffen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de dermatoloog
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u betaalt een eigen bijdrage van € 130 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is uw eigen bijdrage € 65 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is de minimale gebruikstermijn 6 maanden

Wisselpaar allergeenvrije schoenen vanaf 16 jaar

Reservepaar allergeenvrije schoenen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de dermatoloog
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u betaalt een eigen bijdrage van € 130 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden

Hielbeschermers tegen doorliggen

Hulpmiddel voor de behandeling of preventie van doorligwonden (decubitus).

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wondverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

• Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. Eigen bijdragen: Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

● Verbandmiddelen

Als uw huid door huidproblemen verbonden moet worden.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Verbandmiddelen zijn er in vele soorten en maten. U kunt denken aan gazen, watten, buis- en netverband, pleisters, tape, windsels en bandagelenzen (verbandlens zonder visuscorrectie).

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt verbandmiddelen bij de volgende aandoeningen:

- een complexe wond, of een hoog risico daarop
- een chronische huidaandoening
- ernstige littekens als sprake is van een aantoonbare lichamelijke stoornis of verminking

Een complexe wond is een wond die niet goed geneest door een ziekte of aandoening. Daarbij kan ook het volgende meespelen:

- u kunt door sociale omstandigheden de wond niet goed verzorgen
- uw zorgverlener heeft niet genoeg kennis of vaardigheden om de wond goed te verzorgen
- uw zorginstelling doet niet genoeg aan wondverzorging waardoor uw wond niet goed verzorgd wordt

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijvingen vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van verbandmiddelen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- verbandmiddelen voor kort gebruik
- verbandmiddelen die vergelijkbaar zijn met zelfzorgmiddelen of middelen die alleen worden gebruikt bij een behandeling in het ziekenhuis

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij huidproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers](#)
- [Verbandschoenen](#)
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)
- [verbandmiddelen voor eenvoudige wonden \(aanvullende verzekering\)](#)

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor verbandmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor verbandmiddelen geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier of per post. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuur. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de verbandmiddelen niet.

• Details per hulpmiddel

Bandagelenzen (zonder correctie)

Een lens zonder sterkte om uw oog te beschermen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de oogarts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Verbandmiddelen

Hulpmiddel om bijvoorbeeld een wond te bedekken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts, verpleegkundig specialist of wondverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift en een offerte van de leverancier mee, of het ZN-aanvraagformulier Verbandhulpmiddelen
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

• Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Verbandschoenen

Als uw voeten verbonden zijn en u geen gewone schoenen kunt dragen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Verbandschoenen zijn er voor als u geen gewone schoenen aan kunt omdat uw voeten verbonden zijn. Met deze speciale schoenen kunt u sneller weer in beweging komen. Ze zijn er in vele soorten en maten.

Wij vergoeden verbandschoenen alleen als 1 van de volgende situaties op u van toepassing is:

- u heeft huid-, gevoel- of vaatproblemen aan uw voet
- u bent aan het herstellen omdat uw voet voor een deel is geamputeerd
- door een wond of operatie is uw voet beschadigd

Hierdoor moeten uw voeten worden verbonden, en kunt u geen gewone schoenen aan.

U heeft alleen recht op vergoeding van standaard verbandschoenen (confectie). Er zijn zoveel soorten en maten hiervan dat op maat gemaakte verbandschoenen niet nodig zijn.

Hier kunt u terecht

- leverancier van verbandschoenen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

Dit wordt niet vergoed

- inlegzolen

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij huidproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers
- Verbandmiddelen
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor verbandschoenen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor verbandschoenen geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

- U moet een voorschrift hebben**

- U krijgt het voorschrift voor verbandschoenen van de behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige.

- U hoeft geen toestemming te vragen**

- U heeft geen toestemming van ons nodig. Als u een voorschrift heeft, kunt u direct naar een leverancier om de verbandschoenen te halen.

- **Goed om te weten**

- Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

- Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

Zonder zorgen dag en nacht doorkomen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u door een ziekte, aandoening of behandeling minder of geen controle meer bij het ophouden van urine of ontlasting? Of kunt u daardoor uw urine of ontlasting niet op normale wijze kwijt? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering hulpmiddelen die u daarbij helpen. U kunt denken aan katheters, opvangzakken, spoelapparatuur en stomavoorzieningen.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Heeft u een stoma? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook hulpmiddelen om uw huid te beschermen. En de bij 'Details per hulpmiddel' genoemde materialen, als die bij uw stoma nodig zijn.

In bijzondere situaties vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook beschermende onderleggers. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag. Een bijzondere situatie is er als het verlies van bloed, (ontstekings)vocht, urine of ontlasting zulke grote hygiëneproblemen voor u geeft, dat alleen een onderlegger een oplossing biedt.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- middelen die uw huid beschermen als u geen stoma heeft
- kleding, behalve netbroekjes
- incontinentiematras

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Incontinentiemateriaal](#) (absorberend en wasbaar materiaal)
- [Geneesmiddelen basisverzekering](#), die uw huid beschermen als u een stoma heeft
- [Plaswekker](#) (aanvullende verzekering)

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Details per hulpmiddel

Urine-opvangzakken

Hulpmiddel om uw urine op te vangen als u een verblijfskatheter gebruikt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continetieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Katheters

Een dun, hol en soepel slangetje waarmee urine uit de blaas wordt afgevoerd.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continetieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Spoelapparatuur (ontlasting)

Hulpmiddel dat u helpt om de darmen met (lauw) water te spoelen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continetieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Stomamateriaal

Hulpmiddelen voor de verzorging van een stoma.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of gespecialiseerd stomaverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Gaat u meer materiaal gebruiken dan de maximale hoeveelheid die we hieronder noemen? Ook dan moet u vooraf toestemming vragen.
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- wij vergoeden een maximale hoeveelheid stomamateriaal:
 - colostoma 1-delig: maximaal 4 zakjes per dag
 - colostoma 2-delig: maximaal 4 plakken per week / maximaal 4 zakjes per dag
 - stomapluggen 1-delig: maximaal 4 pluggen per dag
 - stomapluggen 2-delig: maximaal 1 plak en 4 pluggen per dag
 - ileostoma 1-delig: maximaal 2 zakjes per dag
 - ileostoma 2-delig: maximaal 4 plakken per week / maximaal 2 zakjes per dag
 - urostoma 1-delig: maximaal 2 zakjes per dag
 - urostoma 2-delig: maximaal 4 plakken per week / maximaal 2 zakjes per dag
 - continenstoma (afdekpleisters en katheters): 2 tot 6 per dag, afhankelijk van voorschrift
 - irrigatie spoelsets: 1e jaar maximaal 2 spoelsets, daarna maximaal 1 per jaar
 - irrigatie spoelpomp: maximaal 1 spoelapparaat per jaar, maximaal 1 irrigatiesleeve per dag, en na elke spoelbeurt maximaal 2 stomapleisters of colostomiezakjes

Beschermende onderleggers

Onderleggers die uw matras en (rol)stoel beschermen tegen bloed, (ontstekings)vocht, urine en ontlasting.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift met motivatie hebben van de behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continetieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift met motivatie mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Incontinentiemateriaal

Zonder zorgen dag en nacht doorkomen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Onder incontinentiemateriaal verstaan wij absorberend en wasbaar materiaal voor problemen met urine of ontlasting. Sommige materialen gooit u weg na gebruik, andere kunt u uitwassen.

Wij vergoeden incontinentiemateriaal als u door een ziekte of aandoening minder of geen controle heeft bij het ophouden van urine of ontlasting (incontinentie) en aan de volgende voorwaarde voldoet:

- bij kinderen van 3 of 4 jaar: door de ziekte of aandoening is niet te verwachten dat het kind zindelijk wordt
- bij kinderen van 5 jaar of ouder en volwassenen: door de ziekte of aandoening is sprake van langdurige incontinentie

Er is sprake van langdurige incontinentie in de volgende gevallen:

- de problemen met het ophouden van ontlasting duren langer dan 2 weken of de problemen met het ophouden van urine langer dan 2 maanden, en
- het is duidelijk dat de ziekte of aandoening die de problemen met het ophouden van urine of ontlasting veroorzaakt niet vanzelf geneest of dat bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet zal helpen

Heeft u ondersteuning met incontinentiemateriaal nodig tijdens therapie met bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering deze materialen zolang de therapie duurt.

Bent u niet bereid om de therapie te volgen terwijl dit voor u wel zou kunnen helpen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering het incontinentiemateriaal niet.

De continëntieverpleegkundige bepaalt welk materiaal en hoeveel u nodig heeft, tijdens de intake bij uw leverancier. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt die hoeveelheid.

Hier kunt u terecht

- leverancier van incontinentiemateriaal

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- kleding, behalve netbroekjes
- incontinentiemateriaal bij tijdelijke incontinentie, bijvoorbeeld na een operatie of zwangerschap, of nachtelijk bedplassen

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij incontinentie. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting. Daar staat ook de vergoeding voor beschermende onderleggers voor matrassen en (rol)stoelen
- Plaswekker (aanvullende verzekering)

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor incontinentiemateriaal betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor incontinentiemateriaal geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor incontinentiemateriaal van de behandelend arts, physician assistant, verpleegkundig specialist, Urologie Continentie Stoma verpleegkundige of continetieverpleegkundige.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het incontinentiemateriaal niet.

• Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Als bij verpleging en verzorging bij u thuis hulpmiddelen nodig zijn.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Soms zijn hulpmiddelen nodig om op verantwoorde manier verpleging en verzorging op bed te krijgen. Of om op verantwoorde wijze zelfstandig te blijven. Het kan gaan om een aangepast bed, of extra hulp om in of uit bed te komen. U kunt deze hulpmiddelen ook (tijdelijk) krijgen als u ze nodig heeft in verband met bevalling en kraamzorg.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt aangepaste bedden en daarvoor bedoelde matrassen als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft verpleging en verzorging op bed nodig, en u heeft daar een indicatie voor, en
2. het gaat om hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)¹ op bed, of een combinatie hiervan met verpleging en verzorging, en
3. u heeft deze hulp en verpleging en verzorging meerdere keren per dag nodig

Krijgt u verpleging en verzorging op bed, en heeft u daarvoor andere hulpmiddelen nodig? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook deze, maar alleen als deze genoemd zijn bij 'Details per hulpmiddel'.

Onderleggers om uw matras te beschermen vergoeden wij alleen als deze de enige manier zijn om problemen met hygiëne door bloed of wondvocht op te lossen.

Heeft u geen indicatie voor verpleging en verzorging op bed? Maar heeft u die hulpmiddelen wel nodig om voor uzelf te kunnen blijven zorgen? Ook dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering deze hulpmiddelen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

Andere vergoedingen

Hulpmiddelen die u tijdelijk nodig heeft omdat u problemen heeft met bewegen, vallen onder de vergoeding Kortdurende uitleen. Dit zijn bijvoorbeeld hulpmiddelen omdat u zich tijdelijk niet kunt wassen, of omdat u tijdelijk niet in of uit bed kunt komen.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. Behalve als u het hulpmiddel in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed van de behandelend arts of wijkverpleegkundige.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Staat bij 'Details per hulpmiddel' dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.

Is wel toestemming nodig? Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Details per hulpmiddel

Bed in speciale uitvoering (inclusief matras)

Een bijzonder bed als u met een gewoon bed niet verpleegd en verzorgd kunt worden of zelfredzaam kunt blijven.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Bed, matras en overtrek voor de behandeling of preventie van doorligwonden (decubitus)

Hulpmiddelen die de druk verlagen als u langdurig moet liggen waardoor u comfortabeler ligt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts, wondverpleegkundige of wijkverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Dekenboog, bedekken, bedrugsteun, bedgalg, papegaai en portaal

Extra hulpmiddelen voor aan uw bed.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Infuusstandaard

Standaard die u gebruikt om uw infuus aan op te hangen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Bedtafel

Tafel als u in bed wilt eten, computeren, schrijven of lezen.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Glij- en rollaken

Hulpmiddel om u te helpen omdraaien in bed.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Bedverkorter, bedverlenger en bedverhoger

Hulpmiddelen om het bed aan te passen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Ondersteek

Hulpmiddel als u niet uit bed kunt of mag om naar de wc te gaan.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Bedbeschermende onderleggers

Onderleggers die uw matras beschermen tegen bloed of wondvocht.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL): Dit zijn algemene handelingen die u dagelijks uitvoert, zoals aankleden, uitkleden en wassen

● Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen

Als u voor lange tijd injectiespuiten of injectiepenen moet gebruiken.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Injectiespuiten en injectiepenen zijn bedoeld om geneesmiddelen direct in het lichaam toe te dienen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt injectiespuiten en injectiepenen en de producten die daarbij horen, als u een aandoening heeft waardoor u voor lange tijd injecties nodig heeft. Het moet om een andere aandoening gaan dan diabetes.

Kunt u geen 'normale' injectiespuit of injectiepen gebruiken omdat u een ernstige motorische handicap heeft of omdat u slecht ziet? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering in plaats daarvan aangepaste spuiten of penen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van injectiespuiten en injectiepenen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Andere vergoedingen

Heeft u diabetes? Injectiespuiten en injectiepenen om insuline toe te dienen vallen onder de vergoeding [Hulpmiddelen bij diabetes](#).

Gebruikt u injectiespuiten of injectiepenen om geneesmiddelen toe te dienen die bij uw ziekenhuisbehandeling horen? Dan geldt de vergoeding [Medisch specialist](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor injectiespuiten en injectiepenen van de behandelend arts.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

- **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Steunkousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen

Als uw aders en lymfevaten niet meer goed werken.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Uw slagaders en aders zorgen voor transport van het bloed door uw lichaam. Lymfevaten zorgen voor transport van lymfevocht van organen naar lymfeklieren. Het lymfevocht voert afvalstoffen af die niet in het bloed mogen komen.

Soms doen aders en lymfevaten hun werk niet goed en heeft u steunkousen of een compressie-apparaat nodig. Die kunnen, door extra druk op armen of benen, bloed of lymfe daaruit weer afvoeren. Dat voorkomt bijvoorbeeld trombose of oedeem.

Steunkousen zijn er in 4 drukklassen. Een steunkous met drukklasse 1 geeft lichte ondersteuning, terwijl een steunkous met drukklasse 4 veel meer druk op uw been of arm geeft en daardoor geschikt is voor ernstige aandoeningen. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt alleen steunkousen van drukklasse 2 of hoger. Dat zijn 'therapeutisch elastische kousen'.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt therapeutisch elastische kousen of een compressie-apparaat als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet:

1. de aders of lymfevaten kunnen niet meer goed zorgen voor het transport van bloed of lymfevocht, en
2. u heeft altijd een hulpmiddel nodig om dit te compenseren

Als u de therapeutisch elastische kousen zelf niet aan en uit kunt doen, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook een aantrek- en uittrekhelp.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van steunkousen of andere hulpmiddelen bij vaatproblemen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

Dit wordt niet vergoed

- steunkousen na het verwijderen van spataderen
- steunkousen met drukklasse 1

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Andere vergoedingen

Heeft u hulp nodig van een verzorger of verpleegkundige bij het aan- en uitdoen van steunkousen omdat u dat zelf niet kunt met een aantrek- en uittrekhelp? Die hulp valt onder de vergoeding Verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

Krijgt u steunkousen vanwege een operatie of andere ziekenhuisbehandeling? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. Behalve als u het hulpmiddel in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier of per post. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Details per hulpmiddel

Steunkousen

Een steunkous zorgt voor extra druk op uw hele been of arm, of een deel daarvan. Uw lichaam kan door deze extra druk bloed of lymfe weer uit uw benen of armen afvoeren.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of huidtherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- wij vergoeden 2 paar kousen of 2 stuks per 12 maanden

Eenvoudige aan- en uittrekhelp

Hulpmiddel voor het gemakkelijk aan- en uittrekken van steunkousen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts, fysiotherapeut of ergotherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruiksstermijn is 2 jaar

Orthomate

Elektrisch hulpmiddel dat u helpt om uw therapeutisch elastische kousen zelfstandig uit te trekken.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Compressie-apparaat

Hulpmiddel voor de behandeling van lymfe-oedeem.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts en een rapportage met behandelplan van de fysiotherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift en de rapportage mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij diabetes

Als uw lichaam de bloedsuikerspiegel niet zelf kan regelen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Bij diabetes kan het lichaam zelf de bloedsuiker niet goed regelen. Uw lichaam maakt dan geen insuline aan, of te weinig. Of uw lichaam reageert niet meer goed op de insuline die het aanmaakt.

Hulpmiddelen waarmee u uw bloedsuiker kunt meten en insuline kunt toedienen, kunnen daarbij helpen. De meeste mensen meten hun bloedsuiker via een zogenoemde vingerprik. Als het moeilijker is om de bloedsuikerwaarden goed te regelen, of als mensen hun bloedsuikerwaarde heel vaak op een dag moeten bepalen, dan werkt die methode minder goed. Dan kan het nodig zijn om het bloedsuiker continu, 24 uur per dag, te meten via een sensor onder de huid. Op een apparaatje of uw smartphone kunt u de bloedsuikerwaarde direct aflezen. Dat noemen we real time continue glucose monitoring. Of u kunt met een apparaatje of smartphone af en toe de waarde 'scannen'. Dat heet flash glucose monitoring.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt hulpmiddelen bij diabetes als een van de volgende situaties op u van toepassing is:

- u heeft diabetes type 1 en wordt met insuline behandeld, of
- u heeft diabetes type 2, u bent bijna uitbehandeld met geneesmiddelen die uw bloedsuiker verlagen en uw arts overweegt behandeling met insuline

Heeft u recht op hulpmiddelen bij diabetes? Maar kunt u door een beperking geen standaard hulpmiddelen bij diabetes gebruiken? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering hulpmiddelen bij diabetes die aan uw beperking zijn aangepast.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij diabetes

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

Andere vergoedingen

Insuline die u toedient met deze hulpmiddelen valt onder de vergoeding [Geneesmiddelen basisverzekering](#).

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor real time glucose monitoring bij andere aandoeningen dan diabetes, bijvoorbeeld bij glycogeenstapelingsziekte (GSD), geldt de vergoeding Medisch specialist.

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

● **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier of per post. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de hulpmiddelen niet.

● **Details per hulpmiddel**

Bloedafname-apparatuur

Prikpen om een druppel bloed te krijgen om uw bloedsuiker te meten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 2 jaar

Lancetten voor bloedafname

Hulpmiddel voor uw prikpen waarmee u in uw vingertop prikt voor een druppel bloed om uw bloedsuiker te meten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Gaat u meer materiaal gebruiken dan de maximale hoeveelheid die we hier noemen? Ook dan moet u vooraf toestemming vragen
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- wij vergoeden een maximale hoeveelheid lancetten:
 - eenmalig 100 lancetten als u bijna uitbehandeld bent met bloedglucoseverlagende tabletten en misschien moet overstappen op insuline
 - 100 lancetten per 3 maanden als u 1-2 maal per dag een insuline-injectie nodig heeft
 - 400 lancetten per 3 maanden als u 3 of meer insuline-injecties per dag nodig heeft
 - 400 lancetten tijdens de zwangerschap bij zwangerschapsdiabetes - Bent u moeilijk instelbaar of jonger dan 18 jaar? Dan kunnen wij toestemming geven voor meer dan 400 lancetten per 3 maanden

Teststrips

Stripje om de druppel bloed op te vangen en in de bloedglucosemeter te doen.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Heeft u meer teststrips nodig dan het maximale aantal dat we hier noemen? Ook dan moet u vooraf toestemming vragen
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- wij vergoeden een maximale hoeveelheid teststrips:
 - eenmalig 100 teststrips als u bijna uitbehandeld bent met bloedglucoseverlagende tabletten en misschien moet overstappen op insuline
 - 100 teststrips per 3 maanden als u 1-2 maal per dag een insuline-injectie nodig heeft
 - 400 teststrips per 3 maanden als u 3 of meer insuline-injecties per dag nodig heeft of een insulinepomp gebruikt
 - 400 teststrips tijdens de zwangerschap bij zwangerschapsdiabetes - Bent u moeilijk instelbaar of jonger dan 18 jaar? Dan kunnen wij toestemming geven voor meer dan 400 teststrips per 3 maanden

Bloedglucosemeter

Hulpmiddel voor het meten van uw bloedsuiker.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Real Time Continue Glucose Monitor (rt-CGM) en wat daarbij hoort

Hulpmiddel voor het continu meten van uw bloedsuiker via een sensor onder de huid.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift en een offerte van de leverancier mee, of het ZN-aanvraagformulier FGM en/of CGM
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn bepalen wij op basis van de gebruikshandleiding van de fabrikant en zetten wij in de toestemming

Flash Glucose Monitor (FGM) en wat daarbij hoort

Hulpmiddel voor het regelmatig meten van uw bloedsuiker via een sensor onder de huid op de bovenarm.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift en een offerte van de leverancier mee, of het ZN-aanvraagformulier FGM en/of CGM
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Ketonenteststrips en wat daarbij hoort

Strips voor het meten van ketonen in het bloed.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Heeft u meer ketonenstrips nodig dan het maximale aantal dat we hier noemen? Ook dan moet u vooraf toestemming vragen
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- wij vergoeden maximaal 40 ketonenteststrips per jaar

Insulinepennen

Injectiespuit om insuline toe te dienen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar
- u heeft recht op 1 reservepen

Insulinepomp en wat daarbij hoort

Apparaat dat met een slangetje aan uw lichaam vast zit en regelmatig kleine hoeveelheden insuline afgeeft.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 4 jaar

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Infuuspomp voor geneesmiddelen

Als u een hulpmiddel nodig heeft om zelf thuis medicijnen toe te dienen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Een infuuspomp is een uitwendig hulpmiddel waarmee een geneesmiddel direct in uw bloedbaan kan worden toegediend. Ze worden in het ziekenhuis gebruikt, maar u kunt een infuuspomp soms ook thuis krijgen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de draagbare, uitwendige infuuspomp als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u moet zelf thuis een geneesmiddel direct in uw lichaam (bloedbaan) toedienen, en
2. u heeft het geneesmiddel steeds nodig, en
3. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dit geneesmiddel. Of dat het geval is, staat in de vergoeding [Geneesmiddelen basisverzekering](#)

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook de producten die bij een infuuspomp horen. Voorbeelden daarvan zijn verbindingsslangetjes, fixatiemateriaal, ontsmettingsmiddel en naalden.

Hier kunt u terecht

- leverancier van infuuspompen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen

Andere vergoedingen

Hulpmiddelen waarmee u insuline toedient, vallen onder de vergoeding [Hulpmiddelen bij diabetes](#).

Een infuuspomp die u gebruikt om een geneesmiddel bij een ziekenhuisbehandeling toe te dienen, valt onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor de infuuspomp betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt de infuuspomp in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. U krijgt de producten die bij de infuuspomp horen in eigendom. Daarom geldt daarvoor wel het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

- U moet een voorschrift hebben**

- U krijgt het voorschrift voor de infuuspomp van de behandelend medisch specialist.

- U moet ons vooraf toestemming vragen**

- Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post.

- U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de infuuspomp niet.

- **Goed om te weten**

- Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

- Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Kappen voor schedelbescherming

Als uw schedel bescherming nodig heeft door een bewustzijnsstoornis.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Een bewustzijnsstoornis is een verandering in de toestand van de hersenen waardoor iemand niet reageert op signalen uit de omgeving, of vertraagd of anders dan normaal. Dit komt bijvoorbeeld voor bij stofwisselingsproblemen of epilepsie. Iemand kan dan vallen of buiten bewustzijn raken.

Een kap kan in zulke situaties de schedel beschermen tegen breuken of ander letsel. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze kap als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een bewustzijnsstoornis die regelmatig terugkomt en niet kan worden behandeld, en
2. u heeft een kap nodig om uw schedel te beschermen tegen breuken of ander letsel, of om verergering van letsel of een schedeldefect dat u al heeft te voorkomen

De minimale gebruikstermijn van een kap voor schedelbescherming is 18 maanden.

Hier kunt u terecht

- leverancier van kappen voor schedelbescherming

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- epilepsiehonden
- detectie- en alarmeringsapparatuur

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor kappen voor schedelbescherming betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor kappen voor schedelbescherming geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de kap voor schedelbescherming van de behandelend arts.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de kap voor schedelbescherming niet.

- **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen voor voeding

Als u zelf niet meer kunt eten of extra voeding nodig heeft.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Voeding kan op 3 manieren worden toegediend: via de mond, direct in het maagdarmkanaal of in de bloedbaan. Om de voeding direct in de maag of darmen te brengen is een voedingssonde nodig. Soms met een voedingspomp. Daarover gaat de vergoeding die u nu leest. Een infuuspomp brengt voeding via een dun slangetje (of sonde) direct in de bloedbaan. Die infuuspomp en sonde vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de voedingssonde voor voeding via het maagdarmkanaal, en de producten die daarbij horen, als deze buiten het ziekenhuis wordt ingebracht, en u:

- een aandoening of ziekte aan uw maag of darmen heeft, waardoor u geen gewone voeding kunt eten, en
- een voedingssonde nodig heeft om voldoende voeding binnen te krijgen

Als voor de regulering van uw sondevoeding een voedingspomp noodzakelijk is, dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de voedingspomp en de producten die daarbij horen zoals aansluitstukken of standaarden.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van voedingssondes en voedingspompen

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

Andere vergoedingen

Voedingssondes en de producten die daarbij horen die in het ziekenhuis worden ingebracht, vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

De bijzondere voeding die u met de voedingssonde (met of zonder voedingspomp) toedient, valt onder de vergoeding [Dieetpreparaten](#).

Eetapparaten vallen onder de vergoeding [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#).

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt de voedingspomp in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. U krijgt de producten die bij de pomp horen, en de voedingssonde in eigendom. Daarom geldt daarvoor wel het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

• Details per hulpmiddel

Voedingssonde en wat daarbij hoort

Een dun slangetje waarmee sondevoeding kan worden toegediend.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diëtist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Voedingspomp en wat daarbij hoort

Hulpmiddel waarmee sondevoeding in de sonde wordt gepompt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diëtist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

• Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij problemen met spreken

Als u een hulpmiddel nodig heeft omdat u niet kunt praten.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Er zijn verschillende hulpmiddelen die kunnen helpen als u niet of bijna niet kunt spreken. Bijvoorbeeld lettersets of symbolensets, een computerprogramma, of teksttelefoons.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt uitwendige hulpmiddelen bij problemen met spreken als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige taalstoornis of spraakstoornis, en
2. u kunt daardoor niet of bijna niet spreken, en
3. u heeft een hulpmiddel nodig om u hierbij te helpen

De minimale gebruikstermijn van hulpmiddelen bij problemen met spreken is 5 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen voor problemen met spreken

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- telefoons, tablets, laptops en computers waarop een programma geïnstalleerd wordt die helpt bij problemen met spreken
- hulpmiddelen bij stotteren

Andere vergoedingen

Heeft u een hulpmiddel nodig dat u helpt met het maken of versterken van stemgeluid? Daarvoor geldt de vergoeding [Prothesen](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen meestal in bruikleen. Dan geldt geen eigen risico. Krijgt u een hulpmiddel in eigendom of kiest u ervoor om het hulpmiddel zelf te kopen? Dan geldt het eigen risico wel. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

- U moet een voorschrift hebben**

- U krijgt het voorschrift voor hulpmiddelen bij problemen met spreken van de behandelend arts.

- U moet ons vooraf toestemming vragen**

- Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post.

- U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. En het verslag van de logopedist als dat er is.

- Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel niet.

- **Goed om te weten**

- Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

- Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Persoonsalarmering

Als u in noodsituaties niet zelf de telefoon kunt bedienen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Persoonsalarmering is apparatuur waarmee u in noodsituaties hulp kunt inschakelen. Namelijk als u zich nog goed kunt redden, maar bijvoorbeeld een ernstige aandoening heeft. Waardoor u een verhoogd risico loopt om in een noodsituatie terecht te komen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt persoonsalarmering als u aan de volgende 6 voorwaarden voldoet:

1. u kunt zich sociaal en bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)¹ redden, en
2. u heeft een lichamelijke beperking en door een ziekte of beperking een grotere kans dan normaal om in een noodsituatie terecht te komen, en
3. in die noodsituatie moet u meteen medische of technische hulp in kunnen roepen om medische complicaties te voorkomen, en
4. u bent in die noodsituatie niet in staat om zelf een telefoon te bedienen, en
5. u bent voor een langere periode alleen, waardoor er niemand is die u kan helpen, en
6. de persoonsalarmering maakt het mogelijk om zelfstandig te blijven wonen

Apparatuur voor alarmering bestaat uit een basisstation in huis en een draagbare en draadloze noodschakelaar met alarmknop. Daarmee kunt u in een noodsituatie via de alarmknop contact maken met de meldkamer. Zij schakelen dan familie, burens, mantelzorgers of een professionele hulpverlener in.

Hier kunt u terecht

- leverancier van apparatuur voor persoonsalarmering

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- abonnementen
- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur
- bewakingsapparatuur om wiegendood te voorkomen
- persoonsalarmering met een sociale indicatie. Een sociale indicatie betekent dat u zich niet veilig of zeker voelt om alleen te blijven en bang bent om te vallen. Er is dan geen medische reden voor persoonsalarmering. De gemeente vergoedt de persoonsalarmering dan soms wel

Heeft u een Wlz-indicatie? Dan komen de kosten van de alarmering voor rekening van uw zorgaanbieder.

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor de apparatuur voor persoonsalarmering betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt de apparatuur voor persoonsalarmering in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Kiest u ervoor om de persoonsalarmering zelf te kopen? Dan geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor persoonsalarmering van de behandelend arts.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming met een indicatieformulier. Uw arts vult dat voor u in. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de persoonsalarmering niet.

- **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL): Dit zijn algemene handelingen die u dagelijks uitvoert, zoals aankleden, uitkleden en wassen

● Hulpmiddelen bij pijnbestrijding

Als u altijd pijn heeft en geneesmiddelen niet genoeg helpen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Een uitwendige elektrostimulator is een apparaat dat zwakke elektrische prikkels geeft op de huid voor pijnvermindering.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een uitwendige elektrostimulator als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft pijn die u altijd voelt, en
2. die pijn is niet te behandelen, en
3. tijdens een proefperiode is gebleken dat de uitwendige elektrostimulator bij u goed werkt

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook producten die bij de uitwendige elektrostimulator horen. Voorbeelden daarvan zijn elektroden, elektrodepasta, kabels, fixatiemateriaal en draagtas.

Hier kunt u terecht

- leverancier van uitwendige elektrostimulators

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen

Andere vergoedingen

Het gebruik van een uitwendige elektrostimulator tijdens de proefperiode valt onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

Wilt u een uitwendige elektrostimulator gebruiken bij de bevalling? Daarvoor geldt de vergoeding [Bevalling-TENS](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor de uitwendige elektrostimulator, en de producten die daarbij horen, betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor de uitwendige elektrostimulator, en de producten die daarbij horen, geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

- U moet een voorschrift hebben**

- U krijgt het voorschrift voor een uitwendige elektrostimulator van de behandelend arts of medisch specialist.

- U moet ons vooraf toestemming vragen**

- Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post.

- U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de uitwendige elektrostimulator niet.

- **Goed om te weten**

- Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

- Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulpmiddelen bij trombose

Om te controleren of uw bloed goed stolt.

● Vergoedingen per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Trombose betekent dat een bloedvat verstopt raakt door een bloedstolsel. Een stolsel in uw bloed kan ernstige gevolgen hebben. Bijvoorbeeld een trombosebeen, longembolie, een hartinfarct of een herseninfarct. Regelmatig de stollingstijd van het bloed meten, kan dit voorkomen. Hulpmiddelen om die metingen te doen, noemen we zelfmeetapparatuur. Is de stollingstijd niet goed, dan kan de medicatie worden aangepast.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ziekte of aandoening waardoor u risico heeft op trombose, en
2. u bent voor langere tijd aangewezen op bloedverdunnende geneesmiddelen, of u kunt zich door uw werk niet bij de trombosedienst laten controleren

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook de producten die bij de zelfmeetapparatuur horen. Voorbeelden daarvan zijn teststrips, vingerpriksysteem met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole.

Hier kunt u terecht

- trombosedienst. Die leert u ook de zelfmeetapparatuur te gebruiken

Leverancier zonder contract

Voor deze hulpmiddelen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Andere vergoedingen

Geneesmiddelen die de stolling van het bloed regelen, vallen onder de vergoeding [Geneesmiddelen basisverzekering](#).

Laat u de stollingstijd meten bij de trombosedienst? Daarvoor geldt de vergoeding [Trombosedienst](#). Die geldt ook voor begeleiding bij metingen thuis en advies over het gebruik van geneesmiddelen die de stolling van het bloed regelen.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor zelfmeetapparatuur, en de producten die daarbij horen, betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor zelfmeetapparatuur, en de producten die daarbij horen, geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

- U moet een voorschrift hebben**

- U krijgt het voorschrift voor zelfmeetapparatuur van de behandelend arts.

- U moet ons vooraf toestemming vragen**

- Wij vergoeden zelfmeetapparatuur, en de producten die daarbij horen, alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Dit regelt de trombosedienst voor u.

- **Goed om te weten**

- Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

- Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● **Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse**

Als u thuis gaat dialyseren.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● **Wat u vergoed krijgt**

Bij dialyse wordt uw bloed gezuiverd en het overtollig vocht uit uw lichaam verwijderd. Dialyse kan plaatsvinden in een ziekenhuis, dialysecentrum of thuis.

Als u ervoor kiest om de dialyse thuis te doen, moet soms uw woning (tijdelijk) worden aangepast. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt aanpassingen van uw woning die nodig zijn voor de dialyse. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook het herstel van uw woning in de oorspronkelijke staat als de aanpassingen niet meer nodig zijn.

Ook krijgt u een weekvergoeding voor de extra kosten (water en elektriciteit) die u maakt. Hieronder staat welke vergoeding u krijgt.

Hemodialyse 1 - 3 keer per week: € 45,86 per week

Hemodialyse 4 - 5 keer per week: € 73,53 per week

Hemodialyse 6 - 7 keer per week: € 96,09 per week

CAPD¹: € 28,72 per week

CCPD²: € 40,38 per week

Hier kunt u terecht

- aannemer die uw woning kan aanpassen voor thuisdialyse

Leverancier zonder contract

Voor de woningaanpassing sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Dit wordt niet vergoed

- weekvergoeding voor weken dat u niet thuis spoelt, omdat u in het ziekenhuis ligt of op vakantie bent. Dit geeft u aan op het declaratieformulier

Andere vergoedingen

Apparatuur voor thuisdialyse krijgt u van het ziekenhuis of dialysecentrum. Daarvoor geldt de vergoeding [Dialyse](#).

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor de vergoeding van een woningaanpassing en overige kosten betaalt u geen eigen bijdrage.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Het eigen risico

Voor de vergoeding van een woningaanpassing en overige kosten geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor woningaanpassing en stroomkosten bij thuisdialyse van de behandelend arts.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een woningaanpassing bij thuisdialyse alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen.

U vraagt ons toestemming via het uploadformulier of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de aannemer.

Declareer met het declaratieformulier thuisdialyse

Wilt u de weekvergoeding voor thuisdialyse declareren? Gebruik het declaratieformulier thuisdialyse.

● Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uitleg

1. CAPD: Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse
2. CCPD: Continue Cyclische Peritoneaal Dialyse

● Daisyspelers

Als u zonder hulpmiddel niet kunt lezen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

DAISY staat voor Digital Accessible Information System. Met een daisyspeler kunt u luisteren naar ingesproken (school)boeken of tijdschriften. Dat is een oplossing als u door een motorische handicap, dyslexie of slechtziendheid niet (goed) zelf kunt lezen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de daisyspeler als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (een motorische handicap), u bent blind of slechtziend of u bent uitbehandeld voor dyslexie, en
2. door deze aandoening kunt u niet zonder hulp lezen, en
3. andere hulpmiddelen helpen niet genoeg en u heeft een daisyspeler nodig om te kunnen lezen

De minimale gebruikstermijn van een daisyspeler is 5 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van daisyspelers

Leverancier zonder contract

U kiest zelf naar welke leverancier u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde leverancier te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke leveranciers wij een contract hebben.

Heeft uw leverancier geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- cd's, andere apparatuur en bestanden waarin de audio(school)boeken of audiotijdschriften staan
- abonnementen daarvoor
- programma's voor de daisyspeler (software)
- een daisyspeler als u die alleen nodig heeft voor onderwijs of werk. Soms vergoedt het UWV de daisyspeler dan
- behandeling voor dyslexie. Soms vergoedt de gemeente zo'n behandeling

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen als u slecht kunt lezen omdat u niet goed kunt bewegen. Die vallen onder de vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Orthesen](#)
- [Hulphonden](#) (ADL-honden)

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen als u slecht kunt lezen omdat u niet goed kunt zien. Die vallen onder de vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#)
- [Bril, \(contact\)lenzen en ooglaseren](#) (aanvullende verzekering)

● **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor de daisyspeler betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor de daisyspeler geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

● **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de daisyspeler van de behandelend arts.

Heeft u een daisyspeler nodig vanwege uitbehandelde dyslexie? Dan moet u een verklaring hebben van een orthopedagoog of gz-psycholoog, waarin staat dat u bent uitbehandeld. Een verklaring van de huisarts of via school is onvoldoende.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Bij een daisyspeler vanwege uitbehandelde dyslexie stuurt u de verklaring en een offerte mee. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de daisyspeler niet.

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

● Hulphonden

Als uw viervoeter u helpt bij bewegen, zien of horen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Een hulphond is een speciaal getrainde hond om mensen met een ernstige beperking te ondersteunen in hun dagelijks leven. Er zijn verschillende hulphonden. Hieronder leggen wij uit wanneer wij een hulphond vergoeden.

De blindengeleidehond

Een blindengeleidehond helpt u om u veilig te verplaatsen, in huis en buiten in het verkeer. Bijvoorbeeld door u om obstakels heen te leiden en te waarschuwen voor onverwachte gebeurtenissen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een blindengeleidehond als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet:

1. u bent volledig blind of zo slechtziend dat u op een blindengeleidehond bent aangewezen, en
2. de blindengeleidehond levert een belangrijke bijdrage aan uw mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer, wat niet te bereiken is met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#), [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#) en [Daisyspelers](#)

De ADL-hond

ADL staat voor algemene dagelijkse levensverrichtingen. Dit zijn algemene handelingen die u dagelijks uitvoert. Bijvoorbeeld het aan- en uitdoen van lampen, het openen en sluiten van deuren, het aangeven van spullen en het doen van de was.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een ADL-hond als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige aandoening waardoor u blijvend beperkt bent in uw mobiliteit en het uitvoeren van ADL-verrichtingen, en
2. deze beperking kan niet worden gecorrigeerd met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#), [Orthesen](#), [orthopedische schoenen](#) en [Daisyspelers](#), en
3. u heeft daarom de hulp van een ADL-hond nodig omdat de ADL-hond een aanzienlijke bijdrage levert aan uw mobiliteit en het uitvoeren van ADL-verrichtingen. De ADL-hond vergroot uw zelfstandigheid. Dat kan bijvoorbeeld blijken uit een afname van zorgondersteuning

De signaalhond

Een signaalhond wijst u op geluiden in uw omgeving die u niet mag missen. We noemen dat ook wel omgevingsgeluiden. Bijvoorbeeld een brandalarm in huis, of de sirene van een ambulance in het verkeer.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een signaalhond als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u bent volledig doof waardoor u beperkt bent in uw mobiliteit en het uitvoeren van ADL-verrichtingen, en
2. deze beperking kan niet worden gecorrigeerd met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen [Hulpmiddelen bij problemen met horen](#) en [Hoortoestellen](#) en [tinnitusmaskeerders](#), en
3. u heeft een signaalhond nodig om u bij mobiliteit en het uitvoeren van ADL-verrichtingen te ondersteunen door het signaleren van omgevingsgeluiden. De signaalhond vergroot uw zelfstandigheid. Dat kan bijvoorbeeld blijken uit een afname van zorgondersteuning

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor alle hulphonden

Wij vergoeden ook maximaal € 300 per 3 maanden voor het levensonderhoud en medische en dagelijkse verzorging van uw blindengeleidehond, ADL-hond of signaalhond. U ontvangt dit bedrag achteraf. De vergoeding voor bijvoorbeeld de maanden januari, februari en maart ontvangt u in april.

Hier kunt u terecht

- voor een blindengeleidehond: erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden
- voor een ADL-hond: erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden
- voor een signaalhond: erkend opleidingsinstituut voor signaalhonden

Opleidingsinstituut zonder contract

U kiest zelf naar welk opleidingsinstituut u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerd opleidingsinstituut te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke opleidingsinstituten wij een contract hebben.

Heeft uw opleidingsinstituut geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- een hulphond als andere hulpmiddelen uw beperkingen kunnen corrigeren of voldoende verbeteren
- een hulphond voor bijvoorbeeld epilepsie, PTSS, autisme en diabetes

Andere vergoedingen

Er zijn veel andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met zien, bewegen of horen.

Andere hulpmiddelen voor problemen met zien staan in de vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#)
- [Daisyspelers](#)

Andere hulpmiddelen voor problemen met bewegen staan in de vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [orthopedische schoenen](#)
- [Orthesen](#)
- [Kortdurende uitleen](#), voor hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- [Daisyspelers](#)

Andere hulpmiddelen voor problemen met horen staan in de vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met horen](#)
- [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#)

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor een hulphond betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt een hulphond altijd in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Voor de bijdrage in het levensonderhoud geldt het eigen risico wel. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (medische indicatie) en praktische indicatie hebben

Voor een hulphond moet u een medische indicatie en een praktische indicatie hebben. De medische indicatie geeft aan dat u door uw beperking op een hulphond bent aangewezen omdat andere hulpmiddelen niet helpen. De praktische indicatie geeft aan dat een hulphond u in de praktijk echt zal helpen.

- U krijgt de medische indicatie voor de blindengeleidehond van een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden. De praktische indicatie krijgt u van een erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden.
- U krijgt de medische indicatie voor de ADL-hond van de ergotherapeut. De praktische indicatie krijgt u van een erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden.
- U krijgt de medische indicatie voor de signaalhond van de KNO-arts of een audiologisch centrum. De praktische indicatie krijgt u van een erkend opleidingsinstituut voor signaalhonden.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Meestal regelt uw opleidingsinstituut dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#) of per post. U stuurt de medische indicatie mee, de praktische indicatie en een offerte van het opleidingsinstituut. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de hulphond niet.

• Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

ONVZ

Eersteklas Zorgverzekering

De Molen 66
Postbus 392
3990 GD Houten
030 639 62 22

www.onvz.nl
www.linkedin.com/company/onvz
www.facebook.com/onvz
www.twitter.com/onvz
www.instagram.com/onvzhockey