



2020

Algemene Regels en Vergoedingen

Risicodraagster voor de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nummer 12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nummer 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Fax: 030 635 12 75. Internet: www.onvz.nl

ONVZ als vereniging

Geachte heer/mevrouw,

Hartelijk dank voor uw vertrouwen in ONVZ. Wij denken dat u een uitstekende keuze heeft gemaakt. Misschien is het goed om te weten dat ONVZ een vereniging is zonder winstoogmerk. We hebben geen aandeelhouders, alles draait om het belang van onze verzekerden.

Onze polisvoorwaarden en andere belangrijke informatie voor u op een rij

Hierbij hebben we de algemene regels en de vergoedingen van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan 2020 voor u op een rij gezet. U kunt er precies in zien wat u als ONVZ-verzekerde van ons mag verwachten, welke diensten ONVZ u biedt en hoe u daarvan het best gebruik kunt maken.

Op uw polisblad ziet u welke verzekeringen u heeft en welke voorwaarden daarop van toepassing zijn. Deze voorwaarden gaan in per 1 januari 2020 en gelden tot eventuele wijzigingen van kracht worden.

Heeft u nog vragen?

Algemene informatie vindt u op www.onvz.nl. U kunt ook contact opnemen met ons Service Center op 030 639 62 22.

Met vriendelijke groet,

Jean-Paul van Haarlem
Bestuursvoorzitter ONVZ

 www.facebook.com/onvz

 www.twitter.com/onvz

Leeswijzer



De algemene regels zijn de regels en afspraken die gelden voor alle verzekeringen van ONVZ. Er staat bijvoorbeeld in wanneer de verzekering ingaat en hoe wij zorgkosten vergoeden. De basisregels en vergoedingen hulpmiddelen zijn de regels en afspraken die gelden voor de hulpmiddelen die onder de basisverzekering vallen.

In de vergoedingen staat op welke zorg en diensten u recht heeft en wat u daarvoor moet doen.

Wilt u de algemene regels en vergoedingen graag digitaal of per post ontvangen? Laat het ons Service Center weten op 030 639 62 22.

Inhoudsopgave

Contactgegevens	6
De algemene regels van onze verzekeringen	7
Inleiding	9
De verzekeringen van ONVZ	10
Ik word klant van ONVZ	12
Ik ben verzekerd bij ONVZ	14
Ik verlaat ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering	20
Vergoedingen	23
Huisarts en gezond blijven	26
Ziekenhuis en medisch specialist	46
Verpleging en verzorging	72
Bewegen	84
Revalidatie en herstel	101
Zwangerschap, bevalling en kind	112
Medicijnen en dieet	126
Mond en gebit	136
Psychische zorg	156
Anticonceptie	162
Alternatief	166
Horen, zien en spreken	169
Hulpmiddelen	179
Huid en haar	184
Vervoer	193
Zorg in het buitenland en reizen	201
Compensatie en verhaal	210
Wereldfit	214
OntzorgPlus	223
Uitgebreide voorwaarden Wereldfit	226
Uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus	231
Basisregels hulpmiddelen basisverzekering	242
Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering	245
Vergoedingen index	312

Contactgegevens

ONVZ

Postbus 392
3990 GD Houten
Telefoon: 030 639 62 22
Fax: 030 635 12 75
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
E-mail: sc@onvz.nl

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/kraamzorg

ONVZ Zorgassistance

Hulp en advies over geneeskundige zorg in noodsituaties
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](mailto:klachtenservice@onvz.nl)

Taxivervoer

Telefoon: 0900 333 33 30
Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

ONVZ
Algemene regels 2020

De algemene regels van onze verzekeringen

Inhoud

Inleiding	9
1. De verzekeringen van ONVZ	10
Over onze verzekeringen	10
Wie de verzekering afsluit, wie verzekerd is en wie het verzekeringsbewijs krijgt	10
Welke regels de verzekering en de premie bepalen	11
2. Ik word klant van ONVZ	12
Een verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd	12
Wanneer uw verzekering ingaat	12
Wat verder van belang is	13
3. Ik ben verzekerd bij ONVZ	14
Ik heb zorg nodig	14
Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico	14
Soms vergoedt de verzekering minder, of niet	16
Ik wil zorgkosten declareren	17
Ik betaal premie	18
Meewerken en informeren	18
Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig	19
Ik wil mijn aanvullende verzekering wijzigen	19
Wij kunnen de verzekering wijzigen	19
4. Ik verlaat ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering	20
Opzeggen	20
Soms eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering zonder opzegging	20
Soms beëindigen wij de verzekering	21
Als u fraudeert	21
Als u niet tevreden bent of een klacht heeft	21
Wat verder van belang is	22

Inleiding

Dit zijn de algemene regels van de Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen van ONVZ. Samen met de vergoedingen regelen ze waar u recht op heeft en wat u daarvoor moet doen.

Er staan ook regels in voor het afsluiten van zo'n verzekering.

Onze verzekeringen vergoeden kosten van zorg en geven recht op onze diensten.

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 verlaat ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering

Daarbij staat het belangrijkste in vette letters. Zo vindt u snel wat u zoekt.

1. De verzekeringen van ONVZ

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

De basisverzekering van ONVZ heet de **Vrije Keuze Basisverzekering**. Met de **Vrije Keuze Basisverzekering** heeft u optimale vrijheid bij het kiezen van een zorgverlener. ONVZ heeft verder aanvullende verzekeringen, ook met deze keuzevrijheid. Daarmee kunt u de vergoedingen van de basisverzekering uitbreiden. Bijvoorbeeld met fysiotherapie, de tandarts vanaf 18 jaar of alternatieve geneeswijzen.

Over onze verzekeringen

1. Onze verzekeringen zijn allemaal **restitutieverzekeringen**. Met deze verzekeringen heeft u recht op de vergoeding van kosten van zorg en op onze diensten. We spreken hierna kortweg van 'verzekering', en van 'vergoeden van zorg'. Als wij hierna van 'ONVZ' spreken, of van 'wij' of 'ons', bedoelen we daarmee ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.¹ als het over de Vrije Keuze Basisverzekering gaat, en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.¹ als het over aanvullende (tand)verzekeringen gaat. Als we hierna over de basisverzekering van ONVZ spreken dan bedoelen we de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Onze verzekeringen zijn:

- a. de Vrije Keuze Basisverzekering
 - b. de aanvullende verzekeringen:
 - Vrije Keuze Startfit
 - Vrije Keuze Extrafit
 - Vrije Keuze Benfit
 - Vrije Keuze Optifit
 - Vrije Keuze Topfit
 - Vrije Keuze Superfit
 - Wereldfit
 - OntzorgPlus
 - Zorgplan
 - c. de aanvullende tandverzekeringen:
 - Tandfit A
 - Tandfit B
 - Tandfit C
 - Tandfit D
 - Tandfit Preventief
2. **Op onze website en in de vergoedingen staat:**
 - **welke zorg** de verzekeringen vergoeden
 - **wie** die zorg mag leveren
 - **welke voorwaarden** verder gelden

Hierbinnen kunt u zelf een zorgverlener kiezen. De verzekeringen vergoeden zorg die **medisch noodzakelijk is**. Wat medisch noodzakelijk betekent staat in algemene regel 24.

Wie de verzekering afsluit, wie verzekerd is en wie het verzekeringsbewijs krijgt

3. Iedereen die volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) een basisverzekering moet hebben, kan een Vrije Keuze Basisverzekering afsluiten. Of dat voor zich laten doen.
4. De persoon die een verzekering afsluit, heet officieel **verzekeringnemer**. **Die noemen wij hierna 'hoofdverzekerde'**. Een hoofdverzekerde kan een verzekering voor zichzelf afsluiten, maar ook voor iemand anders, zoals een partner of kinderen. De persoon die verzekerd is, is de verzekerde. Als u een verzekering voor uzelf afsluit, dan bent u de hoofdverzekerde én de verzekerde.
5. **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.

¹ Risicodraagster van onze ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregisternummer 30135168, AFM-nummer 12000633) en van onze aanvullende en andere verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregisternummer 30209308, AFM-nummer 12001024). Beide zijn gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Fax: 030 635 12 75. Internet: www.onvz.nl

Welke regels de verzekering en de premie bepalen

6. De algemene regels en de vergoedingen bepalen de Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen.
7. De Vrije Keuze Basisverzekering wordt ook bepaald door de Zorgverzekeringswet en de regelingen die de overheid op grond daarvan heeft vastgesteld. Dat zijn onder meer het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.
8. Wijken de algemene regels, of de vergoedingen van de Vrije Keuze Basisverzekering af van de Zorgverzekeringswet? Dan geldt die wet.
9. De Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen zijn ook gebaseerd op informatie die u ons heeft verstrekt, bijvoorbeeld bij uw aanvraag.
10. Bij de algemene regels hoort ook onze premietabel¹. Daarin staan de basispremies van de verzekeringen en de kortingen en toeslagen.
11. Bent u collectief verzekerd? Dan gelden ook de regels die voor de collectieve verzekering van toepassing zijn. De voorwaarden van uw collectieve verzekering kunt u opvragen bij de partij die deze met ONVZ heeft afgesloten. Vaak is dat de werkgever.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

2. Ik word klant van ONVZ

Wilt u klant worden van ONVZ? U bent van harte welkom! Wisselen van zorgverzekeraar kan in ieder geval per 1 januari en gaat gemakkelijk met onze overstapservice.

Een verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd

12. U sluit de Vrije Keuze Basisverzekering of een Vrije Keuze aanvullende (tand)verzekering van ONVZ zelf af via onze website. U kunt ons ook het aanvraagformulier via post of e-mail sturen. U kunt de verzekeringen ook afsluiten via uw verzekeringsadviseur.
13. **Voor sommige van onze aanvullende verzekeringen stellen wij vragen over de gezondheid van de verzekerde(n).** Met de antwoorden beoordelen wij of u de aanvullende verzekering kunt afsluiten.
14. **Uw kind aanvullend verzekeren? 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 de zorgpolis staat. Bij Wereldfit, OntzorgPlus of Zorgplan geldt dan: uzelf of uw partner moet deze verzekering hebben. En verder kan dit geen Tandfit verzekering zijn (de basisverzekering vergoedt tandheelkundige zorg tot 18 jaar). Ook voor kinderen stellen wij de vragen van algemene regel 13. Als u uw kind binnen 4 maanden na de geboorte aanmeldt, stellen wij die vragen niet.

Wanneer uw verzekering ingaat

15. **Op de zorgpolis staat wanneer uw verzekering ingaat.**
16. **Een Vrije Keuze Basisverzekering bij ONVZ gaat meestal in op 1 januari van het volgende jaar. De volgende regels gelden.**
 - a. Stapt u voor 31 december over naar ONVZ? Dan zorgen wij ervoor dat uw Vrije Keuze Basisverzekering bij ONVZ aansluit op uw huidige basisverzekering. Als er geen bijzondere omstandigheden zijn, loopt uw huidige basisverzekering tot en met 31 december door. Uw Vrije Keuze Basisverzekering bij ONVZ gaat dan in op 1 januari.

Stapt u over naar ONVZ? Onze overstapservice regelt het voor u: als u bij ons een 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 verzekering bij ons afgesloten is.

- b. Sluit u voor 1 februari een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ af? En heeft u uw basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar vóór 1 januari opgezegd? Ook dan gaat uw Vrije Keuze Basisverzekering in op 1 januari.
- c. Wordt u 18 jaar en sluit u een 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. Die gaat in op de dag dat u 18 jaar wordt. Dit is zo omdat de meeste zorg bij de tandarts vanaf die dag niet meer onder de basisverzekering valt. U moet de verzekeringen wel aanvragen voordat u 18 jaar wordt.
- d. Heeft u nog geen basisverzekering en moet u er (volgens de Zorgverzekeringswet) wel een hebben? En sluit u een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ af 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 een Vrije Keuze Basisverzekering af meer dan 4 maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben? Dan is de ingangsdatum de dag dat wij uw aanvraag ontvangen hebben.

Dit is bijvoorbeeld zo als u in het buitenland woonde en werkte, en in Nederland komt werken.

- e. Wisselt u van werkgever en gaat u daardoor naar een andere collectieve verzekering? Dan kunt u als die andere collectieve verzekering bij ONVZ loopt:
 - tussentijds naar ons overstappen, of
 - aan die andere collectieve verzekering bij ons deelnemen, als u al bij ONVZ verzekerd was

U moet uw oude collectieve verzekering dan wel op tijd opzeggen. Opzeggen van de basisverzekering kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering bij ons in op de 1e dag van de maand na de maand waarin is opgezegd. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband moet direct aansluiten op de einddatum van het vorige. Als u te laat opzegt, kunt u per 1 januari van het volgende jaar naar ons overstappen.

- f. Zijn de bovenstaande 5 gevallen niet van toepassing? Dan gaat de Vrije Keuze Basisverzekering in op de dag waarop wij uw aanvraag hebben ontvangen. De ingangsdatum kan na deze dag liggen als de verzekerde nog verzekerd is volgens een andere basisverzekering.

In alle gevallen geldt: als uw aanvraag niet volledig is, gaat de Vrije Keuze Basisverzekering pas in op de dag dat ONVZ alle gegevens binnen heeft.

17. **Vraagt u tegelijk met een Vrije Keuze Basisverzekering een aanvullende verzekering aan? Als er geen acceptatieprocedure volgens algemene regel 13 is, dan gelden voor de ingangsdatum van de aanvullende verzekering dezelfde regels als voor de Vrije Keuze Basisverzekering. Als er een acceptatieprocedure is, dan ontvangt u bericht of de verzekering is geaccepteerd en wat (dan) de ingangsdatum is.** Sluit u niet meteen een Vrije Keuze Basisverzekering af? Dan gaat uw aanvullende verzekering altijd per 1 januari in.

Wat verder van belang is

18. **Bij een nieuwe verzekering heeft u 14 dagen bedenktijd.**
De bedenktijd van 14 dagen gaat in op de dag dat u de zorgpolis ontvangt. U kunt dan zonder reden opzeggen. Dit betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. U krijgt betaalde premies terug en er bestaat geen recht op vergoeding(en).
19. **U kunt lid worden van Vereniging ONVZ.**
Sluit u een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ 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 hij voor meer personen de Vrije Keuze Basisverzekering af. Het lidmaatschap eindigt als de Vrije Keuze Basisverzekering eindigt.
20. **Neemt u per e-mail of via social media contact met ons op? Dan mogen wij ook via die weg reageren.** Dat doen wij niet als dat door privacyregels niet kan, of als u aangeeft dat u via andere weg reactie wilt ontvangen. **Neemt u via de website contact met ons op? Dan reageren wij telefonisch of via e-mail.**

3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorgkosten 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. Heeft u zorg nodig? Aan de hand van de volgende regels bepalen wij of wij de zorg vergoeden. Meestal gaat de vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt dan rechtstreeks vergoeding van ONVZ en ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener. U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet zonder onze toestemming aan iemand anders overdragen. En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een nota van die ander gaat betalen.
22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op diensten die op onze website onder vergoedingen staan, als aan de voorwaarden is voldaan.** We bedoelen de algemene regels die u nu leest, en de voorwaarden die bij vergoedingen op de website staan.

Voorbeeld

In de algemene regels staat dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt altijd, ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan bijvoorbeeld als voorwaarde staan dat de zorgverlener een bepaalde specialisatie heeft. Of dat u van ons toestemming moet hebben voor u naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of (bijvoorbeeld bij een geneesmiddel) de datum van aflevering die op de nota staat, moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling als 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de openingsdatums van de dbc bij ons verzekerd zijn.
24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**
- a. waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen, en**
 - b. die naar inhoud en omvang als effectief en veilig wordt beschouwd**
- Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond en in de praktijk is gebleken dat de zorg goed werkt. Is dat niet aangetoond of gebleken dan geldt wat het betrokken vakgebied (de hele groep van zorgverleners) goede zorg vindt. Verder moet de zorg voor u doeltreffend zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- Wij vergoeden ook alleen zorg die de groep van zorgverleners rekent tot hun geaccepteerde zorgaanbod. En die een zorgverlener uit die groep levert, op een manier die de groep professioneel en juist vindt.** We noemen dit gebruikelijke zorg. Met andere woorden: de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.
25. **De overheid bepaalt soms het tarief.** Voor sommige behandelingen stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) een vaste of maximumprijs vast. Wij vergoeden dan deze vaste prijs, of niet meer dan de maximumprijs.
- Is er geen vaste of maximumprijs van de overheid? Dan vergoeden wij een marktconforme prijs.** 'Marktconform' betekent dat de nota van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Voor een Zvw-pgb voor verpleging en verzorging gelden de maximumbedragen die in het reglement Zvw-pgb¹ staan.
- Wij betalen altijd in euro's.** Is het bedrag op de nota van uw zorgverlener in een andere muntsoort? Dan rekenen wij het bedrag om naar euro's. Wij rekenen met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontving.

Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

26. **Soms betaalt u een eigen bijdrage.** Voor sommige zorg van de Vrije Keuze Basisverzekering (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen en een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage². Dat is een bedrag dat u zelf moet betalen als u de zorg krijgt. De overheid bepaalt de eigen bijdragen.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-bijdrage

27. **U betaalt ook het verplichte eigen risico³.** De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. **Voor 2020 is het bedrag € 385.** Dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. **Het eigen risico geldt alleen voor de Vrije Keuze Basisverzekering.**

U betaalt geen eigen risico over de eigen bijdrage. Dit werkt als volgt. Als wij een nota van u krijgen, halen we daar eerst uw eigen bijdrage 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. Die kosten vallen dan wel onder het eigen risico.

28. **Het eigen risico gaat in op de 1e dag van de maand na de maand waarin u 18 jaar wordt.** Onder de 18 en in de maand van de 18e verjaardag geldt geen eigen risico.

29. U kunt bovenop het verplichte eigen risico per kalenderjaar een vrijwillig eigen risico kiezen. Ook dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. U krijgt daarvoor korting op de premie. In de premietabel² leest u welke bedragen u kunt kiezen als vrijwillig eigen risico, en welke korting u dan krijgt. Wij verrekenen zorgkosten eerst met het verplichte en dan met het vrijwillig eigen risico.

30. 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 die tijd geldt dan alleen het verplichte eigen risico.

31. **Voor sommige zorgkosten geldt geen (verplicht of vrijwillig) eigen risico.** In de tabel hieronder leggen wij dit uit.

Het eigen risico geldt niet voor de kosten van ...	Maar wel voor de kosten van ...
huisartsenzorg	onderzoek of behandeling buiten de huisartsenpraktijk, als de huisarts het voorschrijft, en de kosten apart in rekening worden gebracht
multidisciplinaire eerstelijnszorg bij chronische aandoeningen	
verpleging en verzorging in eigen omgeving (wijkverpleging)	eerstelijns verblijf
voetzorg bij diabetes mellitus (suikerziekte)	
programma 's voor stoppen met roken	
gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht	
medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik van geneesmiddelen op recept door een aangewezen apotheek	de geneesmiddelen zelf
verloskundige zorg en kraamzorg	zorg die daarmee te maken heeft, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer
hulpmiddelen die u in bruikleen krijgt	de verbruiksartikelen voor deze hulpmiddelen en gebruikskosten
nacontrole bij u als donor van een orgaan of weefsel, als de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar) voorbij is	
vervoerskosten die u als orgaan- of weefseldonor maakt	
zorg die de aanvullende verzekeringen vergoeden	

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-risico

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

32. 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 van de overheid de consulten, onderzoeken en behandelingen in 1 keer declareren, bijvoorbeeld met een dbc. Is dat zo? Dan telt de dbc mee voor het eigen risico in het jaar waarin de dbc is geopend.
33. **Maakt u in 2020 zorgkosten en stuurt uw zorgverlener ons de nota pas in 2022 of later? Dan brengen we het verplichte eigen risico niet in rekening.** Als het aan u ligt dat wij de nota's niet eerder ontvangen, kunnen wij het eigen risico wel in rekening brengen.
34. **Bent u maar een deel van het jaar bij ons verzekerd? Dan passen wij het verplichte (en een vrijwillig) eigen risico en de maximale eigen bijdrage voor geneesmiddelen daarop aan.** Wij berekenen allebei dan op basis van het aantal dagen dat de verzekering heeft gelopen of dat premie moest worden betaald. De uitkomst ronden wij af op hele euro's. **Wordt u in de loop van het jaar 18? Ook dan passen wij het eigen risico daarop aan, maar niet de eigen bijdrage. Die geldt namelijk ook onder de 18.**

Uw verzekering gaat in op 3 februari. Er zijn dan 33 dagen van het jaar voorbij en nog 333 te gaan. Uw eigen risico is 333/366 van € 385: € 350,29. We ronden dat af op € 350.

Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

35. **Soms moet u voor zorg of hulp naar het zorgkantoor of de gemeente. Dan vergoeden de 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 2015)
- zorg en hulp voor jongeren (Jeugdwet). Hieronder valt ook geestelijke gezondheidszorg onder de 18 jaar

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

Niet vergoed door Vrije Keuze Basisverzekering	Soms helemaal of gedeeltelijk door aanvullende verzekering
eigen bijdragen volgens <ul style="list-style-type: none"> • Wet langdurige zorg • Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 • Jeugdwet 	
eigen bijdragen voor bevolkingsonderzoek	
keuringen, zoals aanstellingskeuringen en rijbewijskeuringen	
het verstrekken van doktersverklaringen	
griep prik	Benefit en hoger
geneesmiddelen tegen ziekte op reis	Startfit en hoger
alternatieve geneeswijzen	Extrafit en hoger
kosten voor te laat betalen van nota's	
niet nagekomen zorgafspraken (no-show)	
schade door (burger)oorlog, opstand, en vergelijkbare conflicten	
activiteiten om een bepaald sportniveau te bereiken, of sportprestaties te verbeteren	Extrafit en hoger (alleen de sportarts)

37. Als uw zorgkosten het gevolg zijn van terroristische handelingen¹ dan kan het zijn dat u een lagere vergoeding krijgt. Wij hebben onze verplichting om deze zorgkosten te vergoeden verzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden 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 zorgkosten dan ook voor dit deel. Hebben wij de kosten niet verzekerd bij NHT? Ook dan vergoeden wij de kosten voor een gelijk deel, alsof ze wel verzekerd zouden zijn bij de NHT.

Woont u niet in Nederland? Dan krijgt u zorg die het gevolg is van terroristische handelingen niet vergoed.

38. De overheid kan in uitzonderlijke situaties zoals natuurrampen een deel van de zorgkosten vergoeden. Dan heeft u recht op een aanvullende vergoeding volgens de wettelijke regels.

39. **Voor de aanvullende verzekeringen gelden de volgende 2 beperkingen. In de praktijk merkt u dit niet.** 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 'excedent'-verzekeringen. 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.

40. **Onze basisverzekering en aanvullende verzekeringen vergoeden de volgende zorg ook niet.**

a. Zorg die is voorgeschreven of geleverd:

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

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

b. Heeft u bij een andere zorgverzekeraar een natura basisverzekering? En gaat u naar een zorgverlener waarmee uw verzekeraar geen overeenkomst heeft? Bij een naturaverzekering moet u een (flink) deel van uw zorgkosten zelf betalen als u naar een zorgverlener gaat waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft. Uw aanvullende verzekering vergoedt dat deel niet.

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

Ik wil zorgkosten declareren

U heeft zorg gekregen en vraagt zich af hoe het zit met de vergoeding. Vaak heeft u hier geen omkijken naar. Want zorgverleners sturen ons de nota meestal rechtstreeks. Krijgt u toch een nota zelf? Dan kunt u die op verschillende manieren bij ons indienen. Hieronder leest u hoe het werkt.

41. **Veel zorgverleners dienen de nota rechtstreeks bij ons in. Wij betalen dan rechtstreeks aan de zorgverlener. Zo voldoen wij aan de verplichting om uw nota te vergoeden.**

Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop u recht heeft? Dan kunnen wij het verschil bij de zorgverlener terugvragen.

42. **Het kan ook zijn dat u ons zorgkosten moet terugbetalen.** Als wij rechtstreeks met uw zorgverlener afrekenen, betalen wij de hele nota. Dat doen wij ook als u een deel van de nota zelf moet betalen door het eigen risico of een eigen bijdrage. Of doordat niet alle zorg door uw verzekeringen wordt vergoed. Voor het bedrag dat u zelf moet betalen, krijgt u van ons een nota. Die moet u binnen 21 dagen betalen.

43. **Dient u zelf een nota van een zorgverlener bij ons in? Dan moet u zich aan de volgende 3 regels houden.** Anders kan het zijn dat wij de kosten niet vergoeden.

a. **Dien uw nota's 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 zorg gekregen heeft. Dus niet op het moment dat gedeclareerd is.

b. **Nota's die u indient moeten duidelijk zijn.** Er moet bijvoorbeeld in staan welke zorg u heeft gekregen, en wie die heeft verleend. De nota's moeten in het Nederlands zijn, of in het Engels, Duits, Frans of Spaans. Anders kunnen wij om een vertaling vragen.

¹ 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

- c. Dient u de nota digitaal in, bijvoorbeeld via de ONVZ app of onze website? **U moet de originele nota nog 1 jaar bewaren nadat wij deze hebben ontvangen.** Wij kunnen u vragen ons het origineel toe te sturen.
 - d. Soms vergoedt ONVZ aan een zorgverlener meer dan waarop de verzekering recht geeft. Dan gaat u ermee akkoord dat ONVZ zelf het teveel betaalde terug vraagt van de zorgverlener.
44. **Wij kunnen nota's controleren.** Wij gaan dan bijvoorbeeld na of u de zorg wel heeft gekregen en nodig had.

Ik betaal premie

45. **De hoofdverzekerde moet de premies voor de verzekerden steeds vooraf betalen.** U kunt kiezen voor betalen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar.

46. **Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u voor de volgende 7 verzekeringen geen premie.**

- Vrije Keuze Basisverzekering
- Vrije Keuze Startfit
- Vrije Keuze Extrafit
- Vrije Keuze Benfit
- Vrije Keuze Optifit
- Wereldfit
- OntzorgPlus

Voor Vrije Keuze Topfit en Superfit geldt een speciale 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 kinderpremie.

47. **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
- als deelnemer aan de collectiviteit van Vereniging ONVZ
- als u aan een andere collectiviteit deelneemt

48. Combineert u onze aanvullende verzekering(en) niet met een Vrije Keuze Basisverzekering? Dan betaalt u bovenop de premie een toeslag van 50%. Behalve voor de OntzorgPlus. Daarvoor is de toeslag € 20 per maand.

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

49. Berekenen wij premie over een deel van 1 maand? Dan stellen we 1 maand op 30 dagen.

50. U mag premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.

51. Tijdens detentie worden uw verzekeringen opgeschort. De overheid regelt dan uw zorg. Dit betekent dat u bij ons geen aanspraak kunt maken op vergoeding van zorg. U hoeft ons 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

52. **Hebben wij voor controle of onderzoek informatie nodig? Dan moet u daar 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 nota's niet vergoed krijgt, of ons moet terugbetalen.

53. **Belangrijke veranderingen in uw situatie moet u binnen 1 maand aan ons doorgeven.**

Met belangrijk bedoelen we gebeurtenissen waarvan wij op de hoogte moeten zijn om uw verzekering 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 nota's niet vergoed krijgt.

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

Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig.

55. 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. In ons privacy statement¹ vindt u hierover meer informatie.
56. **Wij moeten uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie opnemen.** Wij moeten het ook gebruiken in de contacten met zorgverleners.
57. Wij gebruiken uw gegevens en opgenomen telefoongesprekken:
- 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 marketing
 - 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, behalve marketing. Meer informatie hierover staat in ons privacy statement¹. Daar staat ook in wat uw rechten zijn.
58. De stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nagaan of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via het 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 CIS heeft een eigen privacyreglement. U vindt het via www.stichtingcis.nl.
59. Om uw verzekeringen uit te voeren vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens aan anderen, zoals zorgverleners en hulpmiddelenleveranciers. 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 op een makkelijke en veilige manier 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 of u (nog) recht op premiekorting heeft.
- Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden.
60. 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.

Ik wil mijn aanvullende verzekering wijzigen

61. 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.

Wij kunnen de verzekering wijzigen

62. **Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen wijzigen. 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 63.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

4. Ik verlaat 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 u dat kunt doen.

Opzeggen

63. **De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen.** Dit kan met een brief, een e-mail of via de website. 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.

- a. Als u nog in de bedenktijd van algemene regel 18 zit.
- b. Als u van werkgever verandert, en u bij uw oude én nieuwe werkgever aan een collectieve verzekering deelneemt. De opzegging moet dan wel 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 voor de collectiviteit geldt dan niet meer.
- c. Als de hoofdverzekerde iemand anders verzekerd heeft, en deze verzekerde een nieuwe verzekering krijgt. Dit kan 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.
- d. Als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 62. 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 voordelig voor u is.
- e. 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 ook 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.

64. **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. Zo nodig sluit het CAK dan een basisverzekering af en kiest zelf de verzekeraar.

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

Soms eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering zonder opzegging

65. Blijkt na het afsluiten van een Vrije Keuze Basisverzekering dat u hierop geen recht heeft? Dan eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering vanaf de ingangsdatum of de datum waarop u er geen recht meer op had. 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 door u betaalde premie? Dan moet u ons het verschil terugbetalen.

U heeft bijvoorbeeld in de volgende gevallen geen recht op een Vrije Keuze Basisverzekering:

- u bent militair in werkelijke dienst. Dan bent u via SZVK verzekerd
- u werkt in een ander EU-land. Dan moet u in dat land een zorgverzekering afsluiten

66. De verzekeringen eindigen op de dag na de dag waarop de verzekerde overlijdt. Teveel betaalde premie betalen wij terug of verrekenen wij.

67. 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

68. Verlaagt u of uw partner de aanvullende verzekering? Dan verlagen wij ook de aanvullende verzekering van de kinderen. Beëindigt u of uw partner de aanvullende verzekering? Dan beëindigen wij ook de aanvullende verzekering van de kinderen. Dit geldt ook als wij de betreffende aanvullende verzekering beëindigen. Wij verlagen of beëindigen niet als er een verzekerde van 18 jaar of ouder overblijft op het polisblad met een gelijke of hogere aanvullende verzekering dan de kinderen. Eindigt uw Topfit verzekering en heeft u ook Tandfit D? Dan beëindigen wij uw Tandfit D ook. Een Tandfit D zonder Topfit is niet mogelijk.
69. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en) als uw basisverzekering eindigt omdat u geen recht meer heeft op een (Nederlandse of buitenlandse) basisverzekering.
70. **Wij beëindigen de verzekering(en) als u niet op tijd betaalt.** Voor wij uw verzekering(en) beëindigen, doorlopen wij de volgende stappen.
- Als u de premie niet (op tijd) betaalt, sturen wij u een aanmaning. Dat doen wij ook als u zorgkosten die wij hebben voorgesloten niet (op tijd) terugbetaalt.
 - Heeft u een betalingsachterstand van 2 maanden premie? Dan sturen wij u een voorstel voor een betalingsregeling. Accepteert u dat voorstel niet? En betaalt u ook het openstaande bedrag niet? Dan beëindigen wij uw verzekering(en).
 - Heeft u een betalingsachterstand van zorgkosten, eigen risico of eigen bijdragen die u moet terugbetalen? Dan sturen wij u ook een voorstel voor een betalingsregeling. Accepteert u dat voorstel niet? En betaalt u ook het openstaande bedrag niet? Dan kunnen wij uw verzekering(en) beëindigen.
71. Betaalt u premie per kwartaal, halfjaar of jaar en betaalt u niet (op tijd)? Dan kunnen wij bepalen dat u per maand moet betalen. De premiekorting voor betaling per kwartaal, halfjaar of jaar vervalt dan.
72. **Moeten wij kosten maken om te zorgen dat u premie en voorgesloten kosten (terug)betaalt?** Dan komen die voor uw rekening. Het kan bijvoorbeeld gaan om de kosten van een incassobureau of van een rechtszaak.
73. Wij kunnen de verzekering ook beëindigen als u gefraudeerd heeft.

Als u fraudeert

74. **Bij fraude nemen wij maatregelen.** Wij spreken van fraude als u bewust een regel overtreedt of dat door een ander laat doen om er zelf beter van te worden. Dit is 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 terwijl u daar geen recht op heeft.

Voorbeelden van fraude zijn:

- u stuurt ons stukken die vervalst zijn
- u geeft ons opzettelijk 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

75. Bij een vermoeden van fraude starten wij een onderzoek. Wij houden ons aan het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit¹. In dit Protocol hebben verzekeraars afspraken gemaakt over de aanpak van fraude.

76. Is fraude vastgesteld? Dan kunnen dit de gevolgen zijn:
- nota's waarmee is gefraudeerd vergoeden wij niet
 - nota's die wij onterecht aan u of uw zorgverlener hebben betaald vorderen wij van u terug
 - kosten van het fraudeonderzoek brengen wij bij u in rekening
 - wij kunnen aangifte doen bij de politie
 - wij kunnen uw gegevens (laten) opnemen in de registers die in algemene regel 58 staan
 - wij kunnen uw verzekeringen met terugwerkende kracht tot de datum van de fraude beëindigen
 - wij kunnen u tot 5 jaar daarna weigeren voor een nieuwe verzekering

Als u niet tevreden bent of een klacht heeft

Wij doen ons best om u zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch kan het gebeuren dat u niet tevreden bent of het niet eens bent met een beslissing die we hebben genomen. Wilt u een klacht indienen? Hieronder leggen wij uit hoe u dit kunt doen.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

77. **Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of ontevreden met onze dienstverlening? Dan kunt u bij onze Klachtenservice een klacht indienen.** U ontvangt onze reactie binnen 30 dagen.
78. **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 in 2 stappen.
- Eerst probeert de Ombudsman uw klacht door bemiddeling op te lossen.
 - Als dat niet lukt, kunt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie.

Meer informatie vindt u op de website skgz.nl/procedure.

U kunt uw klacht op 2 manieren bij de SKGZ indienen.

- Via het klachtenformulier op skgz.nl/klacht-indienen
- Door een brief te sturen naar:

SKGZ
Antwoordnummer 5518
3700 VB Zeist

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

- Heeft u een reactie van ons gekregen? U kunt uw klacht tot 1 jaar na ons antwoord indienen bij de Ombudsman.
- Hebben wij niet gereageerd? U kunt uw klacht tot 13 maanden na uw vraag aan ONVZ indienen bij de Ombudsman.
- U kunt de SKGZ vragen of u uw klacht direct aan de Geschillencommissie mag voorleggen. Dit kan tot 1 jaar na het (niet) handelen van ONVZ waar uw klacht over gaat. Heeft u het (niet) handelen niet direct gemerkt? Dan gaat de termijn van 1 jaar in op het moment dat u wel op de hoogte had kunnen zijn.
- Heeft de Ombudsman uw probleem volgens u niet opgelost, en wilt u uw klacht daarom voorleggen aan de Geschillencommissie? Dit kan tot 3 maanden nadat de Ombudsman u zijn antwoord heeft laten weten.

U kunt uw klacht mogelijk ook voorleggen aan de burgerlijke rechter. U kunt dan niet meer naar de SKGZ.

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

Nederlandse Zorgautoriteit
Informatielijn: 088 770 87 70
E-mail: informatielijn@nza.nl

Wat verder van belang is

80. De verzekeringen vallen onder Nederlands recht.

Vergoedingen 2020

Inhoudsopgave

Vergoedingen ONVZ

Huisarts en gezond blijven	26
Huisarts (huisartsenzorg)	27
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	28
Specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten	29
Voetzorg bij diabetes	31
Psychische zorg bij de huisarts	33
Trombosedienst	34
Grieprik	35
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht	36
Stoppen met roken	38
Preventiecurussen	40
Preventief medisch en farmacogenetisch onderzoek	41
Overgangsconsulente	43
Gezondheidscheck-up / sportcheck-up	44
Ziekenhuis en medisch specialist	46
Medisch specialist	47
Ziekenhuisopname	48
Plastische chirurgie	50
Vruchtbaarheidsbehandelingen	52
In-vitrofertilisatie (ivf)	54
Erfelijkheidsonderzoek	56
Borstkanker: aanvullend onderzoek	57
Orgaantransplantatie en -donatie	59
Dialyse	60
Mechanische beademing	61
Voorwaardelijk toegelaten zorg	62
Second opinion	64
Verblijf in een logeershuis	65
Kinderopvang bij ziekenhuisopname van een ouder	67
Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort	68
Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na	70
Verpleging en verzorging	72
Verpleging en verzorging thuis	73
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	75
Eerstelijns verblijf	76
Vervangende mantelzorg	78
Hulp bij mantelzorg	79
Huishoudelijke hulp	81
Hospice	82
Bewegen	84
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	85
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	87
Podotherapie en podologie	89
Oedeem- en littekentherapie door de huidtherapeut	91
Beweegprogramma bij chronische ziekte	92
Beweegprogramma bij en na kanker	93
Houding, bewegen en sport	95
Loophulpmiddelen	97
Steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus	98
Senioren Fitzwemmen	99
Revalidatie en herstel	101
Medisch-specialistische revalidatie	102
Geriatrische revalidatie	103
Ergotherapie	105
Zorghotel	106
Kuuroord	108
Therapeutisch kamp voor jongeren	109
Lidmaatschap patiënten- of belangenorganisatie	110
Zwangerschap, bevalling en kind	112
Prenatale screening	113
Zwangerschap en bevalling	114
Kraamzorg	116
Kraampakket	119
Bevalling-TENS	120

Borstvoeding: lactatiekundige	121
Zorg bij adoptie	123
Plaswekker	124
Medicijnen en dieet	126
Geneesmiddelen basisverzekering	127
Geneesmiddelen aanvullende verzekering	129
Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers	131
Diëtetiek	133
Dieetpreparaten	134
Mond en gebit	136
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	137
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	139
Tandheelkundige zorg na een ongeval	142
Orthodontie tot 18 jaar	144
Orthodontie vanaf 18 jaar	146
Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar	147
Fronttandvervanging	149
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	151
Bijzondere tandheerkunde	152
DiamondClean Smart tandenborstel	154
Psychische zorg	156
Generalistische basis-ggz	157
Gespecialiseerde ggz	159
Anticonceptie	162
Anticonceptiemiddelen	163
Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	164
Alternatief	166
Alternatieve geneeswijzen	167
Horen, zien en spreken	169
Audiologische zorg	170
Orthoptie	171
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	172
Logopedie	174
Bril, (contact)lenzen en ooglaseren	175
Stottertherapie	177
Hulpmiddelen	179
Hulpmiddelen	180
Steunpessarium	182
Huid en haar	184
Acnebehandeling	185
Camouflage-instructie	186
Elektrische epilatie en laserbehandeling	188
Psoriasisdagbehandeling	189
Pedicure bij diabetes en reuma	191
Vervoer	193
Ambulancevervoer	194
Zittend ziekenvervoer	195
Reiskosten voor ziekenbezoek	198
Zorg in het buitenland en reizen	201
Buitenland: spoedeisende zorg	202
Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg	204
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen	207
Compensatie en verhaal	210
Verhaalsbijstand bij letselschade	211
Vergoeding in bijzondere gevallen	212
Wereldfit	214
Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland	215
Wereldfit: repatriëring	216
Wereldfit: eerder terugkeren	218
Wereldfit: vergoeding bij overlijden	219
Wereldfit: vervangende chauffeur	221
OntzorgPlus	223
OntzorgPlus: aanpassing in woning of vervoer	224

Huisarts en gezond blijven

Vergoedingen

Huisarts (huisartsenzorg)

Diagnostiek voor eerstelijns zorg

Specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten

Voetzorg bij diabetes

Psychische zorg bij de huisarts

Trombosedienst

Grieprik

Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht

Stoppen met roken

Preventiecursussen

Preventief medisch en farmacogenetisch onderzoek

Overgangsconsulente

Gezondheidscheck-up / sportcheck-up

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Huisarts (huisartsenzorg)

Zorg begint bij de huisarts.

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. Als het nodig is laat hij uw bloed onderzoeken, of laat hij ander onderzoek doen. Meestal kan de huisarts u zelf behandelen. Soms verwijst hij u door 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

De huisarts kan ook samenwerken met zorgverleners buiten de praktijk. Met elkaar zorgen zij ervoor dat u zorg op maat krijgt bij bijvoorbeeld diabetes (suikerziekte), hart- en vaatziekten of COPD (chronische longproblemen). Dit wordt ook wel 'ketenzorg' genoemd.

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 maar heeft u geen verwijzing? Dan kunt u niet altijd terecht of moet u langer wachten.

Al deze zorg samen is huisartsenzorg. De **basisverzekering** vergoedt die.

Voor sommige vormen van huisartsenzorg gelden extra voorwaarden, of andere

Daarom staan deze apart vermeld:

- voetzorg bij diabetes
- psychische zorg bij de huisarts
- stoppen met roken
- zorg door de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijk gehandicapten
- huisartsenzorg met opname (eerstelijns verblijf)

Individuele geneeskundige zorg bij tuberculose en infectieziekten 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 medisch onderzoek, gezondheidscheck-up, preventiecurcussen en griepvaccinatie.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

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.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. En ook dat de 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.

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 hij lichamelijk onderzoek. Zo probeert hij vast te stellen wat er precies aan de hand is en wat de oorzaak is van uw klachten: hij stelt een 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 zorgverlener in de eerste lijn¹ 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 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 de fysiotherapeut of bedrijfsarts de diagnostiek nodig vindt, dan moet u daarvoor dus eerst langs uw huisarts.

¹ Zorgverleners waar u zonder verwijzing naartoe kunt, zoals een tandarts, fysiotherapeut of diëtist

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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten

Zorg zoals bij de huisarts, speciaal voor ouderen en mensen met een verstandelijke handicap.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u gezondheidsproblemen? Dan is uw huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt. De huisarts bespreekt uw vragen en klachten met u en stelt een diagnose. Meestal kan de huisarts u zelf behandelen. Soms is dat anders. Bijvoorbeeld bij mensen met meerdere gezondheidsproblemen tegelijk en mensen met een verstandelijke beperking. Dan kan de huisarts een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten inschakelen.

De specialist ouderengeneeskunde is een arts speciaal voor chronisch zieke patiënten met een ingewikkelde zorgvraag. Meestal zijn dat mensen op leeftijd, maar soms ook jongeren. De arts voor verstandelijk gehandicapten is gespecialiseerd in de medische zorg voor mensen die een verstandelijke handicap hebben.

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

Het kan zijn dat uw huisarts alleen advies vraagt bij deze gespecialiseerde artsen. Dan ziet u zelf de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijk gehandicapten niet. Maar het kan ook zijn dat zij uw zorg helemaal of voor een deel overnemen van de huisarts.

De basisverzekering vergoedt de geneeskundige zorg van een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Hier kunt u terecht

Uw huisarts werkt vaak al samen met een specialist ouderengeneeskunde en een arts voor verstandelijk gehandicapten, en weet waar u terecht kunt. De andere arts kan in de huisartsenpraktijk werken, of bijvoorbeeld in het ziekenhuis of een verpleeghuis.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet een verwijzing van de huisarts hebben

De huisarts maakt de afweging of dit voor u de juiste zorg is. Als dat zo is, krijgt u een verwijzing.

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 zorg die specialisten ouderengeneeskunde of artsen voor verstandelijk gehandicapten normaal gesproken verlenen als huisartsenzorg. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Deze vergoeding geldt niet als u een Wlz-indicatie heeft

Heeft u een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor zorg uit de Wet langdurige zorg? Dan vergoedt die wet de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten. De basisverzekering vergoedt dan niet.

Voetzorg bij diabetes

Ik heb diabetes. Welke voetzorg krijg ik vergoed?

Wat u vergoed krijgt

Als u diabetes (suikerziekte) heeft, zijn uw voeten extra kwetsbaar. Daarom kunt u in dat geval een jaarlijkse voetcontrole laten doen. Uw huisarts onderzoekt dan uw voeten en stelt een zorgprofiel vast. Een podotherapeut kan dit ook doen.

Het zorgprofiel zegt iets over de kwetsbaarheid van uw voeten. Hoe hoger het profiel, hoe meer zorg u nodig heeft om wondjes of zweren aan uw voeten (diabetische voetulcera) te voorkomen of te behandelen. Er zijn 5 zorgprofielen: 0, 1, 2, 3 en 4.

De **basisverzekering** vergoedt de jaarlijkse voetcontrole.

Heeft u bij de voetcontrole **zorgprofiel 2, 3 of 4** gekregen? Dan vergoedt de basisverzekering 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 **basisverzekering** vergoedt de jaarlijkse voetcontrole en de voetzorg hierboven als huisartsenzorg.

Heeft u **zorgprofiel 1**? Dan vergoedt de basisverzekering alleen de jaarlijkse voetcontrole. De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger hebben een vergoeding voor podotherapie. En de aanvullende verzekeringen Benfit en hoger voor de pedicure. Waar u recht op heeft, staat in die vergoedingen.

Hier kunt u terecht

- 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. Hij blijft dan eindverantwoordelijk, en de kosten van de medisch pedicure zitten dan in de nota van de podotherapeut.

Dit wordt niet vergoed

- voetzorg als u zorgprofiel 0 heeft
- voetverzorging zoals eelt verwijderen of nagels knippen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Bij zorgprofiel 1: voetcontrole Bij zorgprofiel 2 of hoger: voetcontrole en voetzorg
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Bij zorgprofiel 1: € 150 voor podotherapie, uit vergoeding Podotherapie en podologie Max. per kalenderjaar
Benfit	Bij zorgprofiel 1: € 250 voor podotherapie, uit vergoeding Podotherapie en podologie € 100 voor pedicure, uit vergoeding Pedicure bij diabetes en reuma Max. per kalenderjaar
Optifit	Bij zorgprofiel 1: 100% podotherapie, uit vergoeding Podotherapie en podologie € 200 voor pedicure, uit vergoeding Pedicure bij diabetes en reuma Max. per kalenderjaar
Topfit	Bij zorgprofiel 1: 100% podotherapie, uit vergoeding Podotherapie en podologie 100% voor pedicure, uit vergoeding Pedicure bij diabetes en reuma
Superfit	Bij zorgprofiel 1: 100% podotherapie, uit vergoeding Podotherapie en podologie 100% voor pedicure, uit vergoeding Pedicure bij diabetes en reuma

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg is huisartsenzorg of valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Psychische zorg bij de huisarts

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

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 somberheid, rouwverwerking of eenzaamheid. In een huisartsenpraktijk werkt vaak een praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg (POH-ggz). Deze is opgeleid voor het helpen van mensen met psychische klachten. Hij kan gesprekken met u voeren, maar ook internetprogramma's inzetten bij de behandeling. Soms krijgt u medicijnen.

De 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 hij u wel de juiste zorg kan 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 generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde ggz. Dan gelden die vergoedingen.

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan verwijst de huisarts u naar de jeugd-ggz. Deze zorg valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Uw huisarts weet naar welke zorgverleners hij u kan verwijzen.

Dit wordt niet vergoed

- bewegingsgerichte therapie
- anonieme behandeling via internet

Andere vergoedingen

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden ook andere zorg die u misschien kan helpen bij psychische klachten. Bijvoorbeeld preventiecurssussen, zoals runningtherapie of een slaapcursus, en alternatieve geneeswijzen.

Wilt u stoppen met roken? Ook daarbij kunt u ondersteuning krijgen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor psychische zorg bij de huisarts geldt geen eigen risico. Ook niet als de POH-ggz deze zorg verleent.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 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.

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 (bloedverdunners) 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 basisverzekering vergoedt:

- het prikken van bloed door de trombosedienst
- het 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 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

U moet voordat u de zorg krijgt 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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 voor wilt zijn.

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Meer informatie vindt u bij het RIVM

Op de website van het RIVM¹ staat informatie over de grieprik en de risicogroepen.

Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht

Voor een blijvende verbetering van uw eetgewoontes en beweggedrag.

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-begeleider², 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. Die bespreekt uw gli-begeleider tevoren 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. Aansluiten bij een wandelgroep bijvoorbeeld, of een sportvereniging. Die activiteit zelf is geen onderdeel van de gli. U betaalt deze dus zelf.

De **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 BMI³ heeft van 30 kg/m² of hoger, of
- een BMI heeft 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

De basisverzekering vergoedt alleen door ons erkende gecombineerde leefstijlinterventies⁴.

Aanvullende beweegprogramma's (voor alle leeftijden)

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden een beweegprogramma voor volwassenen die deelnemen aan een gli, en voor kinderen die te jong zijn voor 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. Of voor kinderen die te jong zijn voor een gli.

¹ Meer informatie leest u op: www.rivm.nl/Onderwerpen/G/Griep/Grieprik

² Dat kan een leefstijlcoach fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of diëtist zijn

³ 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

⁴ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

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. Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor beweegprogramma's bij gli, bij chronische ziekte en bij en na kanker samen. De maximale vergoeding staat hieronder. Topfit en Superfit vergoeden deze beweegprogramma's volledig.

Hier kunt u terecht

Voor de gecombineerde leefstijlinterventie:

- een zorgverlener die staat ingeschreven in het register¹ van BLCN²
- een andere zorgverlener die bij de door ons 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 generalistische basis-ggz. Dat kan dan naast het gli-programma plaatsvinden.

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

De gli valt onder de huisartsenzorg. Daarvoor geldt geen eigen risico. Als de huisarts u doorverwijst voor andere klachten, bijvoorbeeld naar de diëtist of psycholoog, geldt het eigen risico wel. Het beweegprogramma valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Zie hiervoor: www.blc.nl/zoek-een-leefstijlcoach

² Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland

Dit moet u zelf doen

Voor de gli moet u ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de gli alleen als wij toestemming¹ hebben gegeven voordat u aan het programma 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het gli-programma moet bewezen effectief zijn. Uw behandelaar kan u daar meer over vertellen. Alleen bewezen effectieve leefstijlinterventies zijn door ons erkend².

De ZorgConsulent helpt u bij het vinden van een begeleider

Zoekt u een leefstijlcoach of andere gli-begeleider? Uw huisarts kan u hierover informeren. Onze ZorgConsulent denkt graag met u mee. En kan ook 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 niet altijd (zonder uw toestemming) voor dat doel gebruiken.

Stoppen met roken

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

Wat u vergoed krijgt

Wilt u graag stoppen met roken en lukt dat niet alleen? Dan kan uw huisarts, verloskundige of medisch specialist³ u helpen met korte ondersteunende adviezen.

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 Roken⁴ van het Partnership Stop met Roken

De **basisverzekering** vergoedt:

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

Wilt u liever meedoen aan één van de onderstaande programma's? Dat kan. De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden:

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

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

³ Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

⁴ Meer informatie leest u op: www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Stoppen-met-rokenprogramma, met nicotinevervangers/geneesmiddelen 1 keer per kalenderjaar
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Lasertherapie, training Allen Carr of De Opluchting
Topfit	Lasertherapie, training Allen Carr of De Opluchting
Superfit	Lasertherapie, training Allen Carr of De Opluchting

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor het stoppen-met-rokenprogramma (inclusief voorgeschreven nicotinevervangers en geneesmiddelen) dat onder de basisverzekering valt. Voor de 3 programma's die onder de aanvullende verzekering vallen, geldt ook geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

Voor het stoppen-met-rokenprogramma heeft u geen verwijzing nodig. Niet voor het programma dat de basisverzekering vergoedt. En ook niet voor de 3 programma's die onder de aanvullende verzekeringen vallen.

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

Voor de 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 aanvraagformulier¹ 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

¹ Dit formulier vindt u op: www.znformulieren.nl

Preventiecurcussen

Fit worden en fit blijven.

Wat u vergoed krijgt

Met een preventiecurcus kunt u gezond blijven 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 Extrafit en hoger vergoeden preventiecurcussen. Curcussen voor eerste hulp voor 75%, de overige curcussen voor 100%. Maar altijd tot de maximale vergoeding per kalenderjaar. De curcussen waar het om gaat en de maximale vergoeding staan hieronder.

Wilt u meer informatie over de preventiecurcussen? De ZorgConsulent helpt u graag.

Zwangerschap (100%)

- curcus borstvoeding door een lactatiekundige¹
- zwangerschapcurcus door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of door de Vereniging Samen Bevallen, of de curcus YVLO-Zwangerfit door een (bekken) fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, ingeschreven in het YVLO-register²
- zwangerschapyoga door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, of door een gekwalificeerde yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland
- curcus Fit Mama! door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Gezond gewicht (100%)

- curcus gezonde voeding en gezond gewicht door een thuiszorgorganisatie
- curcus 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 pedagoog of psycholoog van het Instituut Kanjertraining B.V. Almere
- Steviger in je schoenen staan door het Instituut Stema Opleidingen en Coaching
- Sta Sterk Training ontwikkeld door Stichting Omgaan met Pesten
- runningtherapie om depressie te voorkomen door een runningtherapeut via Running VOF
- de online (zelfhulp)modules van stichting Mirro³ voor het herkennen, verminderen of voorkomen van psychische klachten

Zelfmanagement (100%)

- curcus Beter Slapen of Slapen kun je leren door een thuiszorgorganisatie
- online curcus Beter Slapen door Somnio.eu
- curcus Leren omgaan met een chronische ziekte van jezelf of een gezinslid door een thuiszorgorganisatie, patiëntenvereniging of GGD
- curcus Valpreventie door een fysiotherapeut of oefentherapeut (die kan ook van een thuiszorgorganisatie zijn)

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
- curcus EHBO Basis, EHBO bij kinderen, EHBO bij volwassenen en EHBO Top van Livis
- basiscurcus reanimeren of AED (automatische externe defibrillator) gecertificeerd door de Nederlandse Reanimatie Raad of gegeven door een reanimatiepartner van de Hartstichting
- basiscurcus Stop de bloeding – Red een leven door een gecertificeerde instructeur
- Mental Health First Aid (MHFA: Eerste hulp bij psychische problemen): de curcus MHFA standaard of YMHA (jeugd) door een gecertificeerde trainer van MHFA⁵.

Dit wordt niet vergoed

- curcussen Bedrijfs hulpvlening
- curcussen sport-EHBO
- curcussen, door een werkgever of vereniging georganiseerd (in-company)

¹ Een lactatiekundige die volwaardig lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL)

² Meer informatie leest u op: www.zwangerfit.nl/locaties

³ Meer informatie leest u op: www.mirro.nl

⁴ Meer informatie leest u op: www.stopdebloedingredeenleven.nl/hoefvolg-de-cursus

⁵ Zie hiervoor: mhfa.nl

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	75% cursussen eerste hulp en 100% overige cursussen, samen tot € 75 Max. per kalenderjaar
Benefit	75% cursussen eerste hulp en 100% overige cursussen, samen tot € 150 Max. per kalenderjaar
Optifit	75% cursussen eerste hulp en 100% overige cursussen, samen tot € 250 Max. per kalenderjaar
Topfit	75% cursussen eerste hulp en 100% overige cursussen, samen tot € 325 Max. per kalenderjaar
Superfit	75% cursussen eerste hulp en 100% overige cursussen, samen tot € 500 Max. per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

Preventief medisch en farmacogenetisch onderzoek

Wilt u weten hoe het met uw gezondheid staat? Of hoe een medicijn bij u zal werken?

Wat u vergoed krijgt

Preventief medisch onderzoek

Als u een gezondheidsprobleem heeft dan valt medisch onderzoek bijna altijd onder de basisverzekering, bijvoorbeeld onder de vergoedingen Huisarts of Medisch specialist.

Medisch onderzoek kan ook worden gedaan om een ziekte of een ander gezondheidsrisico op te sporen, als u (nog) geen gezondheidsklachten heeft. Bijvoorbeeld als u zich zorgen maakt over een ziekte die in uw familie veel voorkomt. We spreken dan van preventief medisch onderzoek. Als er bij u voor zo'n onderzoek een medische reden is, dan valt het ook onder de 2 vergoedingen hierboven, of onder erfelijkheidsonderzoek. Dat soort preventief medisch onderzoek begint dan gewoon bij de huisarts. Waar u precies recht op heeft, staat niet hieronder, maar in de andere vergoedingen. Meestal geldt dan het eigen risico.

Wilt u een preventief medisch onderzoek laten doen waarvoor bij u geen medische reden is? Dan geldt de vergoeding die u nu leest. Deze gaat over preventief medisch onderzoek dat onder de aanvullende verzekering valt. Dat kan een gericht onderzoek zijn, bijvoorbeeld op hart- en vaatziekten, of een algemeen lichamenlijk onderzoek. Een arts bespreekt de uitslagen met u.

Er zijn artsen die preventief medisch onderzoek waarvoor geen medische reden is, afraden. De overheid (RIVM) en artsenorganisatie KNMG hebben de voors en tegens op een rij gezet. Twijfelt u of een preventief onderzoek iets voor u is? De ZorgConsulent kan u ook meer informatie geven.

Farmacogenetisch onderzoek

Farmacogenetisch onderzoek krijgt u voorgeschreven om na te gaan of een geneesmiddel bij u zal werken, en welke dosis voor u het beste is. Uw arts vraagt het onderzoek aan, of weet waar u terecht kunt. Wij vergoeden het farmacogenetisch onderzoek alleen als het gaat om een voor u nieuw geneesmiddel, en als het onderzoek past binnen de adviezen van de KNMP. Uw zorgverlener weet of dat zo is. Het zogenoemde DNA-paspoort valt ook onder dit farmacogenetisch onderzoek.

De aanvullende verzekering Optifit vergoedt alleen het preventief medisch onderzoek zonder medische reden, voor 50%. Topfit en Superfit vergoeden het preventief medisch onderzoek zonder medische reden en het farmacogenetisch onderzoek volledig. Er geldt altijd een maximale vergoeding per kalenderjaar. Die staat hieronder.

Wordt bij het onderzoek iets gevonden waarvoor u behandeld moet worden? Of krijgt u medicijnen voorgeschreven? Dan valt dat bijna altijd onder de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan. En soms betaalt u een eigen bijdrage.

Hier kunt u terecht

1. voor preventief medisch onderzoek: huisarts of medisch specialist
2. voor farmacogenetisch onderzoek: laboratorium voor farmacogenetisch onderzoek

Dit wordt niet vergoed

- bevolkingsonderzoek. Dat is preventief medisch onderzoek dat de overheid aanbiedt, bijvoorbeeld voor borstkanker of darmkanker. Als u er aan mee kunt doen, krijgt u vanzelf bericht. De overheid betaalt dit onderzoek.
- onderzoek dat u voor of via uw werkgever of sportvereniging laat doen

Andere vergoedingen

Voor onderzoek dat met sporten te maken heeft, zoals onderzoek of keuring door een sportarts, geldt de vergoeding Houding, bewegen en sport. Er is ook een vergoeding voor een gezondheids- of sportcheck-up.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Bij medische reden, uit vergoedingen Huisarts, Medisch specialist of Erfelijkheidsonderzoek
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	50% tot € 250 voor medisch onderzoek Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 500 voor medisch onderzoek en farmacogenetisch onderzoek Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 750 voor medisch onderzoek en farmacogenetisch onderzoek Max. per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Op de nota voor preventief medisch onderzoek moet staan dat het om onderzoek door een huisarts of medisch specialist gaat

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Voor meer informatie kunt u terecht bij de ZorgConsulent

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

Overgangsconsulente

Extra ondersteuning tijdens de overgang.

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. Een overgangsconsulente geeft u voorlichting, advies en zorg tijdens deze periode in uw leven.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden voorlichting, advies en zorg door een overgangsconsulente.

Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

Een overgangsconsulente aangesloten bij:

- Care for Women¹, of
- Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten²

¹ Meer informatie leest u op: careforwomen.nl

² Meer informatie leest u op: overgangsconsulente.com

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 120 Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 zorg die overgangsconsulenten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Gezondheidscheck-up / sportcheck-up

Voor meer inzicht in uw gezondheid.

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 kunt u een gezondheids- of sportcheck-up laten doen. Daarmee worden uw fitheid en gezondheid getest. U krijgt een persoonlijk advies hoe u gezond blijft of gezonder kunt worden. Er zijn verschillende mogelijkheden. Wij hebben ze voor u op een rij gezet in het document gezondheidscheck-up¹.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Welke check-up past het beste bij u? De ZorgConsulent kan u meer uitleg geven over de verschillende check-ups.

De **aanvullende verzekeringen** Startfit en hoger vergoeden jaarlijks een gezondheids- of een sportcheck-up. U moet die wel via de ZorgConsulent regelen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Elk jaar 1 check-up Max., via ZorgConsulent
Extrafit	Elk jaar 1 check-up Max., via ZorgConsulent
Benfit	Elk jaar 1 check-up Max., via ZorgConsulent
Optifit	Elk jaar 1 check-up Max., via ZorgConsulent
Topfit	Elk jaar 1 check-up Max., via ZorgConsulent
Superfit	Elk jaar 1 check-up Max., via ZorgConsulent

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet de check-up regelen via de ZorgConsulent

Onze ZorgConsulent geeft u informatie over de mogelijkheden en meldt u aan voor de check-up. U heeft geen verwijzing van een arts 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.

De check-ups zijn niet geschikt voor kinderen

De leeftijdsgrenzen staan in het document gezondheidscheck-up¹.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Ziekenhuis en medisch specialist

Vergoedingen

Medisch specialist
Ziekenhuisopname
Plastische chirurgie
Vruchtbaarheidsbehandelingen
In-vitrofertilisatie (ivf)
Erfelijkheidsonderzoek
Borstkanker: aanvullend onderzoek
Orgaantransplantatie en -donatie
Dialyse
Mechanische beademing
Voorwaardelijk toegelaten zorg
Second opinion
Verblijf in een logeerhuis
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder
Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort
Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Medisch specialist

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

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. Hij stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. Hij is voor u de hoofdbehandelaar. 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 hoofdbehandelaar ook een SEH-arts (op de spoedeisende hulp), een verpleegkundig specialist of een physician assistant³ zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg⁴, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering de ziekenhuisopname.

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

- plastische chirurgie
- voorwaardelijk toegelaten zorg
- vruchtbaarheidsbehandelingen / ivf
- aanvullende diagnostiek bij borstkanker
- sterilisatie of een hersteloperatie daarvan

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak

Andere vergoedingen

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

- kaakchirurgie
- medisch-specialistische revalidatie
- gespecialiseerde ggz

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De meeste ziekenhuiszorg
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

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

² Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

³ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

⁴ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtiek

Geen eigen bijdrage

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 ('verpleeghuisarts'). Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

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. Neemt u daarom vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Superfit en Wereldfit moet u voor niet-spoedeisende zorg contact opnemen met onze ZorgConsulent en voor spoedeisende zorg met onze alarmcentrale Zorgassistance.

Een second opinion kan ook

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

Wachttijd? 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.

Ziekenhuisopname

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

Wat u vergoed krijgt

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

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist⁴ of de kaakchirurg⁵ in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

⁴ Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

⁵ Een kaakchirurg vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

De **basisverzekering** vergoedt de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg¹
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

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 (ZBC²)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

Andere vergoedingen

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

- gespecialiseerde ggz
- eerstelijns verblijf
- medisch-specialistische revalidatie
- geriatrische revalidatie
- zintuiglijk gehandicaptenzorg

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Max. 3 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	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 zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

² Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

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 ('verpleeghuisarts'). Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De basisverzekering vergoedt de opname 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 zien wij de opname ook 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. Gaat u naar het buitenland voor een ziekenhuisopname? Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Superfit en Wereldfit moet u vooraf contact opnemen met onze ZorgConsulent.

Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

Wat u vergoed krijgt

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Plastische chirurgie is echter 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.

De **basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis⁴ heeft
2. verminkingen⁵ door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslaptte 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. behandeling van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

⁴ Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

⁵ 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

De basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de 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 specialist², zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

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

Dit wordt niet vergoed

- plastische chirurgie zonder medische noodzaak
- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- borstvergroting
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

Meer uitleg over de vergoeding van plastische chirurgie staat in het document plastische chirurgie³.

Vergoeding per verzekering

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

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetik

² Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, KNO-arts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

³ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 ('verpleeghuisarts'). Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Ook voor vergoeding vanuit de aanvullende verzekeringen moet u vooraf toestemming³ hebben gekregen.

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

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.

Vruchtbaarheidsbehandelingen

Als het niet lukt om zwanger te worden.

Wat u vergoed krijgt

Blijft door een medische oorzaak een zwangerschap uit, maar heeft u wel een kinderwens? En bent u jonger dan 43 jaar?

Dan vergoedt de **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

- 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.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Er is een leeftijdsgrens

De basisverzekering vergoedt geen vruchtbaarheidsbehandelingen als de vrouw 43 jaar of ouder is.

We kijken naar de Hunault score

De leeftijd van de vrouw en de kwaliteit van het sperma zijn belangrijk voor de kans op zwangerschap. De Hunault score geeft een indicatie van die kans. Wijst de score op een goede kans om via de natuurlijke weg zwanger te worden? Dan vergoedt de basisverzekering de vruchtbaarheidsbehandelingen alleen als zwanger worden lange tijd niet lukt.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

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

Lang bewaren van eigen geslachtscellen moet u zelf betalen

Er kan een medische reden zijn om uw sperma- of eicellen te laten bewaren. Bijvoorbeeld omdat u chemotherapie moet krijgen. De basisverzekering vergoedt dan het invriezen en bewaren van uw geslachtscellen. De richtlijn voor de bewaartermijn is 2 jaar.

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.

In-vitrofertilisatie (ivf)

Reageerbuisbevruchting.

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 eicel wordt geïnjecteerd, spreken we van een icsi-behandeling. Wij vergoeden ivf en icsi¹, als u een medische indicatie heeft voor deze zorg.

Voor elke keer dat u zwanger wilt worden, vergoedt de **basisverzekering** de 1e, 2e en 3e poging ivf of icsi. De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden de 4e en volgende pogingen ivf of icsi.

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

- fase 1: de hormonale behandeling voor rijping van uw eicellen
- fase 2: het weghalen van uw rijpe eicellen (follikelpunctie)
- 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 fase 2 succesvol is, telt de behandeling mee als poging.

Als er dan geen doorgaande zwangerschap tot stand komt, dan is de poging mislukt. Besluit u tot een nieuwe behandeling en start u dan weer met fase 1 of 2, dan telt dit als een nieuwe poging. Zijn er ingevroren embryo's over uit een eerdere fase van de poging? Dan valt de terugplaatsing daarvan onder dezelfde poging, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. U moet die embryo's wel gebruiken. Als u een nieuwe poging start terwijl er nog ingevroren embryo's over zijn, dan vergoedt de basisverzekering die nieuwe poging 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 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 basisverzekering alleen als er niet meer dan 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum² (vruchtbaarheidskliniek)

Wilt u voor de behandeling naar het buitenland? Dan wordt de zorg mogelijk niet volledig vergoed. Om vooraf zekerheid te krijgen over de vergoeding, adviseren wij u om altijd vooraf toestemming³ te vragen. Bij Wereldfit en Superfit moet u vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent.

¹ Intracytoplasmatische sperma-injectie

² Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

³ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Dit wordt niet vergoed

- 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
- opslag (bewaren) van eigen ingevroren embryo's om deze in een volgende ivf poging terug te plaatsen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Tot 43 jaar, 3 pogingen Na doorgaande zwangerschap opnieuw max. 3 pogingen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Tot 43 jaar, extra pogingen
Superfit	Tot 43 jaar, extra pogingen

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

De 1e, 2e en 3e poging ivf vallen onder de basisverzekering. Daarvoor geldt het eigen risico. De 4e en volgende pogingen vallen onder de aanvullende verzekering. Daarvoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

Voor een 4e of volgende poging moet u ons vooraf toestemming vragen

Topfit en Superfit vergoeden een 4e of volgende poging alleen als wij vooraf toestemming¹ 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

We kijken naar de Hunault score

De leeftijd van de vrouw en de kwaliteit van het sperma zijn belangrijk voor de kans op zwangerschap. De Hunault score geeft een indicatie van die kans. Wijst de score op een goede kans om via de natuurlijke weg zwanger te worden? Dan vergoedt de basisverzekering ivf alleen als zwanger worden lange tijd niet lukt.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

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

Lang bewaren van eigen geslachtscellen moet u zelf betalen

Er kan een medische reden zijn om uw sperma- of eicellen te laten bewaren. Bijvoorbeeld omdat u chemotherapie moet krijgen. De basisverzekering vergoedt dan het invriezen en bewaren van uw geslachtscellen. De richtlijn voor de bewaartermijn is 2 jaar.

Erfelijkheidsonderzoek

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

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 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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Erfelijkheidsonderzoek en -advies
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Borstkanker: aanvullend onderzoek

Meer zekerheid bij de keuze van een vervolgbehandeling.

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 **basisverzekering** vergoedt die zorg, maar niet de testen MammaPrint en Oncotype DX.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger, en OntzorgPlus vergoeden deze testen wel, als uw medisch specialist zo'n test nodig vindt.

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Het aanvullend onderzoek valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico. Hoe werkt dat?

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 ons vooraf toestemming vragen

U moet voordat u het aanvullend onderzoek krijgt 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding.

Orgaantransplantatie en -donatie

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

Wat u vergoed krijgt

Bij een orgaantransplantatie 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 de basisverzekering:

- selectie van de donor
- het operatief verwijderen van het orgaan of weefsel bij de donor
- het onderzoeken, bewaren en vervoeren van het orgaan of weefsel voor de transplantatie, als dit van een overleden donor komt
- de transplantatie van het orgaan of weefsel
- alle zorg voor de donor, die onder de basisverzekering valt en verband houdt met zijn of haar ziekenhuisopname 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 hij of zij in het buitenland woont? Dan vergoedt uw 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
- als de donor in het buitenland woont, terwijl transplantatie van nier, beenmerg of lever in Nederland plaatsvindt, het vervoer van de donor naar Nederland en terug. Ook vergoeden wij dan de overige kosten die de donor maakt doordat hij in het buitenland woont. De verblijfskosten in Nederland en eventuele inkomsten die u misloopt, vergoeden wij niet

Als u zelf donor bent, vergoedt de 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.

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Als u zelf een orgaan of weefsel ontvangt, valt de zorg voor u en voor de donor onder uw basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Als u donor bent, dan geldt het eigen risico niet voor:

- nacontroles ná de periode van 13 weken (of een half jaar bij levertransplantatie)
- het vervoer van en naar de zorg die voor de donor wordt vergoed

¹ Naast Nederland maken de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk, 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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 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 Transplantatiestichting¹ voert de subsidieregeling uit en kan u hier meer informatie over geven.

Dialyse

Als uw nieren niet goed meer werken.

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 basisverzekering vergoedt de 2 vormen van dialyse en de zorg die erbij hoort:

- onderzoek, behandeling en verpleging rond de dialyse
- medicijnen
- 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 basisverzekering vergoedt deze ondersteuning ook. Het kan gaan om:

- de opleiding en psychosociale begeleiding van uzelf en uw familie of mantelzorgers die u helpen bij de thuisdialyse
- het 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 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.

¹ Zie hiervoor: www.transplantatiestichting.nl/page/onkosten-vergoedingen-en-verzekeringen-donatie-bij-leven

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 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 Nederland¹ kan u adviseren.

Mechanische beademing

Als ademen niet meer vanzelf gaat.

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 beademingscentrum of 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 medicijnen die u bij de beademing nodig heeft.

De basisverzekering vergoedt mechanische beademing:

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

Krijgt u de mechanische beademing thuis? Dan krijgt u ook een vergoeding voor stroomkosten² (elektriciteitskosten).

¹ Meer informatie leest u op: www.nvn.nl/vind-steun/dialyse-op-vakantie

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/vergoeding-stroomkosten-thuisbeademing

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 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.

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 tóch 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 onderzoek.

In het document voorwaardelijke toelating tot het basispakket¹ 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
- in welke ziekenhuizen 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.

De aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt soms de voorwaardelijk toegelaten zorg voor kanker, als de basisverzekering die niet vergoedt.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% als u meedoet aan het onderzoek
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding
OntzorgPlus	100% in sommige situaties

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 ('verpleeghuisarts').

Met OntzorgPlus moet u toestemming vragen aan de ZorgConsulent

Voordat u de behandeling krijgt, moet u toestemming hebben van onze ZorgConsulent.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

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.

De basisverzekering vergoedt de zorg alleen binnen het onderzoek en de periode van toelating

De basisverzekering vergoedt de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel alleen als u meedoet aan het onderzoek naar de effectiviteit ervan. Uw arts bepaalt of u in aanmerking komt voor deelname. De zorg wordt voor een beperkte periode vergoed.

Niet in alle ziekenhuizen krijgt u vergoeding

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

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.

Second opinion

Als u twijfelt aan de noodzaak van een ingrijpende behandeling.

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 basisverzekering vergoedt een second opinion als aan deze 5 voorwaarden is voldaan:

- het gaat om zorg die onder de basisverzekering valt, zoals zorg van de medisch specialist. Of zorg onder basisverzekering valt, staat in de vergoedingen
- de diagnostiek of de voorgestelde behandeling waar de second opinion over gaat, valt ook onder de basisverzekering
- de arts die de second opinion doet, werkt in hetzelfde vakgebied als de 1e zorgverlener
- u heeft een verwijzing van een arts. Dit kan de 1e zorgverlener zijn, of uw huisarts
- 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 thuis geldt die vergoeding.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Of voor de second opinion het eigen risico geldt, hangt af van de zorg waar de second opinion over gaat. Is dat zorg door een huisarts, of verloskundige zorg? Dan valt de second opinion niet onder uw eigen risico. Gaat het om een second opinion over andere zorg? Dan geldt het eigen risico wel.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Verblijf in een logeerhuis

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

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, Extrafit, Benfit en Optifit vergoeden de logeerkosten in 2 gevallen. Topfit en Superfit vergoeden ook in een 3e situatie.

1. Ziekenhuisbehandeling van een kind onder de 18 jaar

Wordt uw kind behandeld of opgenomen in het ziekenhuis? De aanvullende verzekering Extrafit of hoger of OntzorgPlus van het kind vergoedt de logeerkosten van de ouder, als die ook zo'n verzekering bij ons heeft. Extrafit, 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 Extrafit en hoger en OntzorgPlus vergoeden de logeerkosten van 1 gezinslid tijdens uw ziekenhuisopname. Dit gezinslid moet zelf ook zo'n verzekering bij ons hebben. Extrafit, 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
- bij chemotherapie, bestraling of immuuntherapie bij kanker

Hier kunt u terecht

- logerafdeling of logeerhuis van het ziekenhuis
- Ronald McDonald Huis

Andere vergoedingen

De basisverzekering vergoedt soms logeren in plaats van zittend ziekenvervoer.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Ouders bij kind: € 12,50 per dag, tot € 260 Gezinslid bij volwassene: € 25 per dag Max. per dag/kalenderjaar
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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Met OntzorgPlus moet u toestemming vragen aan de ZorgConsulent

Voordat u naar het logeerhuis gaat, moet u 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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 Kinderfonds¹.

OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding.

Kinderopvang bij ziekenhuisopname van een ouder

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

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 verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden 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 Kinderopvang² (LRK)

Andere vergoedingen

OntzorgPlus biedt soms oppas voor de kinderen.

Vergoeding per verzekering

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

¹ Zie hiervoor: www.kinderfonds.nl

² Zie hiervoor: www.landelijkregisterkinderopvang.nl

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

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.

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 3 voorzieningen die hieronder staan. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor al die voorzieningen samen. Het moet gaan om een ziekenhuisopname in Nederland, België of Duitsland die noodzakelijk is voor onderzoek of behandeling door de medisch specialist.

Wij vergoeden:

1. 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

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 overzicht¹.

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

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC²) 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

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/overzicht-ziekenhuizen-onvz-zorgplan

² Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

Andere vergoedingen

Assistentie en extra service vóór uw ziekenhuisopname en na ontslag staan apart vermeld. OntzorgPlus biedt soms ondersteuning thuis bij een spoedopname.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

Compensatie declareert u met het formulier privékamer

Ziekenhuizen met eenpersoonskamers voor gebruik op eigen verzoek, staan in ons overzicht¹. Is zo'n kamer tijdens uw opname niet beschikbaar? De compensatie van € 75 per opnamedag declareert u eenvoudig met het formulier privékamer².

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.

Weten welke ziekenhuizen eenpersoonskamers bieden?

Kijkt u in ons overzicht¹ 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.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/overzicht-ziekenhuizen-onvz-zorgplan

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Ziekenhuisopname in het buitenland?

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

Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na

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

Wat u vergoed krijgt

Wordt u in het ziekenhuis opgenomen? Dan geldt de vergoeding Ziekenhuisopname.

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.

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
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

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).

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.

Dit wordt niet vergoed

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze diensten vallen onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze diensten betaalt u geen eigen bijdrage.

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 8.30 tot 17.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30 (€ 0,15 per minuut).

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.

Opgenomen 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

Vergoedingen

Verpleging en verzorging thuis
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)
Eerstelijns verblijf
Vervangende mantelzorg
Hulp bij mantelzorg
Huishoudelijke hulp
Hospice

Verpleging en verzorging thuis

Zorg die u thuis krijgt. Bijvoorbeeld verzorging van een wond. Of hulp bij opstaan, wassen en aankleden.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u door uw medische situatie verpleging en/of verzorging thuis nodig? Dan komt de verpleegkundige of verzorgende naar u toe. Uw thuis 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 basisverzekering vergoedt verpleging en verzorging thuis als u geneeskundige zorg nodig heeft of daar een grote kans op is. Soms moet u ons wel eerst toestemming vragen.

Een verpleegkundige beoordeelt welke zorg u nodig heeft, en hoe vaak en hoe lang. De verpleegkundige doet dat bij u thuis. U bent daar zelf bij. Dit heet ook wel 'indicatiestelling'. Het kan zijn dat niet alle zorg onder deze vergoeding valt. Als het bijvoorbeeld om huishoudelijke hulp gaat, dan moet de gemeente dat regelen. 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. 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 verpleegkundige kinderdagopvang of een verpleegkundig kindersorghuis? Dan vergoedt de 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 soms ook iemand nodig die dat coördineert: een casemanager. Dit is een vaste contactpersoon, 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. Bijvoorbeeld voor het wegnemen van pijn. Of er moet iemand waken als u slaapt. U kunt deze zorg thuis krijgen, maar ook in een hospice of bijna-thuishuis. 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 basisverzekering alleen het nodig is dat een verpleegkundige dat doet.

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. De basisverzekering vergoedt geen zorg door een helpende (opleidingsniveau 2).

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

Uw zorgverlener zorgt ervoor dat u op tijd de juiste zorg krijgt en stuurt de nota 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.

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

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 zorg rond de bevalling geldt de vergoeding Zwangerschap en bevalling.
- Voor kinderen met een lichamelijke handicap, of met meerdere lichamelijke problemen tegelijk en in sommige andere situaties vergoedt de basisverzekering zittend ziekenvervoer van huis naar een zorgverlener en terug.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, volgens indicatie Indicatie moet van hbo-gediplomeerd verpleegkundige zijn
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor verpleging en verzorging thuis. Ook niet als u die zorg via een Zvw-pgb vergoed krijgt.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw zorgverlener in ons overzicht¹ toestemmingsvrije zorgverleners V&V? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u vooraf toestemming² 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de verpleging en verzorging die verpleegkundigen en verzorgenden normaal gesproken verlenen als u (ook) geneeskundige zorg nodig heeft. 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 basisverzekering vergoedt de herbeoordeling, maar alleen als wij vooraf toestemming² 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.

Wachtlijst? 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. En voor al uw vragen over het kiezen van een zorgverlener.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

Zélf meer regie over verpleging en verzorging thuis.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u recht op verpleging en verzorging thuis? 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 2020¹. 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 aanvraagformulier¹. Het 'verpleegkundige deel' (deel 1) van het formulier moet door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige worden ingevuld. Of door een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige, 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, na toestemming
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor verpleging en verzorging thuis. Ook niet als u die zorg via een Zvw-pgb vergoed krijgt.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden verpleging en verzorging via een Zvw-pgb als u vooraf toestemming heeft gekregen. Met het aanvraagformulier vraag u toestemming.

Een Zvw-pgb moet u bij ons aanvragen

Wij vergoeden verpleging en verzorging alleen via een Zvw-pgb als u vooraf een toestemmingsbrief van ons heeft gekregen. Die moet u aanvragen².

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

U bent er zelf verantwoordelijk voor dat u goede zorg krijgt

Lees daarom vooraf goed het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2020 door. Daarin staat waar u allemaal aan moet denken.

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.

Soms moet u het declaratieformulier Zvw-pgb gebruiken

U gebruikt dit formulier¹ om nota's van informele zorgverleners te declareren. Ook voor formele zorgverleners met een AGB-code die begint met 91. Nota's van andere formele zorgverleners kunt u zonder dat formulier declareren.

Eerstelijns verblijf

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

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. U werkt ernaartoe 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 specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten. De hoofdbehandelaar stelt met u een zorgplan op en is het aanspreekpunt voor u en uw naasten.

De **basisverzekering** vergoedt eerstelijns verblijf. 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.

De **aanvullende verzekeringen** Topfit, Superfit en Zorgplan vergoeden extra faciliteiten die horen bij uw verblijf. Bijvoorbeeld meer keuze bij de maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, krant, 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

Andere vergoedingen

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

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtiek

² Deze moet minimaal hbo-gediplomeerd zijn

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% 3 maanden, langer na onze toestemming
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	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 zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor de zorg die u van de huisarts krijgt. Het geldt wel voor de overige zorg die onder de basisverzekering valt, zoals het verblijf. De extra faciliteiten vallen onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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) toestemming¹ 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Deze vergoeding geldt niet als u een Wlz-indicatie heeft

Heeft u een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor zorg uit de Wet langdurige zorg? Dan regelt het zorgkantoor dat u de juiste zorg krijgt. De basisverzekering vergoedt eerstelijns verblijf dan niet.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Vervangende mantelzorg

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

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 doordat hij of zij met vakantie gaat, of een medische behandeling krijgt?. 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? Dan kan de ZorgConsulent een vervangende mantelzorger 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 hieronder.

De aanvullende verzekeringen Superfit en OntzorgPlus vergoeden vervangende mantelzorg als u mantelzorger bent. Belandt u door een ernstig ongeval of een ernstige aandoening onverwacht in het ziekenhuis? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit en OntzorgPlus vervangende mantelzorg voor maximaal 2 weken.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Hulp bij mantelzorg

Omdat u als mantelzorger veel moet regelen.

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 verzekering Optifit en hoger vergoeden daarnaast de mantelzorgmakelaar die de ZorgConsulent voor u regelt. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat hieronder.

Hier kunt u terecht

- de ZorgConsulent voor mantelzorgondersteuning
- een mantelzorgmakelaar die in het register zelfstandige mantelzorgmakelaars¹ van BMZM² staat, via de ZorgConsulent

Andere vergoedingen

Wilt u lid worden van een belangenvereniging voor mantelzorgers? Kijk dan ook bij lidmaatschap patiënten- of belangenorganisatie.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Mantelzorgondersteuning van ZorgConsulent
Extrafit	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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

De ondersteuning door de gemeente gaat voor

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

¹ Zie hiervoor: www.bmzm.nl/zoeken-op-postcode

² Beroepsvereniging van Mantelzorgmakelaars

Huishoudelijke hulp

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

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 hieronder.

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet de huishoudelijke hulp aanvragen bij de ZorgConsulent

Neemt u met OntzorgPlus zo snel mogelijk contact op. Onze ZorgConsulent kan dan snel 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

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 Palliatieve¹ 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 basisverzekering de zorg vergoedt als eerstelijns verblijf, of als verpleging en verzorging thuis. Soms vergoeden de Wlz² en de Wmo³ 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 een eigen bijdrage aan het hospice, voor bijvoorbeeld de maaltijden die u er krijgt. Bij sommige hospices kunt u ook 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 bijdrage (inclusief extra faciliteiten). Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per dag, voor maximaal 3 maanden. Superfit en Zorgplan vergoeden de eigen bijdrage volledig.

Krijgt u het verblijf uit de Wlz of de Wmo vergoed? Dan betaalt u naast de bijdrage 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.

¹ Meer informatie leest u op: www.netwerkpalliatievezorg.nl/Zorg-in-uw-regio

² Wet langdurige zorg

³ Wet maatschappelijke ondersteuning

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Bewegen

Vergoedingen

Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar
Podotherapie en podologie
Oedeem- en littekentherapie door de huidtherapeut
Beweegprogramma bij chronische ziekte
Beweegprogramma bij en na kanker
Houding, bewegen en sport
Loophulpmiddelen
Steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus
Senioren Fitzwemmen

Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

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 **basisverzekering** vergoedt fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar.

Heeft u behandeling nodig door een aandoening die op de lijst chronische fysiotherapie¹ staat? Dan vergoedt de 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 fysiotherapie¹ staan, vergoedt de 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 basisverzekering nog 9 extra behandelingen. U moet voor de start van deze 2e serie een verwijzing hebben van de huisarts of de medisch specialist².

De **aanvullende verzekering** vergoedt extra behandelingen fysiotherapie en oefentherapie. Het maximale aantal behandelingen per kalenderjaar staat hieronder.

Hier kunt u terecht

Voor de basisverzekering:

- fysiotherapeut
- kinderfysiotherapeut³
- manueel therapeut³
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar
- bekkenfysiotherapeut³
- oedeemfysiotherapeut³

Voor de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut³.

Andere vergoedingen

Wilt u naar een andere therapeut? Of heeft u een gezondheidsvraag die met sporten te maken heeft? Er is ook een vergoeding Houding, bewegen en sport.

Heeft u behandeling nodig bij lymfoedeem of klachten van littekenweefsel? Dan kunt u in plaats van de (oedeem)fysiotherapeut ook kiezen voor een huidtherapeut. Daarvoor geldt de vergoeding Oedeem- en littekentherapie door een huidtherapeut.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

³ Deze moet geregistreerd staan als kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, oedeemfysiotherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Behandelingen: <ul style="list-style-type: none">• Lijst chronische fysiotherapie: 100%• Andere indicaties: 9 behandelingen, en na verwijzing 9 extra behandelingen In de lijst chronische fysiotherapie kan een maximale behandelduur staan
Startfit	9 behandelingen
Extrafit	9 behandelingen
Benfit	12 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie
Optifit	35 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie
Topfit	100%, max. 9 behandelingen manuele therapie
Superfit	100%, max. 18 behandelingen manuele therapie

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 basisverzekering? Dan moet u voor de 2e serie van 9 behandelingen een verwijzing hebben. U vraagt deze verwijzing bij uw huisarts of de medisch specialist.

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 toestemming¹ 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.

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Vanaf uw 18e geldt een andere vergoeding

Dat is fysiotherapie vanaf 18 jaar. Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee in het maximum aantal behandelingen van die vergoeding.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

Bij ons heeft u optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. In kwaliteitsregisters¹ vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

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 **basisverzekering** vergoedt fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder bij:

- aandoeningen die op de lijst chronische fysiotherapie² staan
- etalagebenen
- artrose in heup of knie
- COPD
- urine-incontinentie

Heeft u behandeling nodig door een aandoening die op de lijst chronische fysiotherapie staat? Dan vergoedt de 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.

Bij **etalagebenen** (vernauwde slagaderen in de benen) vergoedt de basisverzekering oefentherapie onder begeleiding (looptraining), vanaf de eerste behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine³ heeft. De basisverzekering vergoedt maximaal 37 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden.

Bij **artrose in heup of knie** vergoedt de basisverzekering gesuperviseerde oefentherapie vanaf de eerste behandeling. De basisverzekering vergoedt maximaal 12 behandelingen, over een periode van 12 maanden.

Bij **COPD** vergoedt de basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u COPD in GOLD⁴-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 B maximaal 27 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 3 behandelingen per 12 maanden
- klasse C en D maximaal 70 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 52 behandelingen per 12 maanden

Bij **urine-incontinentie** vergoedt de basisverzekering 1 keer maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie, vanaf de 1e behandeling.

Bij **reumatoïde artritis** en **axiale spondyloartritis** is fysiotherapie voorwaardelijk toegelaten. De voorwaarden staan in voorwaardelijk toegelaten zorg.

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/kwaliteitsregisters

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

³ Een indeling voor de ernst van vaatlijden (zoals etalagebenen). Deze gaat van stadium I (geen klachten) tot stadium IV (weefselafsterving)

⁴ Een wereldwijd gebruikte indeling voor de ernst van COPD. Deze gaat van stadium I (licht) tot stadium IV (zeer ernstig)

De **aanvullende verzekeringen** vergoeden extra behandelingen fysiotherapie en oefentherapie. Het maximale aantal behandelingen per kalenderjaar staat hieronder. U kunt deze gebruiken als de basisverzekering (nog) niet vergoedt.

Hier kunt u terecht

Voor de basisverzekering:

- fysiotherapeut
- manueel therapeut¹
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar
- bekkenfysiotherapeut¹
- geriatriefysiotherapeut¹
- oedeemfysiotherapeut¹

Voor de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut.

Andere vergoedingen

Wilt u naar een andere therapeut? Of heeft u een gezondheidsvraag die met sporten te maken heeft? Er is ook een vergoeding Houding, bewegen en sport.

Heeft u behandeling nodig bij lymfoedeem of klachten van littekenweefsel? Dan kunt u in plaats van de (oedeem)fysiotherapeut ook kiezen voor een huidtherapeut. Daarvoor geldt de vergoeding Oedeem- en littekentherapie door een huidtherapeut.

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 De maximale behandelduur staat in de vergoeding of in de lijst chronische fysiotherapie
Startfit	9 behandelingen
Extrafit	9 behandelingen
Benefit	12 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie
Optifit	35 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie
Topfit	100%, max. 9 behandelingen manuele therapie
Superfit	100%, max. 18 behandelingen manuele therapie

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Deze moet geregistreerd staan als kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, oedeemfysiotherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie

Dit moet u zelf doen

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 toestemming¹ 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.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

Bij ons heeft u optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. In kwaliteitsregisters² vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Podotherapie en podologie

Als uw voeten klachten geven.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u voetklachten? Of klachten door een afwijkende stand van uw voeten of uw manier van lopen? Dan kunt u terecht bij een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut. Die onderzoekt en behandelt uw klachten. Als het nodig is, krijgt u podotherapeutische zooltjes, een orthese³ of een nagelbeugel.

De zorg van deze zorgverleners heet podotherapie of podologie. De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden podotherapie en podologie. Extrafit en Benfit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. Optifit en hoger vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- podotherapeut
- registerpodoloog⁴
- podoposturaal therapeut⁴

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten voor behandeling aan huis of in een instelling

Andere vergoedingen

Heeft u diabetes? Dan geldt soms niet deze vergoeding, maar de vergoeding Voetzorg bij diabetes. Dat is zo als u bij de jaarlijkse voetcontrole van de huisarts zorgprofiel 2 of hoger heeft gekregen. Dan kunt u alleen bij de podotherapeut terecht.

Steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus staan apart vermeld.

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

² Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/kwaliteitsregisters

³ Een hulpmiddel om bijvoorbeeld uw tenen in een bepaalde stand te houden

⁴ Deze moet in het kwaliteitsregister van KABIZ staan

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 150 Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 250 Max. per kalenderjaar
Optifit	100%
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt rechtstreeks naar de zorgverlener 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 welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut normaal gesproken verleent. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Oedeem- en littekentherapie door de huidtherapeut

Heeft u klachten door lymfoedeem of een litteken? Een huidtherapeut u hiervoor behandelen.

Wat u vergoed krijgt

Lymfevaten voeren het vocht af uit uw lichaam. Als ze door bijvoorbeeld een operatie of bestraling minder werken, kunt u oedeem krijgen. Dan hoopt het vocht zich op. Dat kan pijnlijke zwellingen en stijve gewrichten geven, waardoor u moeilijker beweegt. Lymfoedeemtherapie kan helpen het vocht weer af te voeren.

Ook littekens kunnen last geven bij het bewegen, of ander ongemak veroorzaken. Met littekenmassage wordt de huid rondom het litteken versoepeld en de doorbloeding gestimuleerd.

Heeft u lymfoedeemtherapie of littekentherapie nodig? Wat u vergoed krijgt, hangt af van welke verzekering u heeft en naar welke therapeut u gaat.

Gaat u naar een (oedeem)fysiotherapeut of een oefentherapeut? Daarvoor geldt de vergoeding Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar of Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar.

Gaat u naar een huidtherapeut? Dan geldt de vergoeding die u nu leest.

De **basisverzekering** vergoedt oedeem- en littekentherapie door een huidtherapeut bij lymfoedeem en bij littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma. Tot 18 jaar zijn dat alle behandelingen. Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de basisverzekering vanaf de 21e behandeling. De eerste 20 behandelingen vergoedt de basisverzekering niet.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden ook lymfoedeem- en littekentherapie door een huidtherapeut. Een arts moet dan wel hebben vastgesteld dat de aandoening:

- een negatief effect heeft op uw dagelijks functioneren, of
- u ernstig beperkt in de belangrijkste bewegingen, uw persoonlijke verzorging of uw mobiliteit

Hier kunt u terecht

- een huidtherapeut die volwaardig lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten¹

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Tot 18 jaar: alle behandelingen Vanaf 18 jaar: vanaf 21e behandeling
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	100%
Benefit	100%
Optifit	100%
Topfit	100%
Superfit	100%

¹ Zie hiervoor: www.huidtherapie.nl

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 zorg die (oedeem)fysiotherapeuten en huidtherapeuten normaal gesproken bij lymfoedeem of littekens verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

Bij ons heeft u optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. In kwaliteitsregisters¹ vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Beweegprogramma bij chronische ziekte

Om zo fit mogelijk te blijven.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u een chronische ziekte of aandoening, zoals artrose, osteoporose, COPD of diabetes? Bij de zorg van de huisarts of het ziekenhuis die u dan krijgt, hoort ook advies over 'gezond leven'.

Daarnaast kunt u een beweegprogramma volgen. Dit kan u helpen om zo fit mogelijk te blijven en nieuwe klachten zoveel mogelijk te voorkomen.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden beweegprogramma's bij chronische ziekte. Het programma moet voldoen aan de KNGF-standaarden² voor beweeginterventies.

Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor deze beweegprogramma's bij chronische aandoeningen en de beweegprogramma's bij en na kanker en bij overgewicht (als onderdeel van een gecombineerde leefstijlinterventie) samen. De maximale vergoeding staat hieronder. Topfit en Superfit vergoeden deze beweegprogramma's volledig.

Hier kunt u terecht

- KNGF gecertificeerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/kwaliteitsregisters

² Zie hiervoor: www.kngf.nl/kennisplatform

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 voor beweegprogramma's bij chronische ziekte, bij een gecombineerde leefstijl interventie voor overgewicht en bij of na kanker samen Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 500 voor beweegprogramma's bij chronische ziekte, bij een gecombineerde leefstijl interventie voor overgewicht, bij of na kanker, en tijdens chemotherapie samen Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

De ZorgConsulent staat voor u klaar

Wilt u meer informatie over beweegprogramma's? Onze ZorgConsulent helpt u graag.

Beweegprogramma bij en na kanker

Hoe houdt u uw conditie zo goed mogelijk tijdens en na uw behandelingen?

Wat u vergoed krijgt

Behandelingen bij kanker kunnen gevolgen hebben voor uw lichamelijke conditie. Een extra beweegprogramma gericht op het behouden en opbouwen van uw conditie kan dan helpen. Er is tijdens zo'n programma ook aandacht voor omgaan met stress, voeding en eventueel weer aan het werk gaan.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger, en OntzorgPlus vergoeden:

- beweegprogramma's die voldoen aan de KNGF-standaard¹ '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

¹ Zie hiervoor: www.kngf.nl/kennisplatform

Benfit vergoedt maximaal € 250 voor deze beweegprogramma's, voor beweegprogramma's bij chronische ziekte en voor beweegprogramma's bij overgewicht (als onderdeel van een gecombineerde leefstijlinterventie) samen.

Optifit en hoger, en OntzorgPlus vergoeden daarnaast ook 3 beweegprogramma's tijdens chemotherapie, verzorgd door een fysiotherapeut of een Sport Medisch Adviescentrum. Dit zijn de programma's:

- CytoFys
- OncoMove
- Sportplan TegenKracht

Optifit vergoedt voor alle beweegprogramma's samen maximaal € 500. Topfit, Superfit en OntzorgPlus vergoeden de programma's volledig.

Andere vergoedingen

Bij de behandeling in het ziekenhuis krijgt u meestal ook advies en begeleiding. Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 voor beweegprogramma's bij chronische ziekte, bij een gecombineerde leefstijl interventie voor overgewicht en bij of na kanker samen Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 500 voor beweegprogramma's bij chronische ziekte, bij een gecombineerde leefstijl interventie voor overgewicht, bij of na kanker, en tijdens chemotherapie samen Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%
OntzorgPlus	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Met OntzorgPlus moet u ons vooraf toestemming vragen

U moet voordat u aan het beweegprogramma begint, 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Houding, bewegen en sport

Om gezond te bewegen en actief te zijn.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen, of door uw houding? Dan kunt u terecht bij de fysiotherapeut of de oefentherapeut. Dan geldt de vergoeding Fysiotherapie en oefentherapie.

Wilt u een andere therapie? Of heeft u een gezondheidsvraag die met sporten te maken heeft? De aanvullende verzekeringen vergoeden ook consulten en behandelingen door andere therapeuten, of een sportarts. Daarvoor geldt de vergoeding die u nu leest.

Sportarts

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden de volgende zorg door een sportarts¹:

- sportmedisch onderzoek
- sportmedisch- en inspanningsadvies
- sportmedische begeleiding
- preventief medisch onderzoek
- sportkeuring

Chiropractie, osteopathie en manuele therapie

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden ook nog:

- chiropractie
- osteopathie
- manuele therapie E.S. (eggshell)

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor de sportarts, chiropractie, osteopathie en manuele therapie E.S. samen. Het bedrag staat hieronder.

Hier kunt u terecht

- sportarts
- voor duikkeuring: duikerarts²
- chiropractor³
- osteopaat⁴
- manueel therapeut⁵ E.S. (eggshell)

Dit wordt niet vergoed

- onderzoek en keuring voor of via uw werkgever of sportvereniging

Andere vergoedingen

Soms vergoedt de basisverzekering de sportarts⁶. Bijvoorbeeld bij een beschadigde knie. Dan geldt de vergoeding voor de medisch specialist. U heeft dan vooraf een verwijzing van de huisarts nodig.

¹ Voor duikkeuring mag dit ook een gecertificeerde duikerarts zijn

² Deze moet in het register voor sportduikkeuringsartsen van SCAS staan, of NICDA gecertificeerd zijn

³ Deze moet volwaardig lid zijn van een door ons erkende beroepsorganisatie voor chiropractors

⁴ Deze moet volwaardig lid zijn van een door ons erkende beroepsorganisatie voor osteopaten

⁵ Deze moet lid zijn van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT)

⁶ Zie hiervoor: www.onz.nl/vergoedingen/zorg-door-de-sportarts

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 100, alleen sportarts Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 500 voor sportarts, chiropractie, osteopathie en manuele therapie E.S. samen Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 750 voor sportarts, chiropractie, osteopathie en manuele therapie E.S. samen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.000 voor sportarts, chiropractie, osteopathie en manuele therapie E.S. samen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 1.500 voor sportarts, chiropractie, osteopathie en manuele therapie E.S. samen Max. per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 zorg die een sport(keurings)arts, chiropractor, osteopaat of manueel therapeut E.S. normaal gesproken als beweegzorg verleent. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Loophulpmiddelen

Als u (tijdelijk) moeilijk loopt.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u moeite met lopen? Dan kunnen loophulpmiddelen zoals krukken of een rollator u misschien helpen.

De **basisverzekering** vergoedt eenvoudige loophulpmiddelen niet.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden wel loophulpmiddelen. Extrafit en Benfit vergoeden alleen elleboogkrukken. Optifit en hoger vergoeden ook de wandelstok met 3 of 4 poten, het looprek, de rollator en de serveerwagen. Voorbeelden van deze loophulpmiddelen vindt u in de hulpmiddelenwijzer¹.

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het bedrag staat hieronder. U kiest zelf of u het hulpmiddel koopt of huurt.

Hier kunt u terecht

- hulpmiddelenleverancier

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 50 voor elleboogkrukken Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 50 voor elleboogkrukken Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 100 voor 5 soorten loophulpmiddelen Max. per kalenderjaar, voor elleboogkrukken, wandelstokken met 3 of 4 poten, looprekken, rollators en serveerwagens
Topfit	€ 100 voor 5 soorten loophulpmiddelen Max. per kalenderjaar, voor elleboogkrukken, wandelstokken met 3 of 4 poten, looprekken, rollators en serveerwagens
Superfit	€ 200 voor 5 soorten loophulpmiddelen Max. per kalenderjaar, voor elleboogkrukken, wandelstokken met 3 of 4 poten, looprekken, rollators en serveerwagens

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Zie hiervoor: www.hulpmiddelenwijzer.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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de hulpmiddelen die normaal gesproken voor uw loopprobleem worden voorgeschreven. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus

Als uw voeten extra ondersteuning nodig hebben.

Wat u vergoed krijgt

Een steunzool is een binnenzool voor in uw schoen, voor extra ondersteuning.

Steunzolen worden geleverd door verschillende specialisten, zoals de podotherapeut, de podoloog of de orthopedisch schoentechnicus.

Gaat u voor steunzolen naar een podotherapeut of podoloog? Dan geldt de vergoeding Podotherapie en podologie. Voor steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus geldt de vergoeding die u nu leest.

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden steunzolen van een orthopedisch schoentechnicus. Extrafit en Benfit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. Optifit en hoger vergoeden de steunzolen volledig.

Andere vergoedingen

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 100 Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 150 Max. per kalenderjaar
Optifit	100%
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

Senioren Fitzwemmen

Om uw conditie op peil te houden.

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-plus of 65-plus training in groepsverband. Onder leiding van een instructeur traint u 1 of meer keren per week in extra verwarmd water.

De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden voor Senioren Fitzwemmen en 50-Fitzwemmen maximaal € 50 per kalenderjaar.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 50 Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 50 Max. per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

Revalidatie en herstel

Vergoedingen

Medisch-specialistische revalidatie

Geriatrische revalidatie

Ergotherapie

Zorghotel

Kuuroord

Therapeutisch kamp voor jongeren

Lidmaatschap patiënten- of belangenorganisatie

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

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.

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: hij 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 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 basisverzekering vergoedt interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie alleen als al deze 6 situaties 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
- naar inschatting van uw arts levert adequate behandeling in de eerste lijn (door bijvoorbeeld huisarts of fysiotherapeut) 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
- een revalidatiearts is eindverantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de revalidatiezorg

Krijgt u interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en verwacht de revalidatiearts met opname betere of snellere resultaten dan zonder opname? Dan vergoedt de basisverzekering ook de kosten van opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum.

Andere vergoedingen

Voor revalidatie voor ouderen die uit het ziekenhuis komen, geldt meestal de vergoeding Geriatrie revalidatie.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Revalidatie en medisch noodzakelijke opname
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

¹ Een instelling voor medisch-specialistische zorg die gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 specialist¹.

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. Staat uw zorgverlener in ons overzicht² toestemmingsvrije revalidatiecentra? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u vooraf toestemming³ 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Geriatrische revalidatie

Revalidatie voor als u op leeftijd bent en uit het ziekenhuis komt.

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). Uw klachten zijn daarmee nog niet verholpen.

Bijna altijd zal uw arts of de transferverpleegkundige de mogelijkheid van geriatrische revalidatie al met u bespreken terwijl u nog in het ziekenhuis bent.

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

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

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 **basisverzekering** vergoedt geriatrische revalidatie voor in principe maximaal 6 maanden.

Soms kunt u in de instelling waar u de zorg krijgt extra faciliteiten bestellen. 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 de maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, krant, 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, of een vergelijkbare instelling. U krijgt daar zorg van een team van specialisten. Bijvoorbeeld een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een verpleegkundige. Een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts') stelt samen met u een behandelplan op en zorgt ervoor dat de zorg op uw situatie is afgestemd.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Max. 6 maanden
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	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 zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 of internist-ouderengeneeskunde de indicatie, op basis van een geriatrisch onderzoek.

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 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.

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.

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 toestemming¹ voor geven. Meestal vraagt uw arts deze toestemming. Wij moeten de aanvraag ontvangen voordat de 6e maand om is.

Ergotherapie

Als dagelijkse activiteiten niet meer vanzelf gaan.

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 **basisverzekering** vergoedt maximaal 10 uur ergotherapie per kalenderjaar.

De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden daar bovenop de extra behandeluren

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	10 uur
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	100%
Superfit	100%

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

De eerste 10 uur vallen onder de basisverzekering. Daarvoor geldt het eigen risico. Als u daarna nog ergotherapie krijgt uit de aanvullende verzekering, geldt daarvoor geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 toestemming¹ 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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

Bij ons heeft u optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. In kwaliteitsregisters² vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Zorghotel

Weer op krachten komen na ziekte of een medische behandeling.

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 verpleegkundige³ 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 het verblijf in een zorghotel. Wij vergoeden het verblijf niet voor herstel van een psychische aandoening, of als u een indicatie heeft of had kunnen krijgen voor (geriatrische) revalidatie, eerstelijns verblijf of voor Wlz⁴-zorg.

Voor de verpleging, fysiotherapie en andere zorg gelden de 'gewone' vergoedingen.

Hier kunt u terecht

- door ons erkend zorghotel⁵

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

² Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/kwaliteitsregisters

³ Deze moet minimaal hbo-gediplomeerd zijn

⁴ Wet langdurige zorg, via zorgkantoor

⁵ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	100%, in door ons erkend zorghotel
Superfit	100%, in door ons erkend zorghotel
Zorgplan	100%, in door ons erkend zorghotel

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 toestemming¹ hebben gegeven. Onze toestemming geldt voor een bepaalde periode. Moet u langer blijven dan verwacht? Vraag dan voor 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Kuuroord

Als u reumatoïde artritis of psoriasis heeft.

Wat u vergoed krijgt

Bij reumatoïde artritis (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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 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?

Wat u vergoed krijgt

Een therapeutisch kamp is een actief vakantiecamp 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.

Meestal betalen de deelnemers een eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger (van uw kind) vergoeden die.

Extrafit vergoedt de eigen bijdrage alleen voor een therapeutisch kamp bij astma. Benfit en hoger vergoeden de eigen bijdrage ook voor een therapeutisch kamp bij diabetes, overgewicht, ernstige huiduitslag (constitutioneel eczeem) of kanker.

Extrafit heeft een maximale vergoeding per dag en een maximum aantal dagen. Benfit heeft een maximumbedrag per kalenderjaar, voor 1 kamp. Optifit heeft een maximumbedrag per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de eigen bijdrage volledig.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 6 per dag bij astma Max., tot 42 dagen per kalenderjaar
Benfit	€ 250 bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker Max., 1 keer per kalenderjaar
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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

Lidmaatschap patiënten- of belangenorganisatie

Antwoord op vragen bij een (chronische) ziekte of handicap, of als u mantelzorgert bent.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u of een gezinslid een (chronische) ziekte of een handicap? Of bent u mantelzorgert? Dit kan vragen oproepen. Een patiënten- of belangenorganisatie kan u dan informatie geven. En u vindt er mensen in een vergelijkbare situatie.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden de minimale bijdrage voor een lidmaatschap van een patiënten- of belangenorganisatie. De organisatie moet zijn aangesloten bij:

- Patiëntenfederatie Nederland¹, of
- Ieder(in)², of
- MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid³

Wij vergoeden ook het 'lidmaatschap voor mantelzorgers' van MantelzorgNL.

Optifit heeft een maximale vergoeding per kalenderjaar voor alle lidmaatschapskosten samen. Topfit en Superfit vergoeden de minimale bijdrage volledig.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 25 Max. per kalenderjaar
Topfit	100% Van de minimale bijdrage
Superfit	100% Van de minimale bijdrage

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze vergoeding valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Meer informatie leest u op: www.patiëntenfederatie.nl

² Meer informatie leest u op: iederin.nl

³ Meer informatie leest u op: mindplatform.nl/over-mind-platform/organisatie/landelijke-lidorganisatie

Dit moet u zelf doen

Wij vragen een bewijs van het lidmaatschap en van betaling

Stuur een kopie van het bewijs van lidmaatschap mee met de nota als u de kosten bij ons declareert.

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.

Zwangerschap, bevalling en kind Vergoedingen

Prenatale screening
Zwangerschap en bevalling
Kraamzorg
Kraampakket
Bevalling-TENS
Borstvoeding: lactatiekundige
Zorg bij adoptie
Plaswekker

Prenatale screening

Wilt u uw kindje voor de geboorte laten onderzoeken op aangeboren afwijkingen?

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 (als u dat wilt) met u, welke soorten prenatale screening er zijn. En wat de voor- en nadelen zijn. Dit gesprek wordt 'counseling' genoemd. De basisverzekering vergoedt de counseling.

Prenatale screening tussen de 9e en 14e week van de zwangerschap

In deze periode kunt u een combinatietest¹ of een NIPT² laten doen. U betaalt de kosten zelf, behalve als de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog bepaalt dat er in uw geval een medische indicatie is. Bijvoorbeeld door uw leeftijd, het verloop van een eerdere zwangerschap, of een erfelijke aandoening in de familie. Bij een medische indicatie vergoedt de basisverzekering de combinatietest of de NIPT. Voor de NIPT zonder medische indicatie geldt een subsidieregeling. Die staat verderop.

Blijkt uit de testen dat uw ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aandoening, dan bespreekt uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog met u de mogelijkheden voor prenataal vervolgonderzoek. Bijvoorbeeld een vlokcentest, een vruchtwaterpunctie of een uitgebreidere echo (geavanceerd ultrageluidsonderzoek, GUO). Daarmee kan meer zekerheid gegeven worden. De basisverzekering vergoedt prenataal vervolgonderzoek bij een verhoogde kans op een aandoening, of als er een andere medische indicatie is.

Prenatale screening rond de 20e week van de zwangerschap

In deze fase van de zwangerschap kunt u een 20-weeken echo (structureel echoscopisch onderzoek, SEO) laten doen. De basisverzekering vergoedt die. U heeft er geen aparte medische indicatie voor nodig. Blijkt uit de echo dat er een indicatie is voor nader onderzoek, bijvoorbeeld een geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO)? Dan vergoedt de basisverzekering dat ook.

De overheid heeft een website³ met informatie over prenatale screening.

Meer over NIPT

Tijdens de zwangerschap is in uw bloed DNA van uw ongeboren kind aanwezig. Met een NIPT wordt uw bloed onderzocht en bepaald wat het risico voor uw kind is op het syndroom van Down, Edwards en Patau.

De bloedafname voor de NIPT kan bij u in de buurt. De test op het bij u afgenomen bloed wordt gedaan in een van de Universitair Medische Centra. De uitslag van de test ontvangt u via uw verloskundige, die het afnemen van de NIPT begeleidt.

U kunt de NIPT ook krijgen zonder dat u daarvoor een medische indicatie heeft. Dan komt de vergoeding niet uit uw basisverzekering, maar uit de subsidieregeling NIPT. U moet dan wel meedoen aan wetenschappelijk onderzoek (de TRIDENT-2 studie⁴). Als u de NIPT krijgt via deze subsidieregeling betaalt u een eigen bijdrage van € 175. Deze eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

¹ Een combinatie van bloedonderzoek, en een nekplooiemeting (echo) bij het ongeboren kindje

² Niet-invasieve prenatale test (een bloedonderzoek)

³ Meer informatie leest u op: www.onderzoekvanmijnongeborenkind.nl

⁴ Meer informatie leest u op: www.meerovernipt.nl

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor:

- counseling
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO)
- de combinatietest op medische indicatie
- geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO)
- vlokkentest
- vruchtwaterpunctie

Het eigen risico geldt wel voor de NIPT op medische indicatie.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Soms heeft u een verwijzing nodig

Niet eerst de combinatietest gehad? Dan heeft u voor de NIPT, GUO of prenataal vervolgonderzoek een verwijzing nodig van de verloskundige, een huisarts of een 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

U kunt de NIPT in het buitenland laten uitvoeren

De NIPT vergoeden wij alleen bij medische indicatie of als uit de combinatietest een verhoogde kans op een aandoening blijkt. Dat geldt ook als u de NIPT in het buitenland laat doen. De subsidieregeling geldt niet in het buitenland. Als u zonder medische indicatie voor de NIPT naar bijvoorbeeld België gaat, dan moet u de NIPT zelf betalen. Heeft u wel een medische indicatie, dan vergoeden wij als u naar het buitenland gaat maximaal de kosten van de NIPT in Nederland.

Zwangerschap en bevalling

Bent u zwanger?

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 **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 mogelijkheden.

a. U bevalt thuis

Wilt u thuis bevallen in uw eigen vertrouwde omgeving? Dan vergoedt de basisverzekering de verloskundige zorg door de verloskundige of de huisarts. Als er problemen zijn en u toch naar het ziekenhuis moet, dan vergoeden wij dat ook. Dan geldt situatie 3.

b. 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 basisverzekering vergoedt ook dan de verloskundige zorg. Maar let op: u betaalt dan een wettelijke eigen bijdrage (deze is eigenlijk voor kraamzorg). Deze eigen bijdrage bestaat uit 2 delen:

- € 18 per persoon per dag (dus € 36 voor moeder en 1 kind samen)
- de extra kosten als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 127,50 per persoon per dag.

Bevalt u van 1 kind? Dan vergoedt de basisverzekering dus € 219 (2 x € 127,50 - € 36) 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 c. De eigen bijdrage geldt dan niet.

c. 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 basisverzekering vergoedt de verloskundige zorg door de gynaecoloog. Is ziekenhuisopname nodig? Dan vergoeden wij die ook.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden preventiecurssussen, die u kunnen helpen bij een fitte zwangerschap en een goede voorbereiding op de bevalling. De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden een kraampakket van onze Kraamzorg Service. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden daarnaast extra kraamzorg en zorg bij borstvoeding. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook nog de kosten van een bevalling-TENS, voor pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Dit wordt niet vergoed

- steriele waterinjecties
- verbandwatten en steriel hydrofielgaas tijdens de bevalling
- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een wettelijke bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	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 de eigen bijdrage en extra kraamzorg, uit vergoeding Kraamzorg Max., per bevalling

¹ Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor verloskundige zorg. Wel voor hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek of ambulancevervoer.

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.

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 zorg¹ 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 basisverzekering dan € 219. Het tarief van de meeste ziekenhuizen ligt rond € 575. Het verschil tussen die bedragen betaalt u zelf, als eigen bijdrage. Bevalt u in een geboortecentrum? Dan vergoedt de basisverzekering € 219 per dag. Blijft u langer? Dan kan uw eigen bijdrage verder oplopen.

Kraamzorg

Extra zorg voor moeder en kind in die bijzondere periode vlak na de geboorte.

Wat u vergoed krijgt

Als uw zwangerschap zonder problemen verloopt, dan kiest u zelf waar u wilt bevallen: thuis, in een geboortecentrum² 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. Dat noemen we 'partusassistentie'. Dit telt niet als kraamzorg maar als verloskundige zorg.

Na de bevalling verzorgt de kraamverzorgende u en uw pasgeboren kindje. Zij helpt u na de bevalling met de verzorging van uw baby en geeft informatie en advies. Als u de kraamperiode thuis bent, doet de kraamverzorgende ook lichte huishoudelijke taken.

De **basisverzekering** vergoedt:

- inschrijving en intake door kraamcentrum of geboortecentrum
- assistentie door een kraamverzorgende of verpleegkundige tijdens de bevalling (partusassistentie) tot maximaal 2 uur na de geboorte van de placenta
- kraamzorg na de bevalling

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Dit wordt ook geboortehotel of kraamhotel genoemd

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 een protocol¹. U krijgt minimaal 24 en maximaal 80 uur. Dit wordt verdeeld over maximaal 10 dagen vanaf de bevalling. De dagen dat u in het ziekenhuis ligt, worden hiervan afgehaald.

Voor kraamzorg betaalt u wettelijke eigen bijdragen. Er zijn er 2:

- a. voor kraamzorg thuis: € 4,50 per uur
 - b. voor kraamzorg als u in de polikliniek bevalt zonder medische noodzaak of kraamzorg in het geboortecentrum. Deze bestaat uit 2 delen:
 - € 18 per persoon per dag (dus € 36 voor moeder en 1 kind samen)
 - de extra kosten als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 127,50 per persoon per dag.
- Bevalt u van 1 kind? Dan vergoedt de basisverzekering dus € 219 (2 x € 127,50 - € 36) 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 de eigen bijdrage (zie 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 (zie b). Daarna geldt voor de kraamzorg thuis de eigen bijdrage (zie 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 het aantal uren kraamzorg vast waarop u na thuiskomst nog recht heeft. Let op dat voor de opnamedagen de hogere eigen bijdrage (zie b) geldt. Als u thuis nog kraamzorg ontvangt, geldt daarvoor de eigen bijdrage (zie a).
4. **Bent u bevallen in het ziekenhuis met een medische indicatie? Of bent u met uw baby minder dan 10 dagen in het ziekenhuis geweest?** Dan wordt het aantal uren kraamzorg na uw thuiskomst vastgesteld. Voor de dagen in het ziekenhuis betaalt u geen eigen bijdrage. Voor de kraamzorg thuis geldt de eigen bijdrage (zie a).

Als u een baby adopteert of als iemand anders draagmoeder is, heeft de baby ook recht op kraamzorg.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden tot een maximumbedrag per bevalling:

- de hogere eigen bijdrage (zie b) bij bevallen zonder medische noodzaak in het ziekenhuis, of in het geboortecentrum
- de eigen bijdrage (zie a) voor kraamzorg thuis
- couveusezorg 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 10 dagen na de geboorte van uw baby. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de gewone kraamzorg

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden een kraampakket van onze Kraamzorg Service.

Adopteert u een baby van nog geen jaar oud? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Benfit en hoger ook zorg bij adoptie.

Dit wordt niet vergoed

- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum
- vervoerskosten die het kraamcentrum of de kraamverzorgende apart rekent. Deze kosten zitten al in het kraamzorgtarief

¹ Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg. Dit protocol vindt u op www.knov.nl/samenwerken/a-tot-z

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, u betaalt een wettelijke bijdrage Volgens Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	€ 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 Max., per bevalling

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor kraamzorg.

De eigen bijdrage

- de wettelijke eigen bijdrage van € 4,50 per uur bij kraamzorg thuis
- de extra kosten boven € 219 per dag voor het geboortecentrum, of voor het ziekenhuis als u daar zonder medische noodzaak bevalt (bij 1 kind)

De aanvullende verzekeringen Benefit en hoger vergoeden de eigen bijdragen tot een maximumbedrag per bevalling.

Dit moet u zelf doen

U moet de kraamzorg op tijd aanvragen

Dit kan eenvoudig online. Telefonisch kan ook. 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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 Kraamzorg¹.

Laat u niet verrassen door uw eigen bijdrage

Bevalt u in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische reden? Bij 1 kind vergoedt de basisverzekering dan € 219. Het tarief van de meeste ziekenhuizen ligt rond € 575. Het verschil tussen die bedragen betaalt u zelf, als eigen bijdrage. Bevalt u in een geboortecentrum? Dan vergoedt de basisverzekering € 219 per dag. Blijft u langer? Dan kan uw eigen bijdrage verder oplopen.

Kraampakket

Het kraampakket, onmisbaar bij een thuisbevalling.

Wat u vergoed krijgt

In het kraampakket zitten producten die onmisbaar zijn wanneer u thuis bevalt, zoals matrassenbeschermers 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 Extrafit en hoger vergoeden het kraampakket van onze Kraamzorg Service. Als u kraamzorg via ons heeft geregeld dan krijgt u het automatisch uiterlijk in de 34e week van uw zwangerschap thuis bezorgd. U hoeft daar niets voor te doen.

Heeft u de kraamzorg niet via ons geregeld? Dan kunt u het pakket aanvragen bij onze Kraamzorg Service. Het telefoonnummer is 088 668 97 05. Wij zorgen dat het pakket bij u thuis wordt afgeleverd.

Dit zit in het kraampakket:

- 1 matrasbeschermer/bedzeil
- 1 kraammatras 60x90 cm
- 10 onderleggers 60x60 cm
- 2 doosjes wondkassen 8,5x5 cm
- 10 wondkassen 10x10 cm
- 1 flesje alcohol 70% (100 ml)
- 1 navelklem steriel
- 2 pakken kraamverband
- 1 pak damesverband
- 1 pak inlegluiers
- 2 stretchbroekjes
- 1 rol baby-luier tape
- 1 pak zigzagwatten

¹ Zie hiervoor: www.knov.nl/samenwerken/a-tot-z

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	1 keer per bevalling Via onze Kraamzorg Service
Benfit	1 keer per bevalling Via onze Kraamzorg Service
Optifit	1 keer per bevalling Via onze Kraamzorg Service
Topfit	1 keer per bevalling Via onze Kraamzorg Service
Superfit	1 keer per bevalling Via onze Kraamzorg Service

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

Bevalling-TENS

Minder pijn bij bevallen.

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 75 Max., per bevalling
Topfit	€ 75 Max., per bevalling
Superfit	€ 75 Max., per bevalling

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

Borstvoeding: lactatiekundige

Een goede start voor uw kind.

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 Benfit en Optifit vergoeden maximaal 2 en 4 consulten per bevalling. Topfit en Superfit vergoeden alle consulten van de lactatiekundige.

Hier kunt u terecht

- een lactatiekundige die volwaardig lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen¹ (NVL)

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor borstvoeding, zoals speciale flesjes

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	2 consulten Max., per bevalling
Optifit	4 consulten Max., per bevalling
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 zorg die lactatiekundigen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

¹ Zie hiervoor: www.nvlborstvoeding.nl

Zorg bij adoptie

Uw adoptiekind het beste geven.

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 **basisverzekering** vergoedt kraamzorg. 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** Benfit 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. Het bedrag staat hieronder.

Hier kunt u terecht

- voor de medische screening: kinderarts
- voor de kraamzorg: kraamcentrum

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Max., per adoptiekind
Optifit	€ 400 Max., per adoptiekind
Topfit	€ 550 Max., per adoptiekind
Superfit	€ 550 Max., per adoptiekind

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

De kraamzorg aanvragen

Dit kan eenvoudig online. Telefonisch kan ook. 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.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg

Hier is gebruikelijke zorg: de kraamzorg en medische screening die kraamverzorgenden en kinderartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

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.

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 Extrafit en hoger vergoeden een plaswekker. U kiest zelf of u die huurt of koopt. Extrafit, Benfit en Optifit vergoeden maximaal € 85. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar. Topfit en Superfit vergoeden een plaswekker volledig.

Hier kunt u terecht

- leverancier van plaswekkers

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 85 voor hele looptijd verzekering Max., voor huur of koop
Benefit	€ 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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

De verzekering van uw kind bepaalt de vergoeding

Koopt of huurt u een plaswékker 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 nota staat, kunnen wij uw declaratie sneller afhandelen.

Medicijnen en dieet

Vergoedingen

Geneesmiddelen basisverzekering
Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers
Diëtetiek
Dieetpreparaten

Geneesmiddelen basisverzekering

Krijg ik mijn medicijnen vergoed?

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt op recept geleverde geneesmiddelen en de diensten van de apotheek die daarbij horen. Soms betaalt u een eigen bijdrage. Hieronder zetten we alles op een rij.

De basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. De door de overheid aangewezen geneesmiddelen die in de Regeling zorgverzekering staan. Bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen vallen hier onder.
2. Geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of 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.
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 het geneesmiddel goed werkt en dat de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) voor u geschikt is. Ook mag het middel niet onnodig duur zijn. Hoe dat zit bij doorgeleverde bereidingen staat in doorgeleverde (apotheek)bereidingen².

Sommige geneesmiddelen vergoedt de basisverzekering alleen als u aan bepaalde voorwaarden voldoet. Bijvoorbeeld dat u een bepaalde aandoening heeft. Die geneesmiddelen en de voorwaarden staan in bijlage 2¹ van de Regeling zorgverzekering. Voorbeelden hiervan zijn zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers³.

Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Weet u de werkzame stof of de merknaam van uw geneesmiddel? Op medicijnkosten.nl ziet u snel of het geneesmiddel onder de basisverzekering valt. Ook staat daar wat de maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

En de eigen bijdrage?

De overheid bepaalt per groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, hoeveel wij maximaal mogen vergoeden. Als u een duurder middel kiest, moet u bijbetalen. Dit is de wettelijke eigen bijdrage. U betaalt nooit meer dan € 250 per jaar aan wettelijke bijdragen voor geneesmiddelen. De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden de wettelijke eigen bijdragen tot een maximaal bedrag per kalenderjaar. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Per recept geeft de apotheek u een vaste 'afleverhoeveelheid' mee. Bij een voor u nieuw geneesmiddel is dat bijvoorbeeld de hoeveelheid die u voor 15 dagen nodig heeft of de kleinste verpakking. De afleverhoeveelheden staan bij Goed om te weten.

Mag ik mijn geneesmiddel zelf kiezen?

Vaak wel, maar soms moet u dan bijbetalen. De apotheker geeft u een geneesmiddel op basis van het voorschrift van uw arts. Dat mag niet onnodig duur zijn. Dit middel vergoeden wij. Wilt u een duurder geneesmiddel? Dat kan. Maar dan vergoeden wij de prijs van het goedkopere geneesmiddel. U betaalt de meerkosten zelf.

Voor sommige geneesmiddelen gelden ook andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- dieetpreparaten
- voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

¹ Deze vindt u op wetten.overheid.nl

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

³ Geneesmiddelen die u zonder recept haalt bij de drogist of apotheek

Dit vergoedt de basisverzekering niet

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die (nog) niet zijn toegelaten

Andere vergoedingen

De basisverzekering vergoedt de volgende middelen niet. Uw aanvullende verzekering soms wel.

- vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen¹

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	De eigen bijdrage uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
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 zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico. Dat is ook zo als de basisverzekering uw wettelijke eigen bijdragen boven € 250 vergoedt.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdragen.

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 (nurse practitioner) of physician assistant².

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Dit geldt voor de geneesmiddelen die in toestemming geneesmiddelen² staan. Hoe u toestemming vraagt staat ook in toestemming geneesmiddelen.

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.

¹ Zie hiervoor de vergoeding Alternatieve geneeswijzen

² De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

³ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639

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 anticonceptiepil
- 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.

Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

Wat u vergoed krijgt

De **basisverzekering** vergoedt de meeste geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. In sommige gevallen betaalt u een eigen bijdrage.

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

- de eigen bijdrage
- geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt
- verbandmiddelen voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding Verbandmiddelen vallen

Optifit en hoger vergoeden ook nog:

- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers
- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

De terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de apotheek¹ vergoeden wij ook.

Extrafit, Benfit, Optifit en Topfit vergoeden per kalenderjaar maximaal het bedrag hieronder. Superfit vergoedt de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen en eigen bijdragen waarvoor een terugbetalingsregeling² van de fabrikant geldt
- geneesmiddelen tegen een erectieprobleem
- geneesmiddelen tegen kaalheid
- geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandelingen bij Extrafit en Benfit

Andere vergoedingen

Voor sommige geneesmiddelen gelden (ook) andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen
- vaccinaties en preventieve middelen voor uw (vakantie)reis
- anticonceptiegeneesmiddelen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers
- geneesmiddelen basisverzekering

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/kosten-apotheekzorg

² Van bepaalde geneesmiddelen kunt u de kosten of uw wettelijke 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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 100 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 200 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 4.540 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen en melatonine Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 4.540 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers Max. per kalenderjaar
Superfit	100% eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering. Voor de (genees)middelen en zorgdiensten die onder de aanvullende verzekeringen vallen, geldt het eigen risico niet.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die eigen bijdrage, volgens de voorwaarden die u nu leest. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdrage.

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 (nurse practitioner) of physician assistant¹.

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.

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 anticonceptiepil

¹ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

- 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. Dit is bijvoorbeeld zo bij ivf.

Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Gebruikt u voor langere tijd zelfzorggeneesmiddelen of maagzuurremmers?

Wat u vergoed krijgt

Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die u ook zonder recept kunt kopen. Wij vergoeden dat soort middelen alleen in bepaalde gevallen, mét recept. Bijvoorbeeld als u een middel lang moet gebruiken.

De **basisverzekering** vergoedt de volgende zelfzorggeneesmiddelen¹, en maagzuurremmers:

1. laxemiddelen
2. kalktabletten
3. middelen bij allergie
4. middelen tegen diarree
5. middelen tegen droge ogen
6. middelen om de maag te legen
7. andere geneesmiddelen dan 1 t/m 6 met dezelfde werkzame stof als die middelen, en dezelfde toedieningsvorm²
8. maagzuurremmers en combinatiepreparaten met een maagzuurremmer

U moet wel aan 3 voorwaarden voldoen:

- u heeft een recept voor het geneesmiddel
- u heeft het geneesmiddel langer dan 6 maanden nodig voor een chronische aandoening. Dit staat op het recept
- u haalt het geneesmiddel bij de apotheek of apotheekhoudende huisarts

De basisverzekering vergoedt deze geneesmiddelen vanaf de 16e dag dat u ze gebruikt.

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

- de eerste 15 dagen dat u ze gebruikt
- als u ze korter dan 6 maanden gebruikt

De maximale vergoeding per kalenderjaar staat hieronder. Het bedrag geldt voor de vergoeding die u nu leest en de vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering samen.

Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Weet u de werkzame stof of de merknaam van het geneesmiddel? Op medicijnkosten.nl staat of het onder de basisverzekering valt. En wat de maximale vergoeding is, en of er een eigen bijdrage geldt.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Let op

Deze vergoeding is een onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. Wat daar staat, geldt ook voor de zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers. Bijvoorbeeld dat u soms een eigen bijdrage betaalt.

¹ Geneesmiddelen die u zonder recept kunt kopen, ook bij drogist en supermarkt

² Bijvoorbeeld een pil, drankje, zetpil, pleister

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% vanaf 16e dag, soms betaalt u een eigen bijdrage Sommige zelfzorggeneesmiddelen, maagzuurremmers bij chronisch gebruik
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 4.540 voor eerste 15 dagen en tijdelijk gebruik, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Topfit	€ 4.540 voor eerste 15 dagen en tijdelijk gebruik, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Superfit	100% eerste 15 dagen en tijdelijk gebruik, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Dat is ook zo als de basisverzekering uw wettelijke eigen bijdragen boven € 250 vergoedt.

Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

De eigen bijdrage

Soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden die voor een deel of helemaal. De wettelijke eigen bijdragen zijn totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdragen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben van een arts of andere voorschrijver

Wij vergoeden zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers alleen als zijn voorgeschreven door de behandelend arts, een medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant¹.

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.

¹ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist.

Diëtetiek

Als u advies nodig heeft over voeding en gezondheid.

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 daarnaast 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 **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 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. Topfit en Superfit vergoeden extra diëtetiek volledig.

Heeft u geen medische reden, maar wilt u wel uw eetgewoonten veranderen? De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden preventiecurssussen.

Dit wordt niet vergoed

- voedingsmiddelen, maaltijdvervangers of dieetartikelen
- diëtetiek als onderdeel van sportmedisch advies

¹ 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	3 uur Max. per kalenderjaar
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 120 Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 200 Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor diëtetiek die onder de basisverzekering valt, geldt meestal het eigen risico. Alleen voor diëtetiek als onderdeel van de ketenzorg geldt het eigen risico niet. Voor de diëtetiek die onder de aanvullende verzekering valt, geldt nooit eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 diëtetiek met een medische reden die diëtisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

Bij ons heeft u optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. In kwaliteitsregisters¹ vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Dieetpreparaten

Als u met gewone of aangepaste voeding niet genoeg voedingsstoffen binnen kunt krijgen.

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.

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/kwaliteitsregisters

Dieetpreparaten zijn geen dieetproducten. Dieetproducten zijn bijvoorbeeld glutenvrije pasta, suikervrije jam en afslankrepen, die u haalt bij supermarkt of drogist.

De 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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% In bepaalde situaties
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 dieetpreparaten¹ van een arts of medisch specialist², verpleegkundig specialist, physician assistant of diëtist.

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.

Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die meestal de dieetpreparaten

Dit is zo als u in die instelling ook behandeling krijgt. Want dan vergoedt de Wet langdurige zorg de dieetpreparaten. De basisverzekering vergoedt dan niet.

¹ Kijk hiervoor op www.znformulieren.nl bij Farmacie

² Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

Mond en gebit

Vergoedingen

Tandheelkundige zorg tot 18 jaar
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandheelkundige zorg na een ongeval
Orthodontie tot 18 jaar
Orthodontie vanaf 18 jaar
Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar
Fronttandvervanging
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar
Bijzondere tandheelkunde
DiamondClean Smart tandenborstel

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Voor een sterk en gezond gebit.

Wat u vergoed krijgt

Goede mondzorg op jonge leeftijd voorkomt problemen later. Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de **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

Is voor behandeling bij de kaakchirurg opname nodig? Dan vergoedt de basisverzekering ook de ziekenhuisopname.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden tot 18 jaar de algemene tandheelkundige zorg die de basisverzekering 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 die onder de basisverzekering valt, kunt u terecht bij de:

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus
- kaakchirurg (MKA-chirurg)

Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, kunt u terecht bij de:

- tandarts
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

De basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- uitwendig bleken van tanden en kiezen
- gebits- en mondbeschermer
- niet-restauratief behandelen van het melkgebit (M05¹)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)

De aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- algehele anesthesie (volledige narcose)
- MRA² (mandibulair repositie apparaat)

¹ De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts

² Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% van de meeste behandelingen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 500
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms heeft u vooraf toestemming nodig

Dit geldt voor:

- de 3e en volgende fluoridebehandeling(en) in hetzelfde kalenderjaar
- een kaakoverzichtsfoto
- behandelingen bij de kaakchirurg die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie² staan
- zorg onder volledige narcose
- een kunstgebit dat duurder is dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak
- 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)

Toestemming³ vraagt u met een gemotiveerde verklaring van uw zorgverlener. Daar moeten een behandelplan, een begroting en soms een röntgenfoto 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 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.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Voor een goed gebit in een gezonde mond.

Wat u vergoed krijgt

Vanaf 18 jaar vergoedt de basisverzekering de meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist niet. Alleen voor de kaakchirurg, het kunstgebit, fronttandvervanging en bijzondere tandheelkunde bent u verzekerd. Waar u recht op heeft staat in die vergoedingen.

De aanvullende verzekering Superfit en de tandverzekeringen Tandfit A, B, C, D en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg wel als u 18 jaar of ouder bent. De vergoedingen staan hieronder, per verzekering. Voor orthodontie geldt een andere vergoeding.

Superfit

Superfit vergoedt 100% van de kosten van 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.

Tandfit A

Tandfit A vergoedt 75% van algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

Tandfit B

Tandfit B vergoedt 100% van de kosten van deze preventieve behandelingen:

- controle (C11¹)
- preventieve voorlichting en/of instructie (M01)
- consult voor evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M40)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30 of V35)

Tandfit B vergoedt daarnaast 75% van de kosten van andere algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten). Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

De totale vergoeding voor de preventieve behandelingen en de andere tandheelkundige zorg samen is maximaal € 750 per kalenderjaar.

Tandfit C

Tandfit C vergoedt 100% van de kosten van deze preventieve behandelingen:

- controle (C11)
- preventieve voorlichting en/of instructie (M01)
- consult voor evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M40)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30 of V35)

Tandfit C vergoedt daarnaast 75% van de kosten van andere algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten). Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

De totale vergoeding voor de preventieve behandelingen en de andere tandheelkundige zorg samen is maximaal € 1.500 per kalenderjaar.

Tandfit D

Tandfit D vergoedt 100% van de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.500 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

¹ De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts

Tandfit Preventief

Tandfit Preventief vergoedt 100% van de kosten van deze preventieve behandelingen:

- controle (C11¹)
- consult (C13)
- aanvullende anamnese (C22)
- toeslag voor behandeling thuis (C80)
- preventieve voorlichting en/of instructie (M01)
- consult voor 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 of V35)

Tandfit Preventief vergoedt ook 100% van de kosten van de meeste andere codes voor tandheelkundige zorg², tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. Van dat bedrag kunt u maximaal € 300 besteden aan vullingen (V-codes) en tandvleesbehandelingen (parodontologie, T-codes) samen. Had u in 2019 ook Tandfit Preventief? Dan geldt de beperking voor vullingen en tandvleesbehandelingen niet voor u. Ze worden dan samen met de andere codes tot € 2.000 vergoed.

En: bij Tandfit Preventief krijgt u 1 keer per 3 jaar een elektrische tandenborstel, en elk kwartaal een nieuw opzetborsteltje.

Tandfit Preventief vergoedt niet (zorg die te maken heeft met):

- kronen, bruggen en inlays
- kunstgebit
- implantaten
- wortelkanaalbehandeling
- orthodontie

Voor Superfit, Tandfit A, B, C, D en Tandfit Preventief geldt:

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose
- uitwendig bleken, facings en behandeling van witte vlekken
- MRA³ (mandibulair repositie apparaat)
- gebits- en mondbeschermer
- materiaal- en techniekkosten voor zorg die niet wordt vergoed
- tandartsabonnementen

Ongeval?

Heeft u een ongeval gehad en is uw gebit beschadigd? Er is een aparte vergoeding voor tandheelkundige zorg na een ongeval.

¹ De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

³ Dit valt onder de vergoeding MRA

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Beperkt, volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese, Fronttandvervangning en Bijzondere tandheekunde
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	100% tot € 1.600 (algemene tandheekundige zorg) Max. per kalenderjaar
Tandfit A	75% tot € 250 (algemene tandheekundige zorg) Max. per kalenderjaar
Tandfit B	100% controle en preventie en 75% algemene tandheekundige zorg, samen tot € 750 Max. per kalenderjaar
Tandfit C	100% controle en preventie en 75% algemene tandheekundige zorg, samen tot € 1.500 Max. per kalenderjaar
Tandfit D	100% tot € 1.500 (algemene tandheekundige zorg) Max. per kalenderjaar
Tandfit Preventief	<ul style="list-style-type: none">• 100% controle en preventie• Andere tandheekundige zorg: 100% tot € 2.000, waarvan max. € 300 voor vullingen en tandvleesbehandelingen samen• Elektrische tandenborstel + opzetborsteltjes Vergoedingen: max. per kalenderjaar Tandenborstel: 1 per 3 jaar Opzetborsteltje: 1 per kwartaal Geen vergoeding voor: kronen, bruggen, wortelkanaalbehandelingen, implantaten en protheses

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 tandheeskundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Tandheeskundige zorg na een ongeval

Een bal tegen uw gezicht bij het sporten. Een ongeluk met de fiets.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u schade aan uw gebit door een ongeval¹? De basisverzekering, uw aanvullende verzekering of uw Tandfit verzekering vergoedt mogelijk de kosten van de tandarts of de kaakchirurg. Dit hangt af van welke verzekering u heeft en van uw leeftijd.

Bent u jonger dan 18 jaar?

Dan vergoedt de basisverzekering de meeste tandheeskundige zorg. Dat kan dus ook zorg zijn die u nodig heeft door een ongeval. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden algemene tandheeskundige zorg die niet onder de basisverzekering valt. Wat u vergoed krijgt staat bij tandheeskundige zorg tot 18 jaar.

Bent u 18 jaar of ouder?

Vanaf 18 jaar vergoedt de basisverzekering de meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist niet. Alleen voor de kaakchirurg, het kunstgebit en bijzondere tandheeskunde bent u verzekerd. De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B, C, D en Preventief vergoeden algemene tandheeskundige zorg vanaf 18 jaar wel. In die vergoedingen staat waar u recht op heeft.

Extra vergoeding na een ongeval

Krijgt u de zorg die u nodig heeft niet (helemaal) vergoed volgens de vergoedingen hierboven? Dan vergoeden Superfit, Tandfit A, B, C, D en Preventief, en soms OntzorgPlus, tandheeskundige behandeling om de schade aan uw gebit te repareren. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een gedeeltelijk kunstgebit. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het bedrag staat hieronder.

Het moet gaan om een ongeval dat gebeurde terwijl u 1 van deze 7 verzekeringen had. En u moet de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval hebben gekregen.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose

¹ Met ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw lichaam, buiten uw wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft veroorzaakt.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Sommige gevallen Uit vergoeding Tandheekkundige zorg tot 18 jaar, of vanaf 18 jaar volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese en Bijzondere tandheekkunde
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
OntzorgPlus	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
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 D	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit Preventief	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden tandheelkundige zorg na een ongeval alleen als wij vooraf toestemming¹ 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 en een begroting 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit

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 **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** Benfit en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest.

Benfit vergoedt maximaal € 750 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 750 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Optifit 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.

Topfit en Superfit vergoeden orthodontie tot 18 jaar volledig. Ze hebben ook een vergoeding voor orthodontie vanaf 18 jaar.

De aanvullende tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist²

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

² Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheekkunde
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 750 2e 12 maanden max. € 750
Optifit	Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000 3e 12 maanden max. € 1.000
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. 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 Benfit en Optifit voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaat de 24 maanden (Benfit) of 36 maanden (Optifit) 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. Was uw behandeling al voor 2018 gestart? Dan geldt als startdatum: de 1e datum van consult of behandeling in 2018.

Orthodontie vanaf 18 jaar

Goed kunnen bijten en kauwen is belangrijk voor uw hele gezondheid.

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 **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, volgens de vergoeding die u nu leest. Topfit vergoedt maximaal € 500 per kalenderjaar. Superfit vergoedt de orthodontie volledig.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico. Voor bijzondere tandheelkunde geldt wel eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de orthodontie 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, en welke wijzigingen u moet doorgeven. 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.

Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar

Kunstgebit, klikgebit, prothese ... We zetten het voor u op een rij.

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 gedeeltelijk 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 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 (tand)verzekeringen.

Er zijn 4 soorten volledige uitneembare kunstgebitten die de basisverzekering vergoedt. 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 klikgebit.

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 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 wettelijke eigen bijdrage. Die moet u zelf betalen. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Tandfit A, B, C en D vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage, volgens de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

En hoe zit het met de implantaten?

Krijgt u voor het eerst een klikgebit, dan heeft u ook implantaten nodig?. De basisverzekering vergoedt de implantaten alleen als u een heel erg geslonken kaak zonder tanden heeft. Dan geldt de vergoeding Bijzondere tandheelkunde. 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, C en D 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 2 maanden? Dan hoeft u daar niet voor te betalen. Is het ouder dan 2 maanden? Dan vergoedt de basisverzekering reparatie en rebasen (opvullen) voor 90%. U betaalt een eigen bijdrage van 10%.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- tandprotheticus

Andere vergoedingen

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vallen het kunstgebit en andere protheses onder de vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

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	75% tot € 250 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit B	75% tot € 750 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit C	75% tot € 1.500 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit D	75% tot € 1.500 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 zelf betaalt

Het eigen risico

Het volledige uitneembare kunstgebit valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

De eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u een wettelijke eigen bijdrage van 8, 10, 17 of 25%. De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B, C en D vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage.

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) dat duurder is dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak
- het vervangen van een kunstgebit (2) of (3) als dat minder dan 5 jaar oud is
- het klikgebit (4)
- het repareren of rebasen van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

Toestemming¹ vraagt u met een gemotiveerde verklaring van uw zorgverlener. Daar moeten een behandelplan en een begroting 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Fronttandvervangning

Ontbreken bij u de blijvende snij- of hoektanden en bent u jonger dan 23 jaar?

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 **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 basisverzekering de zorg niet. De **aanvullende verzekeringen** Superfit, OntzorgPlus en Tandfit A, B, C en D 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 fronttandvervangning onder de vergoeding Bijzondere tandheelkunde vallen.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Hier kunt u terecht

- tandarts
- voor de basisverzekering: ook de kaakchirurg¹

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, tot 23 jaar, als noodzaak is vastgesteld voor 18e verjaardag
Superfit	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
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 D	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit Preventief	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
OntzorgPlus	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval van OntzorgPlus Kijk in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze zorg alleen als wij toestemming² hebben gegeven 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.

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 mondzorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

¹ Kaakchirurgen vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Kaakchirurgie vanaf 18 jaar

Voor specialistische mondzorg.

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). U kunt niet rechtstreeks naar de kaakchirurg: u heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u van de tandarts, bijvoorbeeld bij een moeilijk te verwijderen verstandskies. Of van de orthodontist, bij problemen met de kaak. De huisarts of een medisch specialist² kunnen ook verwijzen.

De basisverzekering vergoedt chirurgische tandheelkundige zorg. Het röntgenonderzoek dat daarbij nodig is vergoeden wij ook. Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering ook de ziekenhuisopname.

Hier kunt u terecht

- kaakchirurg³

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)

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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 zorg⁴ is geen verwijzing nodig.

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

² Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

³ Kaakchirurgen vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

⁴ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

Soms heeft u vooraf toestemming van ons nodig

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie¹ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming² 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Bijzondere tandheelkunde

Als gewone tandzorg niet voldoende is.

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 **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. Of gebitsproblemen door chemotherapie, of door de ziekte van Sjögren.
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 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 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 basisverzekering ook de ziekenhuisopname.

¹ Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

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
- kaakchirurg
- orthodontist
- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

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 D	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit Preventief	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt vanaf 18 jaar het eigen risico.

De eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage voor tandheelkundige behandelingen die niet rechtstreeks met de aandoening te maken hebben.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting¹ van uw zorgverlener nodig. Daar moet een behandelplan bij zitten en, als die zijn gemaakt, (röntgen)foto's van uw kaak en uw gebit. 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 ('verpleeghuisarts').

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

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 zorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

DiamondClean Smart tandenborstel

Uw gebit gezond houden, begint met goed poetsen. Het geheim van goed poetsen? De DiamondClean Smart tandenborstel.

Wat u vergoed krijgt

Tandfit Preventief biedt een uitstekende vergoeding voor preventieve en andere mondzorg.

Heeft u Tandfit Preventief? Dan krijgt u ook:

- 1 keer per 3 jaar een Philips DiamondClean Smart 9300 tandenborstel (zwart), met oplaadglas, reisetui en app
- 1 startpakket met 3 opzetborstels: Premium Plaque Defense, Premium Gum Care en Premium White, voor grondige tandplakverwijdering, voor gezonder tandvlees en voor witte tanden
- ieder kwartaal een nieuw opzetborsteltje

Wanneer krijg ik de tandenborstel?

U ontvangt de DiamondClean Smart als uw Tandfit Preventief definitief is ingegaan. De opzetborsteltjes krijgt u automatisch thuisgestuurd.

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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding
Tandfit A	Geen vergoeding
Tandfit B	Geen vergoeding
Tandfit C	Geen vergoeding
Tandfit D	Geen vergoeding
Tandfit Preventief	1 tandenborstel per 3 jaar, 1 opzetborstel per kwartaal

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

De DiamondClean Smart valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

U betaalt voor de DiamondClean Smart geen eigen bijdrage.

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.

Levering kan alleen in Nederland en België

Verhuist u naar een ander land? Dan krijgt u geen opzetborstels meer toegestuurd. U kunt de DiamondClean Smart wel blijven gebruiken en uw Tandfit Preventief blijft gewoon van kracht.

Betaalt u de premie niet? Dan heeft u geen recht meer op de borstel.

De borstel blijft van ONVZ.

U heeft 3 jaar garantie op de borstel

De garantie gaat in als u de borstel ontvangt. Er gelden garantiebepalingen¹. Uw garantiebewijs vraagt u op bij ons Service Center. U kunt voor de garantie terecht bij Philips.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Psychische zorg

Vergoedingen

Generalistische basis-ggz
Gespecialiseerde ggz

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Generalistische basis-ggz

Als u lichte psychische problemen heeft.

Wat u vergoed krijgt

Bij psychische problemen is uw huisarts of de bedrijfsarts het eerste aanspreekpunt. Als die een psychische stoornis vermoedt, verwijst hij u door voor generalistische basis-ggz. Of bij ernstige klachten, voor gespecialiseerde ggz.

De vergoeding die u nu leest, gaat over generalistische basis-ggz. De behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog¹ of psychotherapeut. Ook een internetbehandeling is mogelijk.

U krijgt altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. De regiebehandelaar stelt een diagnose, maakt samen met u een behandelplan, en behandelt u. Hij kan daarnaast andere behandelaars inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en afstemming. Hij beheert ook uw dossier. Wie regiebehandelaar mogen zijn, staat hieronder bij 'Hier kunt u terecht'.

De **basisverzekering** vergoedt generalistische basis-ggz vanaf 18 jaar, als er een vermoeden is dat u een psychische stoornis heeft of als zo'n stoornis al is vastgesteld. De 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, tot een maximumbedrag per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

Voor zorg die onder de basisverzekering valt, kunt u terecht bij:

- zelfstandige zorgverlener met nummer 1, 2, 3 of 4 hieronder
- ggz-instelling, bij een regiebehandelaar met nummer 1, 2, 3, 4, 5, 6 of 7 hieronder

Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, kunt u terecht bij:

- zorgverleners met nummer 1, 2, 3, 8 of 9 hieronder

1. gz-psycholoog¹
2. klinisch psycholoog
3. psychotherapeut
4. klinisch neuropsycholoog
5. verpleegkundig specialist ggz
6. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
7. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts
8. kinder- of jeugdpsycholoog, geregistreerd bij NIP of SKJ
9. orthopedagoog-generalist, geregistreerd bij NVO of SKJ

Overgangsregeling 18-jarigen

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 (een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist) dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen naar een basisverzekering-regiebehandelaar.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van vlieg angst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- opname
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz⁴

Andere vergoedingen

Soms kan de huisarts u zelf helpen. Dan geldt de vergoeding Psychische zorg bij de huisarts.

¹ Ook: gezondheidszorgpsycholoog

² Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid

³ 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 Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 500 bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.000 bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 1.500 bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 of de bedrijfsarts. Als het gaat om een aanpassingsstoornis (alleen aanvullende verzekering) mag de verwijzing ook van een jeugdarts komen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Als u onder behandeling bent in de gespecialiseerde ggz, dan kan uw regiebehandelaar u ook verwijzen naar de generalistische basis-ggz. U hoeft dan niet eerst langs uw 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Een psychische stoornis volgens de DSM

De 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 kwaliteitsstatuut hebben

Daar staat in aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

Uw zorgverlener moet uw klachten in 1 aaneengesloten traject behandelen

Wij kijken daarom of uw zorgverlener per 12 maanden niet meer dan 1 traject in rekening brengt. Een volgend traject in die 12 maanden vergoeden wij alleen als:

- u een nieuwe verwijzing heeft omdat u nieuwe, andere klachten heeft, of
- u onverwacht een terugval had. U heeft dan geen verwijzing nodig

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de generalistische basis-ggz die klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

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.

Gespecialiseerde ggz

Als u ernstige psychische problemen heeft.

Wat u vergoed krijgt

Bij ernstige psychische problemen krijgt u een verwijzing voor gespecialiseerde ggz. De behandeling bestaat vaak uit gesprekken met bijvoorbeeld een psychiater of psychotherapeut. Als dat nodig is, wordt u opgenomen in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

U krijgt altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. De regiebehandelaar stelt een diagnose, maakt samen met u een behandelplan, en behandelt u. Hij kan daarnaast andere behandelaars inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en afstemming. Hij beheert ook uw dossier. Wie regiebehandelaar mogen zijn, staat hieronder bij 'Hier kunt u terecht'.

De basisverzekering vergoedt gespecialiseerde ggz vanaf 18 jaar. Is opname nodig voor een goed resultaat van de behandeling? Dan vergoedt de basisverzekering die ook. Met daarbij, als dat nodig is: verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Krijgt u tijdens de opname ook dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

Hier kunt u terecht

- zelfstandige zorgverlener met nummer 1, 2, 3 of 4 hieronder
- ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Daar mag uw regiebehandelaar elk van de 8 zorgverleners hieronder zijn, maar bij een behandeling met opname alleen nummers 1 en 4. Zij mogen wel toestemming geven dat u de regiebehandelaar van voor uw opname houdt

1. klinisch psycholoog
2. psychotherapeut
3. klinisch neuropsycholoog
4. psychiater
5. gz-psycholoog²
6. verpleegkundig specialist ggz
7. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
8. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts

Overgangsregeling 18-jarigen

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 (een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist) dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen naar een basisverzekering-regiebehandelaar.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van eenvoudige psychische stoornissen die in de generalistische basis-ggz of met psychische zorg bij de huisarts kunnen worden behandeld
- behandeling van werkproblemen³, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁴
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz⁵

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

² Ook: gezondheidszorgpsycholoog

³ Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid

⁴ 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 Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een gerichte verwijzing hebben van uw huisarts of een medisch specialist. Dit betekent dat de huisarts of medisch specialist vindt dat de gespecialiseerde ggz de meest geschikte behandelvorm is. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Als u onder behandeling bent in de generalistische basis-ggz, dan kan uw regiebehandelaar u ook doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

Voor opname moet u ons soms vooraf toestemming vragen

U moet toestemming² vragen voor:

- behandeling met opname van: een aan alcohol gebonden stoornis, een aan overige middelen gebonden stoornis, of een eetstoornis. Bij acute zorg moet u toestemming vragen binnen de eerste behandelmaand
- opname langer dan 1 jaar. U moet dan uiterlijk in de 10e maand toestemming vragen

Uw zorgverlener kan toestemming voor u 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 welke wijzigingen u moet doorgeven.

Een psychische stoornis volgens de DSM

De 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 gespecialiseerde ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uw zorgverlener moet een kwaliteitsstatuut hebben

Daar staat in aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor gespecialiseerde ggz en opname dan in Nederland. Daardoor is misschien niet alles verzekerd. Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Er kan een diagnose op uw rekening staan

Wilt u dat niet? Dan kunt u met uw zorgverlener een 'privacyverklaring' ondertekenen en die naar ons sturen. Uw zorgverlener weet hoe dit werkt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

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.

Anticonceptie Vergoedingen

Anticonceptiemiddelen
Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)

Anticonceptiemiddelen

Middelen met hormonen om zwangerschap te voorkomen.

Wat u vergoed krijgt

Anticonceptiemiddelen zijn middelen om zwangerschap te voorkomen. Ze worden ook wel voorbehoedsmiddelen genoemd.

De vergoeding die u nu leest, geldt voor anticonceptiemiddelen met hormonen. Dat zijn:

- de anticonceptiepil
- de (prik)pil
- de anticonceptiepleister
- de anticonceptiering
- het anticonceptiestaaftje
- het hormoonspiraaltje

Het pessarium en het koperspiraaltje werken zonder hormonen. Daarom vallen die niet onder de vergoeding die u nu leest, maar onder de vergoeding Hulpmiddelen voor anticonceptie.

Bent u jonger dan 21 jaar? Of bent u ouder en heeft u endometriose (aandoening van het baarmoederslijmvlies) of bloedarmoede door hevig bloedverlies (menorragie)? Dan vergoedt de basisverzekering de anticonceptiemiddelen met hormonen.

Bent u 21 jaar of ouder en heeft u die aandoeningen niet? Dan vergoeden de **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger de anticonceptiemiddelen met hormonen.

Hier kunt u terecht

Anticonceptiemiddelen haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Een anticonceptiestaaftje of hormoonspiraaltje 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.

Andere vergoedingen

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden ook sterilisatie.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% tot 21 jaar 100% vanaf 21 jaar bij bepaalde aandoeningen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	100% vanaf 21 jaar
Optifit	100% vanaf 21 jaar
Topfit	100% vanaf 21 jaar
Superfit	100% vanaf 21 jaar

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt voor het anticonceptiemiddel, als u tussen 18 of 21 jaar bent, en vanaf 21 bij bepaalde aandoeningen. En ook voor plaatsen en verwijderen door verloskundige of gynaecoloog. Het eigen risico geldt niet voor plaatsen en verwijderen door de huisarts.

De eigen bijdrage

Voor sommige anticonceptiemiddelen met hormonen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden die voor een deel of helemaal. De wettelijke eigen bijdragen zijn totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdragen. Op medicijnkosten.nl kunt u zien of er een wettelijke eigen bijdrage geldt.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben

Wij vergoeden anticonceptiemiddelen met hormonen alleen als ze zijn voorgeschreven door een (huis)arts, medisch specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant¹.

U moet een verwijzing hebben als u naar de gynaecoloog gaat

Als u het spiraaltje of staafje wilt laten plaatsen of verwijderen door de gynaecoloog dan heeft u een verwijzing van de huisarts of verloskundige nodig. Voor die zorg 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)

Om zwangerschap te voorkomen. Of juist weer mogelijk te maken.

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 sterilisatie en een hersteloperatie. Benfit en Optifit hebben een maximale 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

¹ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	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	100% sterilisatie en hersteloperatie
Superfit	100% sterilisatie en hersteloperatie

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

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.

Alternatief Vergoedingen

Alternatieve geneeswijzen

Alternatieve geneeswijzen

Een aanvulling op reguliere behandelingen.

Wat u vergoed krijgt

Alternatieve geneeswijzen zijn onderzoeken en behandelingen waarvan wetenschappelijk (nog) niet bewezen is of ze werken.

De **basisverzekering** vergoedt alternatieve geneeswijzen niet.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden alternatieve consulten en behandelingen gericht op (het genezen van) een aandoening. Optifit en hoger vergoeden ook geregistreerde¹ homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, en (laboratorium)onderzoek dat voor uw behandeling nodig is.

Wij vergoeden maximaal 1 consult of behandeling per dag. En er gelden maximale vergoedingen per consult of behandeling, en per kalenderjaar. Die staan hieronder.

Hier kunt u terecht

- arts
- behandelaar die volwaardig lid is van een door ons erkende beroepsorganisatie², en voldoet aan de PLATO-eisen³
- voor geneesmiddelen: apotheek of apotheekhoudende huisarts

Andere vergoedingen

Wilt u naar een osteopaat of chiropractor? Dan geldt de vergoeding Houding, bewegen en sport.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 30 per bezoek, tot € 100 Geen geneesmiddelen en (lab)onderzoek Max. per behandeling/kalenderjaar, en niet meer dan 1 consult/behandeling per dag
Benfit	€ 30 per bezoek + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 250 Max. per behandeling/kalenderjaar, en niet meer dan 1 consult/behandeling per dag
Optifit	€ 65 per bezoek + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 400 Max. per behandeling/kalenderjaar, en niet meer dan 1 consult/behandeling per dag
Topfit	€ 65 per bezoek + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 1.000 Max. per behandeling/kalenderjaar, en niet meer dan 1 consult/behandeling per dag
Superfit	€ 75 per bezoek + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 1.500 Max. per behandeling/kalenderjaar, en niet meer dan 1 consult/behandeling per dag

¹ Deze hebben een RVG of RVH nummer gekregen van het CBG

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/plato-eisen

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. Anders vergoeden wij de zorg niet.

Voor laboratoriumonderzoek en geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw arts of behandelaar

Geneesmiddelen haalt u bij de apotheek of apotheekhoudende huisarts

De geregistreerde 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Wij vergoeden maximaal de gebruikelijke tarieven van de beroepsgroep

U vindt die meestal op internet.

Horen, zien en spreken

Vergoedingen

Audiologische zorg

Orthoptie

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Logopedie

Bril, (contact)lenzen en ooglaseren

Stottertherapie

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Audiologische zorg

Ik hoor het gesprek wel, maar kan het niet goed verstaan. Herkenbaar?

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 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij een audiologisch centrum
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

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.

Wij vergoeden orthoptie voor kinderen en voor volwassenen.

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 **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 maximumbedrag per kalenderjaar.

Gaat u naar de zelfstandig werkende orthoptist? Als deze de indicatie op de nota vermeldt, kunnen wij uw declaratie sneller afhandelen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij bepaalde aandoeningen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	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 zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zo zelfstandig mogelijk functioneren bij problemen met horen, zien of taal.

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 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 die het gevolg is van een taalontwikkelingsstoornis)

Kan de behandeling alleen slagen als u daarvoor tijdelijk wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering ook de opname.

Bent u blind of slechtziend en kunt u zich daardoor niet zonder begeleiding verplaatsen? Dan vergoeden wij mogelijk zittend ziekenvervoer.

Hier kunt u terecht

Een instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg. De instelling moet wettelijk toegelaten zijn voor de zorg of aangesloten zijn bij VIVIS¹ of SIAC². Ook moet de instelling een kwaliteitskeurmerk ISO of HKZ hebben.

¹ Meer informatie leest u op: www.vivis.nl

² Meer informatie leest u op: www.siac.nu

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De zorg en medisch noodzakelijke opname
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 fysisch-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 NOG³. 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 toestemming⁴ 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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 zien wij de opname ook als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

¹ Mensen die doof zijn vanaf de geboorte of heel jonge leeftijd, voordat de taalontwikkeling begint

² Federatie van Nederlandse Audiologische Centra

³ Meer informatie leest u op: www.oogheekunde.org

⁴ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Logopedie

Lo-go-pe-die: bij problemen met de stem of het spreken.

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 basisverzekering vergoedt logopedie die een geneeskundig doel heeft. Dat betekent dat de behandeling te maken moet hebben met het functioneren van bijvoorbeeld uw mondspieren, uw stembanden of de ademhaling.

De basisverzekering vergoedt niet:

- behandeling van dyslexie
- behandeling van taalproblemen veroorzaakt door dialect of doordat u een andere moedertaal heeft
- behandeling om onderwijs te ondersteunen
- muziektherapie

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 NVLF¹.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

¹ Meer informatie leest u op: www.nvlf.nl/paginas/openbaar/vakgebied/kwaliteit/kwaliteitsregisters/nvlf-registers

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

Bij ons heeft u optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. In kwaliteitsregisters¹ vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Bril, (contact)lenzen en ooglaseren

Ziet u niet scherp meer?

Wat u vergoed krijgt

De **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** Optifit en hoger vergoeden:

- brillenglazen met of zonder montuur
- prismabril²
- contactlenzen, nachtlenzen, torische lenzen
- geïmplanteerde lenzen
- ooglaserverhandeling
- 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 vergoeding voor de 2 jaren staat hieronder.

Hier kunt u terecht

- bril en contactlenzen: opticien
- ooglaseren en geïmplanteerde lenzen: ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC³)

Dit wordt niet vergoed

- lenzenvloeistof
- los brilmontuur
- brillenkoker en andere accessoires
- oogmeting (refractiemeting) en oogcontrole, aanmeetkosten en aanpassingskosten
- duikbril
- floaterlaseren⁴

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/kwaliteitsregisters

² Een bril tegen dubbelzien

³ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor geen opname nodig is

⁴ Laseren tegen vlekken die u ziet zweven

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij medische indicatie, uit vergoeding Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 175 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillenglazen, lenzen en ooglaseren samen
Topfit	€ 350 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillenglazen, lenzen en ooglaseren samen
Superfit	€ 500 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillenglazen, lenzen en ooglaseren samen

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 notagegevens compleet zijn

Dit moet op de nota 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 welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Stottertherapie

Komt u door stotteren niet uit uw woorden?

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 Extrafit en hoger vergoeden stottertherapie. Voor Extrafit, Benfit en Optifit geldt een maximale vergoeding per verzekerde. 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 350 voor hele looptijd verzekering Max.
Benfit	€ 350 voor hele looptijd verzekering Max.
Optifit	€ 500 voor hele looptijd verzekering Max.
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Hulpmiddelen Vergoedingen

Hulpmiddelen
Steunpessarium

Hulpmiddelen

Heeft u hulpmiddelen nodig voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging?

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 basisverzekering vallen. De **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'. Via die lijst kunt u doorklikken naar de vergoeding. Daar 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 wettelijke eigen bijdrage betaalt? De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden de wettelijke eigen bijdrage. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat hieronder.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

- allergeenvrije schoenen en hielbeschermers
- borstprothesen
- brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
- CPAP-apparaat
- 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 vaatproblemen
- hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed
- hulpmiddelen voor anticonceptie
- hulpmiddelen voor voeding
- incontinentiemateriaal
- infuuspomp voor geneesmiddelen
- injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen
- kappen voor schedelbescherming
- kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)
- MRA
- orthesen
- orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen
- persoonsalarmering
- pruik
- prothesen
- steunkousen
- verbandmiddelen
- verbandschoenen
- woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse
- zuurstofapparatuur

Andere vergoedingen

De basisverzekering vergoedt de hulpmiddelen. Er zijn ook hulpmiddelen die de aanvullende verzekeringen vergoeden. Daarvoor gelden de basisregels hulpmiddelen niet.

- bevalling-TENS
- bril, (contact)lenzen en ooglaseren
- loophulpmiddelen
- plaswecker
- steunpessarium
- steunzolen
- verbandmiddelen voor huidaandoening of wond

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage Volgens de Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 voor wettelijke eigen bijdragen
Optifit	€ 500 voor wettelijke eigen bijdragen
Topfit	€ 1.000 voor wettelijke eigen bijdragen
Superfit	100% van wettelijke eigen bijdragen

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.

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 hulpmiddelenwijzer¹. Heeft u toch nog vragen? Ons Service Center helpt u verder.

¹ Meer informatie leest u op: www.hulpmiddelenwijzer.nl

Steunpessarium

Een oplossing voor bekkenbodemp Problemen bij de vrouw.

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 Extrafit 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	100%
Benefit	100%
Optifit	100%
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Huid en haar Vergoedingen

Acnebehandeling
Camouflage-instructie
Elektrische epilatie en laserbehandeling
Psoriasisdagbehandeling
Pedicure bij diabetes en reuma

Acnebehandeling

De juiste behandeling bij acne.

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.

De behandeling die u daar krijgt, wordt op uw situatie afgestemd. Daarom stelt de huidtherapeut of schoonheidsspecialist eerst een zorgprofiel voor u vast. Dat geeft aan welke soort acne u heeft, welke behandelingen nodig zijn, en wie de zorg verleent.

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden de kosten van de behandeling van actieve acne. De behandeling van littekens van genezen acne valt daar niet onder. De vergoeding geldt tot 21 jaar, behalve bij Superfit. Die vergoedt de zorg ook vanaf 21 jaar.

Extrafit en Benfit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. Optifit en hoger vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- huidtherapeut¹
- schoonheidsspecialist²

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 250 tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 500 tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Optifit	100% tot 21 jaar
Topfit	100% tot 21 jaar
Superfit	100%, alle leeftijden

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

² Deze moet lid zijn van de ANBOS

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift van uw dermatoloog hebben

Stuur het voorschrift mee met uw eerste declaratie.

Uw zorgprofiel moet op de nota staan

Nota's waar geen zorgprofiel op staat, 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

Bij ons heeft u optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. In kwaliteitsregisters¹ vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Camouflage-instructie

Leren om een ontsierende huidafwijking te verbergen.

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 Extrafit en hoger camouflage-instructie. Topfit en Superfit vergoeden camouflage-instructie ook als daarvoor een andere medische reden bestaat.

Extrafit, Benfit 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

- huidtherapeut²
- schoonheidsspecialist³

Dit wordt niet vergoed

- schoonheidsbehandeling
- camouflageproducten voor thuis

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/kwaliteitsregisters

² Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

³ Deze moet lid zijn van de ANBOS

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 70 voor 2 instructielessen Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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 instructie die huidtherapeuten en schoonheidsspecialisten normaal gesproken voor de camouflage van ernstige huidafwijkingen verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

Bij ons heeft u optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. In kwaliteitsregisters¹ vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/kwaliteitsregisters

Elektrische epilatie en laserbehandeling

Een oplossing voor overbehaar in het gezicht.

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 Extrafit en hoger vergoeden elektrische epilatie en laserbehandeling.

Er geldt een maximale vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar.

Hier kunt u terecht

- huidtherapeut¹
- schoonheidsspecialist²
- medisch specialist

Dit wordt niet vergoed

- weghalen van haar op de hals of andere lichaamsdelen
- weghalen van haar bij 'gewone' haargroei

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 150 voor hele looptijd verzekering Max.
Benefit	€ 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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

² Deze moet lid zijn van de ANBOS

Dit moet u zelf doen

Op de nota moet staan welk gebied behandeld is

Wij vergoeden alleen behandeling van het gezicht.

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. 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 huidtherapeuten, schoonheidsspecialisten en medisch specialisten normaal gesproken verlenen bij ontsierende overbeharing. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

Bij ons heeft u optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. In kwaliteitsregisters¹ vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Psoriasisdagbehandeling

Psoriasis is nog niet te genezen. Wel kunnen de symptomen behandeld worden.

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 **basisverzekering** vergoedt die zorg.

Om die behandeling te ondersteunen kunt u naar een psoriasisdagbehandelingscentrum gaan. Daar krijgt u bijvoorbeeld lichttherapie of badtherapie.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit, Benfit en Optifit vergoeden die zorg tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- psoriasisdagbehandelingscentrum

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/kwaliteitsregisters

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 500 Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 500 Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 500 Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet soms een voorschrift hebben van uw arts

Dit geldt voor Extrafit, Benfit en Optifit. Wij kunnen dit voorschrift bij u of bij uw zorgverlener opvragen. Bij Topfit en Superfit heeft u geen voorschrift 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 zorg die psoriasisdagbehandelingscentra normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Pedicure bij diabetes en reuma

Bij diabetes en reuma is goede voetzorg belangrijk.

Wat u vergoed krijgt

Als u diabetes (diabetes mellitus, suikerziekte) of reumatoïde artritis (reuma) heeft, zijn uw voeten extra kwetsbaar. Goede voetzorg kan dan problemen voorkomen.

Heeft u diabetes, en heeft u bij de jaarlijkse voetcontrole van de huisarts zorgprofiel 2, 3 of 4 gekregen? Dan vergoedt de **basisverzekering** voetzorg volgens de vergoeding Voetzorg bij diabetes.

Als u diabetes heeft en zorgprofiel 1 heeft gekregen, of als u reumatoïde artritis heeft, geldt de vergoeding die u nu leest.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden dan voetzorg door een pedicure. Orthesen en nageelbeugels die daarbij nodig zijn, vergoeden wij ook.

Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- pedicure met aantekening 'Diabetische voet', ingeschreven in het Kwaliteitsregister Pedicures¹
- pedicure met aantekening 'Reumatische voet', ingeschreven in het Kwaliteitsregister Pedicures
- medisch pedicure, ingeschreven in het Kwaliteitsregister Pedicures, Register Paramedische Voetzorg² of het Kwaliteitsregister van Kabiz³
- paramedisch chiropodist, ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg

Dit wordt niet vergoed

- voetzorging zoals eelt verwijderen of nagels knippen
- extra kosten voor behandeling aan huis of in een instelling

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Bij diabetes vanaf zorgprofiel 2: 100%, uit vergoeding Voetzorg bij diabetes
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 100 Max. per kalenderjaar Bij diabetes (alleen zorgprofiel 1) of reumatoïde artritis
Optifit	€ 200 Max. per kalenderjaar Bij diabetes (alleen zorgprofiel 1) of reumatoïde artritis
Topfit	100% Bij diabetes (alleen zorgprofiel 1) of reumatoïde artritis
Superfit	100% Bij diabetes (alleen zorgprofiel 1) of reumatoïde artritis

¹ Zie hiervoor: www.kwaliteitsregisterpedicures.nl

² Zie hiervoor: stipezo.nl/register

³ Zie hiervoor: www.kabiz.nl/raadplegenregister

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Zorg van de pedicure en chiropodist bij diabetes (zorgprofiel 1) en reuma valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Aandoening (en zorgprofiel) moeten op de nota staan

Op de nota moet staan of het om voetzorg bij diabetes of bij reumatoïde artritis gaat. En bij diabetes ook welk zorgprofiel u 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de voetzorg die pedicures normaal gesproken verlenen bij diabetes (zorgprofiel 1) of reumatoïde artritis. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Vervoer

Vergoedingen

Ambulancevervoer
Zittend ziekenvervoer
Reiskosten voor ziekenbezoek

Ambulancevervoer

Bij levensgevaar belt u alarmnummer 112 voor een ambulance.

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 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 een spoedsituatie, zoals bij een ongeval, vergoedt de basisverzekering ook vervoer door een (trauma)helikopter.

Het moet gaan om vervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg krijgt uit de 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 volgens de Jeugdwet

In al deze situaties vergoedt de basisverzekering ook het vervoer terug naar uw huis. Of, als u (nog) niet zelfstandig thuis kunt zijn, naar de plek waar u verzorgd wordt.

Dit wordt niet vergoed

- ambulancevervoer naar dagbesteding in een Wlz-instelling

Kunt u niet zelfstandig reizen, maar is vervoer met de ambulance niet nodig? In sommige gevallen wordt zittend ziekenvervoer vergoed.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Tot 200 kilometer
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Zittend ziekenvervoer

Mag ik met de taxi naar het ziekenhuis?

Wat u vergoed krijgt

Soms heeft u recht op vergoeding van vervoerskosten naar het ziekenhuis. Bijvoorbeeld als u in een rolstoel zit of slechtziend bent. Of als u een bepaalde behandeling krijgt. U krijgt dan 'zittend ziekenvervoer'.

De **basisverzekering** vergoedt zittend ziekenvervoer in zes specifieke situaties. U betaalt altijd een eigen bijdrage. En soms kunt u kiezen voor logeren in plaats van heen en weer reizen. Dan vergoedt de basisverzekering dat.

De **aanvullende verzekeringen** vergoeden de eigen bijdrage, en ook zittend ziekenvervoer in extra situaties. Kiezen voor logeren in plaats van vervoer kan dan niet.

Wij zetten het voor u op een rij.

Zittend ziekenvervoer in de basisverzekering

De basisverzekering vergoedt zittend ziekenvervoer als minimaal 1 van de volgende 6 situaties voor u geldt:

1. u krijgt nierdialyse
2. u krijgt behandeling met chemotherapie, immuuntherapie of bestraling (radiotherapie) bij kanker
3. u kunt zich alleen in een rolstoel verplaatsen
4. u heeft een beperkt gezichtsvermogen en kunt zich niet zonder begeleiding verplaatsen
5. u bent jonger dan 18 jaar en u heeft intensieve kindzorg¹
6. u krijgt geriatrische revalidatiezorg

Is situatie 1 tot en met 6 niet op u van toepassing, maar heeft u door een ziekte of aandoening voor lange tijd ziekenvervoer nodig? Dan is soms vergoeding mogelijk op grond van de zogenoemde hardheidsclausule². Dit hangt af van hoe vaak u moet reizen en van de reisafstand. Denkt u dat dit voor u geldt of wilt u dat wij het voor u uitrekenen? Neem dan contact met ons op.

In die situaties vergoedt de basisverzekering het vervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg krijgt die de basisverzekering vergoedt (bij 1 en 2: voor de behandeling zelf en de afspraken die daarbij horen, zoals consulten, onderzoeken en controles)
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling 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 basisverzekering vergoedt ook het vervoer terug naar huis. Of, als u (nog) niet zelfstandig thuis kunt zijn, naar de plek waar u verzorgd kunt worden.

De reisafstand mag maximaal 200 kilometer zijn (enkele reis). Langere afstanden vergoedt de 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 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 basisverzekering is:

- auto: € 0,32 per kilometer
- openbaar vervoer: volledig, op basis van 2e klasse
- (rolstoel)taxi: volledig

¹ 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 Meer informatie leest u op: www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/h/hardheidsclausule-bij-vervoer-zvw

Logeren (basisverzekering)

Als u vaak heen en weer moet reizen voor zorg die u niet ook dichtbij¹ kunt krijgen, kan dat belastend zijn. Dan kunt u ons vragen om logeren (officieel: 'verblijf') te vergoeden in plaats van het vervoer heen en terug.

De basisverzekering² vergoedt logeren in plaats van vervoer als:

- de basisverzekering het vervoer zou vergoeden, en
- u 3 of meer dagen achter elkaar behandeld moet worden

De basisverzekering vergoedt maximaal € 75 per betaalde overnachting in de buurt van uw ziekenhuis. De basisverzekering vergoedt ook uw vervoer van uw huis naar uw logeerverblijf en terug. Of, als u (nog) niet zelfstandig thuis kunt zijn, naar de plek waar u verzorgd kunt worden.

De eigen bijdrage

Vergoedt de basisverzekering uw zittend ziekenvervoer? Dan betaalt u wel een eigen bijdrage van € 105 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 Extrafit en hoger vergoeden deze eigen bijdrage. OntzorgPlus soms ook.

Zittend ziekenvervoer in de aanvullende verzekering

Vergoedt de basisverzekering uw vervoer niet? De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden zittend ziekenvervoer binnen Nederland naar een medische behandeling en terug, als u:

- om medische redenen niet met het openbaar vervoer kunt reizen, en
- de basisverzekering de behandeling vergoedt

De aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt zittend ziekenvervoer soms ook.

De aanvullende verzekeringen Superfit en Zorgplan vergoeden ook het vervoer zonder medische noodzaak bij een ziekenhuisopname en bij uw ontslag uit een Nederlands ziekenhuis.

De vergoeding van de aanvullende verzekeringen is:

- auto: € 0,27 per kilometer
- taxivervoer: 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 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.

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.

¹ Bijvoorbeeld: protontherapie. Die is er alleen in Groningen, Delft en Maastricht

² Bij de aanvullende verzekeringen kunt u niet kiezen voor logeren

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde situaties, u betaalt een eigen bijdrage van € 105 Met openbaar vervoer, auto of taxi
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Vergoeding eigen bijdrage
Benefit	Vergoeding eigen bijdrage Vervoer in andere situaties Met auto of taxi
Optifit	Vergoeding eigen bijdrage Vervoer in andere situaties Met auto of taxi
Topfit	Vergoeding eigen bijdrage Vervoer in andere situaties Met auto of taxi
Superfit	Vergoeding eigen bijdrage Vervoer in andere situaties Vervoer bij ziekenhuisopname en ontslag Met auto of taxi
OntzorgPlus	Vergoeding eigen bijdrage Vervoer naar ziekenhuis vanaf binnen 1 jaar na het ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening Met auto of taxi
Zorgplan	Vervoer bij ziekenhuisopname en ontslag Met auto of taxi

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor zittend ziekenvervoer en logeren dat onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.

De eigen bijdrage

De wettelijke eigen bijdrage van € 105 per kalenderjaar voor vervoer. 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 deze eigen bijdrage niet:

- als u tussen 2 instellingen vervoerd moet worden tijdens een opname die de basisverzekering of de Wlz vergoedt
- als u in een Wlz-instelling opgenomen bent en voor specialistisch onderzoek of specialistische behandeling, die de 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

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Hoe dat werkt staat bij toestemming voor zittend ziekenvervoer¹. U kunt hierbij 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. Uw arts moet vooraf deel 1 van het aanvraagformulier zittend ziekenvervoer² invullen. Wij kunnen de ingevulde verklaring bij u opvragen. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30 (€ 0,15 per minuut).

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.

We gaan voor autovervoer uit van de optimale route

Het aantal kilometers berekenen wij met de routeplanner Routenet. Wij vergoeden alleen de kilometers waarbij u zelf passagier bent.

Declareer met het declaratieformulier zittend ziekenvervoer

Wilt u ziekenvervoerskosten declareren? Gebruik het declaratieformulier zittend ziekenvervoer². Op het formulier staat wat u moet meesturen.

OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding.

Reiskosten voor ziekenbezoek

Wordt u of uw kind opgenomen in het ziekenhuis?

Wat u vergoed krijgt

Als u bent opgenomen in het ziekenhuis wilt u uw gezin graag dichtbij hebben.

Wij vergoeden ziekenbezoek door uw gezinsleden maximaal 1 keer per dag. De vergoeding is € 0,27 per kilometer voor het aantal kilometers van uw woonadres naar het ziekenhuis, en terug. Of uw bezoek met de taxi, de auto of het openbaar vervoer komen, maakt voor de vergoeding niet uit.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden reiskosten als:

- u 8 of meer dagen achter elkaar bent opgenomen in een ziekenhuis
- dat ziekenhuis in Nederland ligt of maximaal 60 kilometer van de Nederlandse grens
- uw gezinslid ook een aanvullende verzekering bij ons heeft

De vergoeding gaat in op de 8e opnamedag. Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de reiskosten volledig.

OntzorgPlus vergoedt soms ook reiskosten voor ziekenbezoek.

Dit wordt niet vergoed

- reiskosten naar andere instellingen, bijvoorbeeld naar een verpleeghuis of ggz-instelling
- parkeerkosten en andere bijkomende kosten

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 150 (€ 0,27 per km), vanaf 8e opnamedag Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 250 (€ 0,27 per km), vanaf 8e opnamedag Max. per kalenderjaar
Topfit	100% (€ 0,27 per km), vanaf 8e opnamedag
Superfit	100% (€ 0,27 per km), vanaf 8e opnamedag, of de dagen daarvoor na een ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening
OntzorgPlus	100% (€ 0,27 per km), bij opname binnen 1 jaar na na het ernstige ongeval of vaststellen ernstige aandoening

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Met OntzorgPlus moet u toestemming vragen aan de ZorgConsulent

Voordat u reiskosten voor ziekenbezoek maakt, moet u toestemming hebben van onze ZorgConsulent. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

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 vragen om een opnameverklaring

Die kunt u bij het ziekenhuis krijgen. Er staat in wanneer en hoelang uw gezinslid was opgenomen.

Wij gaan uit van de optimale route

Het aantal kilometers berekenen wij met de routeplanner Routenet¹.

¹ Zie hiervoor: www.routenet.nl

Declareer met het declaratieformulier reiskosten ziekenbezoek

Wilt u reiskosten naar uw opgenomen gezinslid declareren? Gebruik het declaratieformulier reiskosten ziekenbezoek¹. De opnameverklaring, het vervoerbewijs, het overzicht van uw OV-chipkaart of de nota van de taxi stuurt u mee.

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.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Zorg in het buitenland en reizen

Vergoedingen

Buitenland: spoedeisende zorg
Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Buitenland: spoedeisende zorg

Als u onverwachts zorg nodig heeft in het buitenland.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of een plotselinge ziekte? De vergoeding die u nu leest geldt voor spoedeisende zorg in het buitenland. Dus zorg die u meteen moet krijgen, die bij uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was en die niet kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Voor zorg waarvan u al wist dat u die moet krijgen, en zorg die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg.

Voor de vergoeding van spoedeisende zorg maakt het verschil of de basisverzekering de zorg vergoedt, of de aanvullende verzekering. En ook in welk land u de zorg krijgt en welke aanvullende verzekering(en) u heeft. We zetten het voor u op een rij.

De basisverzekering vergoedt de zorg

Staat bij de vergoedingen dat de basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u die zorg met spoed in het buitenland krijgt. Er gelden 2 belangrijke beperkingen:

- wij vergoeden 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
- niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding

De **aanvullende verzekeringen** 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. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland. U moet dan wel vooraf contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Superfit en Wereldfit vergoeden niet het eigen risico dat u moet betalen.

Of: u kiest voor vergoeding volgens plaatselijke regels

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland¹ en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de plaatselijke regels. Hoe dat werkt, staat in grens aan zorg in het buitenland².

De aanvullende verzekering vergoedt de zorg

Heeft u een aanvullende verzekering? De vergoedingen van de aanvullende verzekering of Tandfit verzekering gelden ook voor zorg die u 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. De Tandfit verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/zorg-in-het-buitenland/verdragslanden-voor-zorg

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Zorg volgens vergoedingen Startfit Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Extrafit	Zorg volgens vergoedingen Extrafit Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Benfit	Zorg volgens vergoedingen Benfit Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Optifit	Zorg volgens vergoedingen Optifit Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Topfit	Zorg volgens vergoedingen Topfit 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
Wereldfit	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
Tandfit A	Zorg volgens vergoedingen Tandfit A Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit B	Zorg volgens vergoedingen Tandfit B Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit C	Zorg volgens vergoedingen Tandfit C Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit D	Zorg volgens vergoedingen Tandfit D Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit Preventief	Zorg volgens vergoedingen Tandfit Preventief Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten

Wat u zelf betaalt

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.

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.

Dit moet u zelf doen

Neem contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan raden wij u aan om contact op te nemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Bij Superfit en Wereldfit móet u dit doen.

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 nota's duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor nota's 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.

Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

Wat u vergoed krijgt

Wilt u voor een behandeling naar het buitenland? De vergoeding die u nu leest geldt voor niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland. Dus zorg die u niet meteen hoeft te krijgen, maar die gepland kan worden. Voor zorg die u wel meteen nodig heeft, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Voor de vergoeding van niet-spoedeisende zorg maakt het verschil of de basisverzekering de vergoedt, of de aanvullende verzekering. En ook in welk land u de zorg krijgt en welke aanvullende verzekering(en) u heeft. We zetten het voor u op een rij.

Vergoedt de basisverzekering de zorg?

Staat bij de vergoedingen dat de basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg naar het buitenland gaat. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

- de 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
- niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
- voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland. Heeft u bijvoorbeeld een verwijzing nodig, of toestemming vooraf? Dan geldt dat ook in het buitenland

Neemt u daarom vooraf contact op met de ZorgConsulent. Die kan u hier alles over vertellen.

Heeft u zorg nodig die u in Nederland niet kunt krijgen? Of waar u gezien uw medische situatie te lang op moet wachten? Dan helpen wij u om passende zorg in het buitenland te krijgen. In dat geval neemt u ook contact op met de ZorgConsulent. Neemt u vooraf geen contact met ons op, en hadden wij de zorg voor u kunnen regelen? Dan moet u, als de zorg in het buitenland duurder was, het verschil zelf betalen.

De **aanvullende verzekeringen** Wereldfit en Superfit vullen voor ziekenhuiszorg in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland. U moet dan wel vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent. Superfit vult voor andere zorg die onder de basisverzekering valt en die u krijgt in een EU-, EER- of een verdragsland de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Dit geldt dus ook als u ziekenhuiszorg krijgt in een ander land dan België of Duitsland.

Of: kiest u voor vergoeding volgens de plaatselijke regels?

Woont u in een EU- of EER-land¹ of in Zwitserland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is soms vergoeding volgens de plaatselijke regels mogelijk. U moet daarvoor wel een S2-formulier² meenemen naar de zorgverlener. Dat formulier vraagt u bij ons aan. Doet u dat op tijd, voordat de behandeling begint. Wij hebben 5 werkdagen nodig om uw aanvraag te beoordelen.

Vergoedt de aanvullende verzekering de zorg?

Wilt u voor zorg die onder uw aanvullende verzekering valt naar het buitenland? De vergoedingen van de aanvullende verzekeringen en Tandfit verzekeringen gelden ook voor zorg die u in het buitenland krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en maximale vergoedingen als in Nederland. De aanvullende verzekeringen en Tandfit verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. En Superfit in EU-, EER- en verdragslanden tot 2 keer dat bedrag. Als de zorg in het buitenland duurder is, betaalt u het verschil zelf.

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 vergoeding als u wilt weten bij welke zorgverleners u terecht kunt, en welke andere voorwaarden gelden. Of neem contact op met ons Service Center.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/zorg-in-het-buitenland/verdragslanden-voor-zorg

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-niet-spoedeisende-zorg-buitenland

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Zorg volgens vergoedingen Startfit Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Extrafit	Zorg volgens vergoedingen Extrafit Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Zorg volgens vergoedingen Benfit Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Zorg volgens vergoedingen Optifit Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Zorg volgens vergoedingen Topfit 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%, na begeleiding ZorgConsulent, 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
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland, na begeleiding ZorgConsulent Alleen voor zorg in ziekenhuis
Tandfit A	Zorg volgens vergoedingen Tandfit A Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit B	Zorg volgens vergoedingen Tandfit B Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit C	Zorg volgens vergoedingen Tandfit C Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit D	Zorg volgens vergoedingen Tandfit D Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit Preventief	Zorg volgens vergoedingen Tandfit Preventief Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt.

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.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf contact met ons opnemen

- als u zorg nodig heeft die u in Nederland niet of niet snel genoeg kunt krijgen: met de ZorgConsulent
- als u een S2-formulier wilt aanvragen: met de ZorgConsulent
- als u voor medisch-specialistische zorg naar een ziekenhuis in België of Duitsland wilt en Wereldfit of Superfit heeft: met de ZorgConsulent
- om toestemming¹ te vragen, als u die ook voor zorg in Nederland zou moeten 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. Dat nota's duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor nota's 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.

Werken of wonen in het buitenland moet u melden

Gaat u in het buitenland werken of wonen, tijdelijk of vast? Dat kan gevolgen hebben voor uw basisverzekering. Daarom moet u dit aan ons melden. Wij laten u weten of u uw verzekering kunt houden.

Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Als u tijdens uw reis geen infectieziekten wilt oplopen.

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

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger vergoeden consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen (zoals malariatabletten) voor deze 11 infectieziekten. Startfit, Extrafit, Benfit en Optifit vergoeden tot een maximumbedrag per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen volledig. Dat kunnen ook vaccinaties tegen andere 'buitenlandse' infectieziekten zijn die het LCR¹ (Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering) aanraadt.

Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- GGD
- thuisvaccinatie.nl²
- meditel.nl
- vaccinatiecentrum

Dit wordt niet vergoed

- het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- andere middelen die aangeraden worden bij een reis naar het buitenland, zoals DEET en ORS (middel tegen uitdroging bij diarree of braken)

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 75 voor 11 ziekerisico's Max. per kalenderjaar
Extrafit	€ 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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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.

¹ Meer informatie leest u op: www.lcr.nl

² Zie hiervoor: www.thuisvaccinatie.nl/zorgverzekeraars/onvz

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 vaccinaties en preventieve geneesmiddelen die door het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering worden geadviseerd voor het land waar u naar toe reist.

Compensatie en verhaal

Verhaalbijstand bij letselschade
Vergoeding in bijzondere gevallen

Verhaalsbijstand bij letselschade

Heeft u persoonlijke kosten door een ongeval?

Wat u vergoed krijgt

Ook na een ongeval gelden de 'gewone' vergoedingen van de 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-service¹ 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 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)
Extrafit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)
Benfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)
Optifit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)
Topfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)
Superfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)
OntzorgPlus	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze dienst valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Geen eigen bijdrage

Voor deze dienst betaalt u geen eigen bijdrage.

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 verhaalszaken¹ 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 welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Vergoeding in bijzondere gevallen

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden de zorg die in de vergoedingen staat.

In bijzondere gevallen vergoedt de 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Na onze toestemming In onze beslissing staat wat u vergoed krijgt
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor deze zorg kan het eigen risico gelden.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

De eigen bijdrage

Voor deze zorg kan een eigen bijdrage gelden.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wacht eerst onze beslissing af

Wij geven in principe geen toestemming als u de zorg al (voor een deel) heeft gekregen.

Wereldfit

Vergoedingen

Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland

Wereldfit: repatriëring

Wereldfit: eerder terugkeren

Wereldfit: vergoeding bij overlijden

Wereldfit: vervangende chauffeur

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland

Als u naar het ziekenhuis gaat in België of Duitsland.

Wat u vergoed krijgt

Voor medisch-specialistische zorg krijgt u van de huisarts een verwijzing naar de medisch specialist. 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 voor zorg door de medisch specialist in een ziekenhuis in België of Duitsland de vergoeding van de **basisverzekering** aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Wereldfit en Superfit vergoeden ook ziekenvervoer¹ vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis in België of Duitsland, met taxi of auto (maximaal € 0,27 per kilometer).

Waar kunt u terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. U vindt de voorwaarden via de vergoeding Medisch specialist.

Dit wordt niet vergoed

- Chefarzt (Duitsland) en ereloon(supplementen) (België) en kosten die daarmee te maken hebben
- alternatieve zorg
- 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief uit vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	100% medisch specialist in België en Duitsland, na begeleiding ZorgConsulent Alleen voor zorg in ziekenhuis
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland, na begeleiding ZorgConsulent Alleen voor zorg in ziekenhuis

¹ Vervoer voor medisch onderzoek of behandeling, als u medisch gezien niet met openbaar vervoer kan

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u naar België of Duitsland gaat.

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u naar België of Duitsland gaat.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent

Onze ZorgConsulent begeleidt u bij het kiezen van een ziekenhuis in België of Duitsland.

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.

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.

Wereldfit: repatriëring

Als u na ongeval of ziekte ergens anders heen gebracht moet worden.

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 u voor bijvoorbeeld (vervolg)behandeling of voor verder herstel ergens anders heen gebracht moet worden. 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

Kunt u naar huis terug, maar kan dat door de ziekte of het letsel niet met het geplande vervoermiddel? 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel Overkomst bezoeker <ul style="list-style-type: none">• Repatriëring bij medische noodzaak, naar door alarmcentrale Zorgassistance bepaald land• 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 <ul style="list-style-type: none">• Repatriëring bij medische noodzaak, naar door alarmcentrale Zorgassistance bepaald land• Verblijf, als repatriëring nog niet kan• Vervoer en verblijf voor 1 persoon die naar u toe komt• Extra kosten ander vervoer(middel)

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze diensten vallen onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze diensten betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Behalve als dat niet mogelijk is. 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

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 5 situaties.

1. u kunt de geplande bestemming niet bereiken doordat u of een reisgenoot¹ ziek wordt of een ongeval krijgt
2. een reisgenoot wordt ernstig ziek of raakt ernstig gewond door een ongeval
3. een reisgenoot zonder Superfit of Wereldfit overlijdt
4. een familielid² of huisgenoot blijkt ernstig ziek, heeft een ernstig ongeval gehad of is overleden
5. 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Extra kosten vervoer en (in buitenland) verblijf als u onverwacht terug naar huis moet Bij ziekte of overlijden reisgenoten of familie thuis, bij schade aan woning of bedrijf <ul style="list-style-type: none">• in woonland alleen vervoer (max. € 500)
Wereldfit	Extra kosten vervoer en (in buitenland) verblijf, als u onverwacht terug naar huis moet Bij ziekte of overlijden reisgenoten of familie thuis, bij schade aan woning of bedrijf <ul style="list-style-type: none">• in woonland alleen vervoer (max. € 500)

¹ 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 Familieleden in de 1e of 2e graad

• 1e graad: uw partner, ouders, adoptieouders, pleegouders, stiefouders, schoonouders, kinderen, adoptiekinderen, pleegkinderen, stiefkinderen, schoonzonen en schoondochters. Onder kinderen, adoptie-, pleeg- of stiefkinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind, adoptie-, pleeg- of stiefkind 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, stiefzussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en stiefzussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze diensten vallen onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze diensten betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Behalve als dat niet mogelijk is. 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Wereldfit: vergoeding bij overlijden

Ondersteuning bij een ingrijpende gebeurtenis.

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

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 reisgenoot²? 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.

¹ Familieleden in de 1e of 2e graad

- 1e graad: uw partner, ouders, adoptieouders, pleegouders, stiefouders, schoonouders, kinderen, adoptiekinderen, pleegkinderen, stiefkinderen, schoonzonen en schoondochters. Onder kinderen, adoptie-, pleeg- of stiefkinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind, adoptie-, pleeg- of stiefkind 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, stiefzussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en stiefzussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

² 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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	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 <ul style="list-style-type: none">• Repatriëring stoffelijk overschot, of uitvaart in land van overlijden tot € 7.500• 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 <ul style="list-style-type: none">• Repatriëring stoffelijk overschot, of uitvaart in land van overlijden tot € 7.500• 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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze diensten vallen onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze diensten betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Behalve als dat niet mogelijk is. 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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: vervangende chauffeur

Als de bestuurder niet terug kan rijden.

Wat u vergoed krijgt

Bent u op reis met de auto, een camper of de 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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	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 zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze dienst valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze dienst betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Behalve als dat niet mogelijk is. 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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

OntzorgPlus: aanpassing in woning of vervoer

OntzorgPlus: aanpassing in woning of vervoer

Een oplossing voor problemen in huis of autorijden bij blijvende invaliditeit.

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

Dat is alleen zo als:

- u een ernstig ongeval krijgt vóór uw 70e verjaardag
- u na dat ongeval in een revalidatiecentrum² bent opgenomen
- die opname nodig is omdat u blijvend en bij al uw bezigheden een rolstoel nodig heeft
- 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. Eén 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
3. a. 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
 - b. 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 stuurbekeuring 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

¹ Wat wij hiermee bedoelen, staat in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

² Een instelling voor medisch-specialistische zorg dat gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie of een revalidatie-afdeling in een ziekenhuis

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	1x voor hele looptijd verzekering € 100.000 voor aanpassing woning € 40.000 voor aanpassing vervoermiddel Max.
OntzorgPlus	1x voor hele looptijd verzekering € 100.000 voor aanpassing woning € 40.000 voor aanpassing vervoermiddel Max.

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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.

Wereldfit
Uitgebreide voorwaarden 2020

Wereldfit

Uitgebreide voorwaarden 2020

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. Behalve als dit niet mogelijk is. Doet u dit niet, dan kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Dit geldt niet voor de vergoeding Voorziene zorg.

U kunt ook contact opnemen met de alarmcentrale als u tijdens een reis in het buitenland medisch advies wilt.

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, adoptieouders, pleegouders, stiefouders, schoonouders, kinderen, adoptiekinderen, pleegkinderen, stiefkinderen, schoonzonen en schoondochters. Onder kinderen, adoptie-, pleeg- of stiefkinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind, adoptie-, pleeg- of stiefkind 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, stiefzussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en stiefzussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

Marktconform bedrag

Met marktconform bedrag bedoelen wij het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling 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.

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. In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen buiten uw woonplaats, bij minimaal 1 betaalde overnachting.

U bent maximaal 180 dagen achter elkaar verzekerd.

4. Eisen voor 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. Bij acute ziekte of ongeval van verzekerde vergoeden wij, als u contact heeft opgenomen 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 het bedrag dat 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 buitenland 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
 - bij de behandeling horende hulpmiddelen en verbandmiddelen
 - ziekenvervoer naar en van de zorgverlener

Wij vergoeden niet het 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 niet:

- 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 vlieguren 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 (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 (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 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 om medische redenen 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 (totaal) maximaal 15 dagen vervoer en verblijf.

3. Eerder terugkeren

Regeling bij terugkeer uit buitenland

In de volgende 5 gevallen vergoeden wij 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
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 vervoer in het 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 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 kosten worden vergoed door uw basisverzekering of aanvullende verzekering bij ons

Vergoeding bij overlijden

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoeden wij:

- de kosten van 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 (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 verzekerde 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

1. Ziekenhuiszorg in België en Duitsland

Wij vergoeden de kosten van medisch-specialistische zorg volgens de vergoeding Medisch specialist van de basisverzekering, die is verleend in een ziekenhuis in België of Duitsland. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot 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:

- inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon (supplementen) (België) of kosten die daarmee te maken hebben
- alternatieve zorg
- het eigen risico dat u moet betalen

U moet voor de behandeling begint contact opnemen met onze ZorgConsulent. Die begeleidt u bij uw keuze voor een zorgverlener.

De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

2. Ziekenvervoer

Vergoeden wij een behandeling volgens 1? Dan vergoeden wij daarbij ook het ziekenvervoer vanaf uw woonadres naar het ziekenhuis in België of Duitsland in Nederland en terug, maar alleen als u zelf passagier bent.

OntzorgPlus

Uitgebreide voorwaarden 2020

Algemene regels

De algemene regels zijn de regels die gelden voor alle verzekeringen van ONVZ. Er staat bijvoorbeeld in wanneer uw verzekering ingaat en dat u premie moet betalen.

Vrije Keuze Basisverzekering	Nadere algemene regels OntzorgPlus	Vrije Keuze Startfit, Extrafit, Benfit, Optifit, Topfit, Superfit	Tandverzekeringen Tandfit A, B, C, D en Tandfit Preventief
	<p>Wat in de Nadere algemene regels OntzorgPlus staat, geldt alleen voor OntzorgPlus. Er staat bijvoorbeeld in wat wij onder ernstige aandoening verstaan, en onder ernstig ongeval. Deze nadere algemene regels gelden dus naast de algemene regels.</p>		
	Vergoedingen OntzorgPlus		
	Aanvullende zorgdiensten		
	<ul style="list-style-type: none">• Hulp van de ZorgConsulent een zorgverlener vinden, of zorg regelen• Aanvullend consult of gesprek over uw medische situatie, of voor verwerking• Verhaalsbijstand bij letselschade als iemand anders aansprakelijk is		
	Naar het ziekenhuis		
	<ul style="list-style-type: none">• Ziekenvervoer halen en brengen naar behandeling of controle• Reiskosten ziekenbezoek als u ver van huis bent opgenomen• Logeerhuis tijdelijk in de buurt van het ziekenhuis logeren		
	Tijdelijk extra zorg thuis		
	<ul style="list-style-type: none">• Huishoudelijke hulp tijdens of na ziekenhuisopname• Oppas voor de kinderen tijdens uw ziekenhuisopname• Vervangende mantelzorg als u zelf geen mantelzorg kunt geven		
	Aanvullende zorg bij kanker		
	<ul style="list-style-type: none">• Bij borstkanker aanvullende diagnostiek• Beweegprogramma bij en na kanker om zo fit mogelijk te blijven• Voorwaardelijk toegelaten zorg meedoen aan onderzoek naar nieuwe behandelingen		
	Blijvende invaliditeit na ongeval		
	<ul style="list-style-type: none">• Aanpassing in huis of vervoer tegemoetkoming bij verbouwing of aanpassing		
	Tandheelkundige zorg na een ongeval		
	<ul style="list-style-type: none">• Bij verlies van voortanden		

In het schema hiervoor staan de vergoedingen op een rij. 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. Dat kan op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur. Heeft u buiten deze tijden een noodsituatie waarbij direct hulp nodig is? Dan kunt u contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance buiten deze tijden.

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 telefoonnummer 030 639 62 32. Buiten werktijden komt u dan automatisch bij onze alarmcentrale Zorgassistance uit.

Onze alarmcentrale Zorgassistance is bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67.

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
- *dwaarslaesie* 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 hebt met zien of praten

Of 1 van de volgende aandoeningen als de arts die vóór uw 70e verjaardag bij u vaststelt:

- *herseninfectie 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: orgaanuitval door een verkeerde reactie van uw afweersysteem op een infectie
- *kanker*: leukemie of een kwaadaardige tumor in stadium I of hoger, waarvoor volgens uw arts behandeling met chemo-, radio- of immuuntherapie 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?

U kunt OntzorgPlus alleen afsluiten als u ook een 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 kracht¹? 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.

¹ 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

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 basisverzekering vergoedt. Heeft u geen Vrije Keuze Basisverzekering bij ons? Dan vragen wij zulke nota's 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 voorziene opnames¹, ook als die samenhangen 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

¹ 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:

1. 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
2. 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.

1. *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. Hij kan uw vragen beantwoorden, meer uitleg geven en u helpen bij het formuleren van vragen voor uw eigen medisch specialist. OntzorgPlus vergoedt dit consult.
2. *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-service¹ 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.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

OntzorgPlus vergoedt ziekenvervoer als:

- u door een ernstig ongeval of ernstige aandoening naar een behandeling, controle of voorziene opname¹ in het ziekenhuis moet
- de basisverzekering de behandeling of controle vergoedt
- die behandeling of controle binnen 1 jaar na het ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening plaatsvindt
- het ziekenhuis in Nederland ligt, meer dan 50 km van uw woonadres vandaan, en
- u door een medische reden niet zelf naar het ziekenhuis kunt 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 routeplanner routenet. 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:

- u door een ernstig ongeval of een ernstige aandoening in het ziekenhuis bent opgenomen
- die opname, voorzien of onvoorzien, binnen 1 jaar na het ernstige ongeval of na het vaststellen van de ernstige aandoening plaatsvindt
- het ziekenhuis in Nederland ligt en meer dan 50 km van uw woonadres vandaan, en
- uw gezinsleden zelf ook OntzorgPlus hebben

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 routeplanner routenet. 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:

- u door een ernstig ongeval of ernstige aandoening in een gespecialiseerd² ziekenhuis in Nederland bent opgenomen
- die opname, voorzien of onvoorzien, binnen 1 jaar na het ernstige ongeval of na het vaststellen van de ernstige aandoening plaatsvindt
- uw gezinsleden zelf ook OntzorgPlus hebben, en
- 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.

¹ Een opname die niet meteen dezelfde dag nodig is, maar gepland kan worden

² Bijvoorbeeld een academisch ziekenhuis, brandwondencentrum of kankercentrum

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:

- u door een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening met spoed in het ziekenhuis wordt opgenomen
- de gemeente huishoudelijke hulp niet op tijd kan regelen
- u zelf het huishouden niet kunt doen
- het noodzakelijk is dat het huishouden wel gedaan wordt, en
- u alleen een huishouden voert en er in uw sociale omgeving niemand is om in huis acute zaken te regelen. Of als u een gezin heeft, maar het huishouden redelijkerwijs niet van de andere gezinsleden kan 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 van uw 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:

- u door een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening met spoed in het ziekenhuis wordt opgenomen
- minstens 1 van uw kinderen jonger is dan 12 jaar en de kinderen zelf ook OntzorgPlus hebben, en
- in uw familie of sociale netwerk niemand uw kind(eren) kan opvangen

De ZorgConsulent regelt de oppas.

OntzorgPlus vergoedt deze direct na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening voor maximaal 1 week vanaf uw 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:

- u al 3 maanden of langer, minimaal 8 uur per week zorgt voor een zieke of gehandicapte partner, familielid of vriend(in)
- u door een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening met spoed in een ziekenhuis wordt opgenomen
- u daardoor de mantelzorg tijdelijk niet kunt geven, en
- de gemeente niet direct vervangende mantelzorg kan 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 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

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.

OntzorgPlus vergoedt de testen MammaPrint of Oncotype DX bij borstkanker als er twijfel is of chemotherapie toegevoegde waarde heeft en uw medisch specialist oordeelt dat zo'n test nodig is.

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.

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.

Voorwaardelijk toegelaten zorg bij kanker

De basisverzekering vergoedt sommige (nieuwe) behandelingen tijdelijk en alleen als u meedoet aan wetenschappelijk onderzoek. Dat onderzoek moet de effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling aantonen.

Niet iedereen kan meedoen aan dat onderzoek. Soms verwacht men dat de behandeling bij meer patiënten zal kunnen werken, maar onderzoekt men eerst een kleinere groep. Er geldt dan bijvoorbeeld een leeftijdsgrens. Ook kan het maximaal aantal deelnemers aan het onderzoek bereikt zijn, waardoor u niet meer kunt meedoen.

OntzorgPlus vergoedt de kosten van voorwaardelijk toegelaten behandeling van kanker als:

- u voldoet aan de medische indicatie voor de voorwaardelijk toegelaten behandeling
- maar niet voldoet aan 1 of meer criteria om mee te (mogen) doen aan het wetenschappelijk onderzoek of als het onderzoek geen deelnemers meer aanneemt
- uw (behandelend) medisch specialist verwacht dat de voorwaardelijk toegelaten behandeling voor u effectief zou kunnen zijn en u daarvoor verwijst, en
- het ziekenhuis waar de voorwaardelijk toegelaten behandeling wordt uitgevoerd of een ziekenhuis met vergelijkbare expertise de behandeling aan u kan bieden

Op 1 januari 2020 geldt dit voor behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten bij gemetastaseerd melanoom. In de loop van 2020 kunnen hier voorwaardelijk toegelaten behandelingen bijkomen.

In het document voorwaardelijke toelating tot het basispakket¹ staat meer informatie over de voorwaardelijk toegelaten behandelingen bij kanker en de medische indicatie waaraan u moet voldoen. In dat document staat ook aangegeven of u voor OntzorgPlus gebruik kunt maken van een voorwaardelijk toegelaten behandeling. Dit kan in de loop van het kalenderjaar wijzigen. Kijkt u voor de meest actuele versie van het document altijd op onze website. Of bel met ons Service Center.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

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 vergoedt in sommige situaties, maar maximaal 1 keer tijdens de looptijd van de verzekering:

- aanpassing van 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
- u na dat ongeval in een revalidatiecentrum¹ bent opgenomen
- die opname nodig is omdat u blijvend en bij al uw bezigheden een rolstoel nodig heeft
- 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
3. a. 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
 - b. 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 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

¹ Een instelling voor medisch-specialistische zorg dat gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie of een revalidatie-afdeling in een ziekenhuis

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:

- u door een ongeval minimaal 2 voortanden¹, helemaal of voor een groot deel kwijt bent waardoor uw gezicht ernstig is aangedaan
- een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist de behandeling uitvoert, en
- de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt. Als er een medische reden is waarom de behandeling niet binnen een jaar na het ongeval kan starten, kan de ZorgConsulent toestemming geven voor behandeling na 1 jaar

OntzorgPlus vergoedt alleen behandelingen die nodig zijn om de schade aan uw gebit te herstellen, die door het ongeval is ontstaan. Wilt u daarnaast nog andere behandelingen aan uw gebit laten uitvoeren? Bijvoorbeeld omdat een tand toch al vervangen moest worden? 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 de ZorgConsulent vooraf toestemming moet geven. Daarvoor heeft de ZorgConsulent een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig, met het behandelplan, röntgenfoto's en een begroting.

¹ Dit zijn de 4 snijtanden boven en onder

Basisregels

Hulpmiddelen basisverzekering 2020

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

Daarbij staat het belangrijkste in vette letters. Zo vindt u snel wat u zoekt.

Ik heb een hulpmiddel nodig

1. Heeft u een hulpmiddel nodig? Dan bepalen wij of wij dat hulpmiddel vergoeden aan de hand van:
 - de algemene regels¹
 - de basisregels hulpmiddelen die u nu leest
 - de vergoeding Hulpmiddelen²
 - de vergoeding van het hulpmiddel waar het om gaatDeze 4 soorten regels zijn dus altijd van toepassing.
2. **Een hulpmiddel moet geschikt zijn voor het doel waarvoor u het gaat gebruiken:** het moet adequaat zijn. Dit is een aanvulling op algemene regel 24¹. Daarin staat, in het kort, dat wij zorg vergoeden waarop u in redelijkheid bent aangewezen en die als effectief en veilig wordt beschouwd.

Is uw hulpmiddel niet meer adequaat? Dan kunt u bij ons herstel, aanpassing of vervanging vragen. Dat werkt hetzelfde als toestemming vragen. In basisregel 3 staat daarover meer.

U heeft recht op een standaard hulpmiddel (confectie), als dit voor u adequaat 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.

3. **Vaak moet u ons vooraf toestemming³ vragen** voor een hulpmiddel. In de vergoeding van het hulpmiddel staat of dit ook voor uw hulpmiddel geldt.

Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen 2020? Dan hoeft u niets te doen. Staat uw leverancier niet in ons overzicht? Dan moet u ons toestemming vragen.

U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier³ 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 contactformulier³ 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. 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 onder 'Details per hulpmiddel' genoemd. **Heeft u een ander hulpmiddel nodig, dat daar niet genoemd is, 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

1. **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.
2. **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 leest u of u uw hulpmiddel zelf koopt of in bruikleen krijgt.
3. **Krijgt u een hulpmiddel in bruikleen? Dan betalen wij de kosten van aanschaf** (door de leverancier of door ons), **onderhoud en reparatie. 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 ze na gebruik weg. Batterijen zijn geen verbruiksartikelen.

Een bruikleenhulpmiddel wordt door de leverancier bij u thuis bezorgd.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/algemene-regels

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/vergoedingen-a-z/hulpmiddelen

³ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

4. **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.
5. **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 25 leest u meer over de marktconforme prijs. **Als u een bruikleenartikel zelf koopt, krijgt u het in eigendom. U betaalt dan eigen risico.**
6. 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.
7. **Heeft u een bruikleenhulpmiddel niet meer nodig? Dan moet u het teruggeven aan de leverancier.**

Ik gebruik een hulpmiddel

8. **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 vergoedingen van hulpmiddelen.
9. **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.

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.

10. **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 2020

Inhoudsopgave

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Pruik	247
Prothesen	248
Borstprothesen	251
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	252
CPAP-apparaat	254
MRA	255
Zuurstofapparatuur	257
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	258
Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen	262
Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)	264
Orthesen	266
Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie	268
Hulpmiddelen bij problemen met zien	269
Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	272
Hulpmiddelen bij problemen met horen	274
Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers	277
Verbandmiddelen	279
Verbandschoenen	281
Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting	282
Incontinentiemateriaal	285
Hulpmiddelen voor anticonceptie	286
Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed	288
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen	290
Hulpmiddelen bij vaatproblemen	291
Steunkousen	293
Hulpmiddelen bij diabetes	294
Infuspomp voor geneesmiddelen	297
Kappen voor schedelbescherming	298
Hulpmiddelen voor voeding	299
Hulpmiddelen bij problemen met spreken	301
Persoonsalarmering	302
Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)	304
Hulpmiddelen bij trombose	305
Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse	306
Daisyspelers	307
Hulphonden	309

Pruik

Als u door een medische aandoening of behandeling (tijdelijk) geen haar heeft.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	€ 443 Max. per pruik
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	€ 100 Max. per kalenderjaar, voor het bedrag dat u zelf moet betalen
Optifit	€ 150 Max. per kalenderjaar, voor het bedrag dat u zelf moet betalen
Topfit	€ 250 Max. per kalenderjaar, voor het bedrag dat u zelf moet betalen
Superfit	100%

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor de pruik. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Een pruik is een hulpmiddel dat uw haar vervangt. Een pruik kan gemaakt worden van echt of synthetisch haar.

De basisverzekering vergoedt een pruik als u helemaal of voor een deel kaal wordt door een medische behandeling of een aandoening.

De minimale gebruikstermijn van een pruik is 1 jaar.

Dit wordt niet vergoed

- pruiken bij natuurlijke klassieke mannelijke kaalheid
- gebruikelijke hoofdbedekking, zoals hoeden, petten, bandana's en mutsen
- verzorging en onderhoud van de pruik

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van pruiken

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt de pruik in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

Als de pruik meer kost dan € 443, betaalt u het bedrag daarboven zelf.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de pruik van de behandelend arts of oncologieverpleegkundige.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de pruik in artikel 2.6, onderdeel a en in artikel 2.8 als uitwendig hulpmiddel voor volledige ondersteuning of vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan. Hieronder vallen ook de borstprothese en prothesen.

Prothesen

Als u een hulpmiddel nodig heeft dat een deel van uw lichaam vervangt of bedekt.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor prothesen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 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. Heeft de prothese batterijen of een oplader nodig? Dan vergoeden wij die batterijen of oplader.

De basisverzekering vergoedt ook prothesen voor het vervangen, of bedekken van:

- oogbol, inclusief scleraschalen³ en -lenzen zonder visuscorrectie
- gezicht, inclusief neus en oren

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijvingen vallen.

Andere vergoedingen

Stemprothesen die in het ziekenhuis geplaatst worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

³ Een scleraschaal is een prothese die de oogbol voor een deel bedekt. Een scleralens lijkt op een contactlens, met een gekleurde iris.

Scleralenzen met visuscorrectie vallen onder de vergoeding Hulpmiddelen bij problemen met zien.

Gebitsprothesen vallen onder de vergoeding Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar of Tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van prothesen

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 ons vooraf toestemming vragen

Dit hangt af van het hulpmiddel en van de leverancier die u kiest. Er zijn 3 mogelijkheden.

1. Staat bij 'Details per hulpmiddel' dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.
2. Is wel toestemming nodig? Kijk dan of uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹ staat. Staat uw leverancier erbij? Ook dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
3. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier 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
- 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
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen. Behalve 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

Bekrachtigde arm- en beenprothesen

Elektrisch bekrachtigde prothese die de werking van uw arm, hand of been overneemt.

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
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

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.

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
- 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
- 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

Hulpmiddelen die ervoor zorgen 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 uw 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 voor scleralenzen zonder visuscorrectie 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

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft prothesen in artikel 2.6, onderdeel a en in artikel 2.8 als uitwendige hulpmiddelen voor volledige ondersteuning of vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan. Hieronder vallen ook de pruik en de borstprothese.

Borstprothesen

Als u door een ziekte, aandoening of behandeling geen borst (meer) heeft.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor borstprothesen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Een borstprothese is een namaakborst die uw eigen borst helemaal of voor een deel vervangt.

De 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.

Dit wordt niet vergoed

- bh's, plakpleisters en hechtstrips bij een borstprothese

Andere vergoedingen

Borstimplantaten die door de chirurg worden geplaatst, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers¹ van borstprothesen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt de borstprothese in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor de borstprothese.

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, maar is dat jaar nog niet om? Dan moet u vooraf toestemming² van ons hebben.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de borstprothese in artikel 2.6, onderdeel a en in artikel 2.8 als uitwendig hulpmiddel voor volledige ondersteuning of vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan. Hieronder vallen ook de pruik en prothesen.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Hulpmiddelen bij problemen met ademen

Als u hulp nodig heeft om goed te ademen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met ademen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Er zijn verschillende hulpmiddelen die kunnen helpen als u niet goed kunt ademen. Bijvoorbeeld voorzetkamers voor medicijnen die u moet inademen, of apparatuur die slijm wegzuigt zodat uw luchtwegen vrij blijven. De 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 basisverzekering vergoedt ook 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.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor chronische ondersteuning van de ademhaling

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met ademen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- zuurstofapparatuur
- CPAP-apparaat
- MRA

Apparatuur voor mechanische beademing (als u niet zelfstandig kunt ademen) valt onder de vergoeding Mechanische beademing.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen voor problemen met ademen

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 ons vooraf toestemming vragen

Dit hangt af van het hulpmiddel en van de leverancier die u kiest. Er zijn 3 mogelijkheden.

1. Staat bij 'Details per hulpmiddel' dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.
2. Is wel toestemming nodig? Kijk dan of uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹ staat. Staat uw leverancier erbij? Ook dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
3. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Details per hulpmiddel

Vorzetkamers en wat daarbij hoort

Hulpmiddel om medicijnen 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 medicijn 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.

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

Slaaappositietrainer

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.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

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

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met ademen in artikel 2.6, onderdeel b en in artikel 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook CPAP-apparaten, MRA en zuurstofapparatuur.

CPAP-apparaat

Als u hulp nodig heeft met ademen tijdens uw slaap.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor CPAP-apparaten. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 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.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor chronische ondersteuning van de ademhaling
- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen
- CPAP-apparaat als u een MRA gebruikt

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

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van CPAP-apparaten

¹ Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt het CPAP-apparaat in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor een CPAP-apparaat.

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.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de CPAP-apparaten in artikel 2.6, onderdeel b en in artikel 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met ademen, MRA en zuurstofapparatuur.

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 waar wij afspraken mee hebben gemaakt? Dan regelt de leverancier dit voor u. Hebben wij geen afspraken met uw leverancier? Dan moet u dit zelf met de leverancier regelen.

MRA

Als u problemen heeft met ademen tijdens uw slaap.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor de MRA. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

MRA staat voor Mandibulair Repositie Apparaat. Een MRA wordt gebruikt om slaapapneu te behandelen. Als u slaapapneu³ 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.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

³ Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)

De basisverzekering vergoedt de 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.

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-apparaat

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van een MRA of een NVTS-erkende tandarts, kaakchirurg of orthodontist

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt de MRA in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor de MRA.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de MRA van de longarts of KNO-arts.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de MRA in artikel 2.6, onderdeel b en in artikel 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met ademen, CPAP-apparatuur en zuurstofapparatuur.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Zuurstofapparatuur

Als u hulp nodig heeft om genoeg zuurstof op te nemen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor zuurstofapparatuur. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Zuurstofapparatuur gebruikt u als u zuurstof moet krijgen. De 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 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 € 0,06 per uur dat u het zuurstofapparaat gebruikt. Ieder uur moet geregistreerd zijn door de leverancier van het hulpmiddel.

Gebruikt u zuurstofapparatuur en 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 Nederlands tarief en andere kosten vergoeden wij niet. U kunt zuurstof in het buitenland via uw leverancier regelen.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor chronische ondersteuning van de ademhaling

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-apparaat
- MRA

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van zuurstofapparatuur

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt zuurstofapparatuur in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Voor de vergoeding voor stroom van € 0,06 per uur geldt wel het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor zuurstofapparatuur.

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

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft zuurstofapparatuur in artikel 2.6, onderdeel b en in artikel 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met ademen, MRA en CPAP-apparaten.

Hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Als u niet goed kunt bewegen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met bewegen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 bewegingen?

- 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.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

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
- helmen om een schedelafwijking van een baby of jong kind te herstellen (redressiehelmen)

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 van hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed
- steunzolen (aanvullende verzekering)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Details per hulpmiddel

Robotarm en dynamische arondersteuning

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
- 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 schriftelijke advies van de ergotherapeut
- 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

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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.

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

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
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Aangepaste telefoon via omgevingsbesturing

Telefoon die u via de omgevingsbesturing kunt gebruiken.

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

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
- als de houder € 250 of minder kost, geldt eigen risico niet, 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
- 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
- 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
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met bewegen in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook orthopedische schoenen, en kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen), orthesen, daisypelers en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

Als u met gewone schoenen niet meer goed kunt lopen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (behalve eigen bijdrage)
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Optifit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	100% Voor alle eigen bijdragen

De vergoeding voor orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen is een onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Onze aanvullende verzekeringen hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen¹ voor hulpmiddelen samen.

Wat u vergoed krijgt

Orthopedische schoenen zijn speciaal op maat gemaakte schoenen. Semi-orthopedische schoenen zijn bestaande, speciale 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 basisverzekering die schoenen of voorzieningen. Dus niet als u ze tijdelijk nodig heeft, of alleen bij het sporten.

Dit wordt niet vergoed

- gewone schoenen (confectie)

¹ Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medisch indicatie

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 voor verpleging en verzorging op bed
- steunzolen (aanvullende verzekering)
- eenvoudige loophulpmiddelen (aanvullende verzekering)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van (semi-)orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt (semi-)orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt soms een eigen bijdrage. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dit geldt.

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 ons vooraf toestemming vragen

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

- 1 Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
- 2 Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij schoenen of schoenvoorzieningen van deze leverancier 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 € 127 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is uw eigen bijdrage € 63,50 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar dan is de minimale gebruikstermijn 6 maanden

Wisselpaar (semi-)orthopedische schoenen

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 € 127 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is uw eigen bijdrage € 63,50 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar dan is de minimale gebruikstermijn 6 maanden
- u kunt een wisselpaar aanvragen als u uw 1e paar (semi-)orthopedische schoenen 3 maanden heeft

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

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 confectionsschoenen

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 12 maanden laten aanpassen

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft orthopedische schoenen in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook hulpmiddelen bij beperkingen met bewegen, en kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen), orthesen, daisyspelers en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

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%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen). Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 basisverzekering niet alle hulpmiddelen, maar alleen rolstoelen en drempelhulpen.

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.

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
- helmen om een schedelafwijking van een baby of jong kind te herstellen (redressiehelmen)

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 en hulphonden (ADL-honden).
- hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed
- eenvoudige loophulpmiddelen (aanvullende verzekering)
- steunzolen (aanvullende verzekering)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen voor kortdurende uitleen

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 om te 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

Drempelhelp

Hulpmiddel om hoge drempels of andere obstakels veilig over te komen.

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

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen) in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook orthopedische schoenen, orthesen, daisyspelers en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

Orthesen

Als uw lichaam ondersteuning nodig heeft.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor orthesen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 basisverzekering deze als u de orthese altijd nodig heeft. Het gaat dus niet om orthesen die u tijdelijk nodig heeft, of alleen bij het sporten.

De minimale gebruikstermijn van een orthese is 2 jaar.

Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige orthesen, zoals steunzolen

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 en hulphonden (ADL-honden)
- kortdurende uitleen, voor hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed
- steunzolen (aanvullende verzekering)
- eenvoudige loophulpmiddelen (aanvullende verzekering)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van orthesen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt de orthese in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor de orthese.

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.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de orthese in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij beperkingen met bewegen, en kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen), (semi-) orthopedische schoenen, daisyspelers en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

Als u zonder hulpmiddel niet goed kunt zien, door een ongeluk, ziekte of aandoening.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (behalve eigen bijdrage)
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Optifit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	100% Voor alle eigen bijdragen

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor brillenglazen en lenzen bij medische indicatie. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Onze aanvullende verzekeringen hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen¹ voor hulpmiddelen 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 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 bent bijziend, met een sterkte van ten minste -6

De basisverzekering vergoedt brillenglazen of filterglazen als u jonger bent dan 18 jaar en 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 (accomodatieve esotropie)

Dit wordt niet vergoed

- brillenglazen of filterglazen als u 18 jaar of ouder bent
- brilmonturen

¹ Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medisch indicatie

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)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van brillenglazen of filterglazen en lenzen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage voor brillenglazen of filterglazen van € 59 per glas tot maximaal € 118 per kalenderjaar. Voor lenzen is dat € 59 per lens als u deze langer dan 1 jaar kunt gebruiken. En € 59 per lens per kalenderjaar als u deze korter dan 1 jaar kunt gebruiken tot maximaal € 118 per kalenderjaar.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor brillenglazen of filterglazen en lenzen van uw oogarts.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft brillenglazen of filterglazen en lenzen bij medische indicatie in artikel 2.6, onderdeel f en in artikel 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met zien, hulphonden en daisyspelers.

Hulpmiddelen bij problemen met zien

Als u zonder hulp niet goed kunt zien.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met zien. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Wat u vergoed krijgt

Er zijn allerlei hulpmiddelen die u kunnen helpen als u niet goed kunt zien. De 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.

Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven, zoals een simpele handloep of leeslineaal

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die 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)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen voor problemen met zien

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 ons vooraf toestemming vragen

Dit hangt af van het hulpmiddel en van de leverancier die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier 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

Ptosisbril of kappenbril

Een ptosisbril of kappenbril helpen u om u oogleden omhoog te houden of om uw ogen af te sluiten tegen wind, zon, stof, pollen en licht.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de 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

Brillemeesregel 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

Grootlettersoftware voor computer

Software die geschreven tekst vergroot.

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 obstakels heen te 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, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met zien in artikel 2.6, onderdeel f en in artikel 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook brillenglazen en lenzen bij medische indicatie, hulphonden en daisystemen.

Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

Als u zelf niet meer goed kunt horen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (behalve eigen bijdrage)
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Optifit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	100% Voor alle eigen bijdragen

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hoortoestellen en tinnitusmaskeerders. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Onze aanvullende verzekeringen hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen¹. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen van hulpmiddelen 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 of meer. Of u dit heeft, stelt de audicien vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

¹ Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medisch indicatie

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 brochure¹ over hoortoestellen.

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 geïmplant worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- alle audiciens

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt soms een eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor het hoortoestel van uw KNO-arts of een audiologisch centrum. Bij ouderdomslethorendheid¹ kan dit ook uw huisarts zijn.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen²? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming³ vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier 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 ouderdomsdoofheid mag dit ook uw huisarts zijn
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- 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 wettelijke 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

¹ Als u 67 of ouder bent en slecht hoort

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl – 030 639 62 22

³ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hoortoestel

Oorstukjes

Dit zijn de onderdelen van het hoortoestel die u in uw oor draagt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum. Bij ouderdomsdoofheid mag dit ook uw huisarts zijn
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- 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 wettelijke eigen bijdrage. Het gaat om de aanschafkosten van de oorstukjes 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 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
- 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 wettelijke eigen bijdrage. Het gaat om de aanschafkosten van de tinnitusmaskeerder 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

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
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hoortoestellen en tinnitusmaskeerders in artikel 2.6, onderdeel c en in artikel 2.10 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Hieronder vallen ook hulpmiddelen bij problemen met horen en hulphonden (signaalhonden).

Uw audicien moet aan 2 protocollen voldoen

Wij vergoeden hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien werkt volgens het actuele *Hoorprotocol en indicatieformat en het Keuzeprotocol Zorgverzekeraars Nederland*. Uw audicien kan u daar meer over vertellen. U kunt de protocollen ook vinden op onze website of opragen bij ons Service Center.

Hulpmiddelen bij problemen met horen

Als u niet meer goed kunt horen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met horen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels. We noemen deze hulpmiddelen hierna hoorhulpmiddelen.

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 of meer. Of dit zo is, stelt de audicien vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz 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
2. de apparatuur is draadloos verbonden met uw hoortoestel of trilmechanisme
3. de apparatuur is nodig om uw werk te kunnen doen of onderwijs te kunnen volgen

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 geïmplanteerd worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- alle audiciens
- alle andere leveranciers van hoorhulpmiddelen

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier 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 moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum. Bij ouderdomslechthorendheid³ kan dit ook uw huisarts zijn
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- 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
- 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.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- 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 medisch specialist of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hoorhulpmiddelen in artikel 2.6, onderdeel c en in artikel 2.10 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Hieronder vallen ook hoortoestellen en tinnitusmaskeerders en hulphonden (signaalhonden).

Uw audicien of leverancier moet aan 2 protocollen voldoen

Wij vergoeden hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien of andere leverancier werkt volgens het *Hoorprotocol en indicatieformat en het Keuzeprotocol Zorgverzekeraars Nederland*. Uw audicien of leverancier kan u daar meer over vertellen. U kunt de protocollen ook vinden op onze website of opvragen bij ons Service Center.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

³ Als u 67 of ouder bent en slecht hoort

Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers

Als u huidproblemen heeft aan uw voeten.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (behalve eigen bijdrage)
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Optifit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	100% Voor alle eigen bijdragen

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor allergenvrije schoenen en hielbeschermers. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Onze aanvullende verzekeringen hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen¹. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen¹ voor hulpmiddelen 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 allergenvrije schoenen en hielbeschermers tegen doorliggen.

De 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 allergenvrije schoenen als u in redelijkheid niet kunt volstaan met gewone allergenvrije schoenen (confectie).

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijvingen vallen.

Dit wordt niet vergoed

- gewone allergenvrije schoenen (confectie)
- zelfzorgmiddelen

¹ Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medisch indicatie

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

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van deze hulpmiddelen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt soms een eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt.

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 ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier 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 € 127 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is uw eigen bijdrage € 63,50 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is de minimale gebruikstermijn 6 maanden

Wisselpaar allergeenvrije schoenen

Reserve paar 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 € 127 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is uw eigen bijdrage € 63,50 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is de minimale gebruikstermijn 6 maanden

Hielbeschermers tegen doorliggen

Hielbeschermer ter behandeling of preventie van doorligwonden (decubitus).

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

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

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij huidproblemen in artikel 2.6, onderdeel k en in artikel 2.18 als hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid. Hieronder vallen ook verbandmiddelen en verbandschoenen.

Verbandmiddelen

Als uw huid door huidproblemen verbonden moet worden.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor verbandmiddelen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 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.

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. Welke middelen dat zijn, staat in de lijst verbandmiddelen¹

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 wonden² (aanvullende verzekering)

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor de vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van verbandmiddelen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt verbandmiddelen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor verbandmiddelen.

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 ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier 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
- 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
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft verbandmiddelen in artikel 2.6, onderdeel k en in artikel 2.18 als hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij huidproblemen en verbandschoenen.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Verbandschoenen

Als uw voeten verbonden zijn en u geen gewone schoenen kunt dragen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor verbandschoenen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Verbandschoenen zijn er voor als u geen gewone schoenen aan kunt omdat uw voeten verbonden zijn. Ze zorgen voor een snelle mobilisatie. 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.

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

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van verbandschoenen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt verbandschoenen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor verbandschoenen.

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

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft verbandschoenen in artikel 2.6, onderdeel k en in artikel 2.18 als hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij huidproblemen en verbandmiddelen.

Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

Zonder zorgen dag en nacht doorkomen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 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 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 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.

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)
- plaswekker (aanvullende verzekering)
- geneesmiddelen, die uw huid beschermen als u een stoma heeft

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers voor hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Ook als u niet uitkomt met de maximale hoeveelheid. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier 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 continëntieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- 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 continëntieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- 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 continëntieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Stomamateriaal

Hulpmiddelen voor de verzorging van een stoma.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of gespecialiseerd stomaverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. 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
- u heeft recht op een maximale hoeveelheid materiaal. Die ziet u hieronder

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

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
continentiestoma (afdekpleisters en kathethers)	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 continëntieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting in artikel 2.6, onderdeel d en in artikel 2.11 als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie. Hieronder valt ook incontinentiemateriaal.

Incontinentiemateriaal

Zonder zorgen dag en nacht doorkomen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor incontinentiemateriaal. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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, 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
- 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 blastraining niet zal helpen

Heeft u ondersteuning met incontinentiemateriaal nodig tijdens therapie met bekkenbodemspieroefeningen of blastraining? Dan vergoedt de 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 basisverzekering het incontinentiemateriaal niet.

De continetieverpleegkundige bepaalt welk materiaal en hoeveel u nodig heeft, tijdens de intake bij uw leverancier. De basisverzekering vergoedt die hoeveelheid.

Dit wordt niet vergoed

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- kleding, behalve netbroekjes
- incontinentiemateriaal bij tijdelijke incontinentie, bijvoorbeeld na een operatie of zwangerschap, of nachtelijk bedplassen

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:

- hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting. Daar staat ook de vergoeding voor beschermende onderleggers voor bedden, matrassen en (rol)stoelen
- plaswekker (aanvullende verzekering)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van incontinentiemateriaal

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 continentieverpleegkundige.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft incontinentiemateriaal in artikel 2.6d en in artikel 2.11 als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie. Hieronder vallen ook hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting.

Hulpmiddelen voor anticonceptie

Een koperspiraaltje of pessarium om zwangerschap te voorkomen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% tot 21 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	100% vanaf 21 jaar
Optifit	100% vanaf 21 jaar
Topfit	100% vanaf 21 jaar
Superfit	100% vanaf 21 jaar

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen voor anticonceptie. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Het koperspiraaltje en het pessarium zijn hulpmiddelen om zwangerschap te voorkomen. Hiervoor geldt de vergoeding die u nu leest. Er zijn ook anticonceptiemiddelen met hormonen om zwangerschap te voorkomen, zoals de anticonceptiepil, de prikpil en het hormoonspiraaltje. Daarvoor geldt de vergoeding Anticonceptiemiddelen.

Andere vergoedingen

Anticonceptiemiddelen met hormonen vallen onder de vergoeding Anticonceptiemiddelen.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden ook sterilisatie.

Hier kunt u terecht

Een koperspiraaltje of pessarium haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Een koperspiraaltje laat u plaatsen of verwijderen door:

- huisarts
- verloskundige
- gynaecoloog

Let op: bij de gynaecoloog is het koperspiraaltje onderdeel van de behandeling. U koopt het dan niet zelf.

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt anticonceptiemiddelen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico. Voor anticonceptiemiddelen die onder de aanvullende verzekeringen vallen, geldt geen eigen risico.

Laat u de anticonceptiemiddelen plaatsen of verwijderen door de huisarts? Dan geldt daarvoor geen eigen risico. Laat u de anticonceptiemiddelen plaatsen of verwijderen door verloskundige of gynaecoloog? Dan geldt daarvoor het eigen risico wel.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor hulpmiddelen voor anticonceptie.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen voorschrift nodig

Anticonceptiemiddelen kunt u zonder voorschrift van uw arts halen bij uw apotheek of apotheekhoudende huisarts.

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. De zorg valt dan onder de vergoeding Medisch specialist.

Goed om te weten

De formele vergoeding uit de basisverzekering staat in de Regeling zorgverzekering

De Regeling omschrijft hulpmiddelen voor anticonceptie in artikel 2.6, onderdeel i en in artikel 2.16 als hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden.

Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Als bij verpleging en verzorging bij u thuis hulpmiddelen nodig zijn.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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.

De basisverzekering vergoedt aangepaste bedden en daarvoor bedoelde matrassen als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

- u heeft verpleging en verzorging op bed nodig, en u heeft daar een indicatie voor
- het gaat om hulp bij ADL-verrichtingen¹ op bed, of een combinatie hiervan met verpleging en verzorging
- 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 basisverzekering vergoedt ook deze, maar alleen als deze genoemd zijn bij 'Details per hulpmiddel'.

Onderleggers om uw bed 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 basisverzekering deze hulpmiddelen.

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.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van deze hulpmiddelen

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

¹ Algemene handelingen die dagelijks nodig zijn, zoals aankleden, uitkleden en wassen

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 ons vooraf toestemming vragen

Dit hangt af van het hulpmiddel en van de leverancier die u kiest. Er zijn 3 mogelijkheden.

1. Staat bij 'Details per hulpmiddel' dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.
2. Is wel toestemming nodig? Kijk dan of uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹ staat. Staat uw leverancier erbij? Ook dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
3. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Details per hulpmiddel

Bedden 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
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Bedden, matrassen en overtrekken 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

Dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen, bedgalgen, papegaaien en portalen

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

Bedtafels

Tafel als u in bed wilt eten, computeren, schrijven of lezen.

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 rollakens

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

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Bedverkorters, bedverlengers en bedverhogers

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 tegen bloed of wond.

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

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed in artikel 2.6, onderdeel j en in artikel 2.17 als hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed.

Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen

Als u voor lange tijd injectiespuiten of injectiepenen moet gebruiken.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Injectiespuiten en injectiepenen zijn bedoeld om geneesmiddelen direct in het lichaam toe te dienen.

De 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 basisverzekering in plaats daarvan aangepaste spuiten of pennen.

Andere vergoedingen

Heeft u diabetes? Injectiespuiten en injectiepen om insuline toe te dienen vallen onder de vergoeding Hulpmiddelen bij diabetes.

Gebruikt u injectiespuiten of injectiepen om geneesmiddelen toe te dienen die bij uw ziekenhuisbehandeling horen? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- leverancier van injectiespuiten en injectiepen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor injectiespuiten en injectiepen van de behandelend arts.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de injectiespuiten en injectiepen in artikel 2.6, onderdeel I en in artikel 2.19 alleen als injectiespuiten. Hieronder vallen dus ook injectiepen.

Hulpmiddelen bij vaatproblemen

Als uw aders en lymfevaten niet meer goed werken.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij vaatproblemen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Wat u vergoed krijgt

Uw slagaders en aders zorgen voor transport van het bloed door uw lichaam. Slagaders brengen zuurstofrijk bloed van het hart naar alle organen en weefsels. Aders brengen het bloed met afvalstoffen terug naar het hart. Lymfevaten zorgen voor transport van lymfevocht van organen naar lymfeklieren. Zo worden afvalstoffen van weefsels afgevoerd die niet in het bloed mogen komen.

Soms doen aders en lymfevaten hun werk niet goed en heeft u een hulpmiddel nodig. De basisverzekering vergoedt deze hulpmiddelen 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
2. u heeft langdurig een hulpmiddel nodig om dit te compenseren

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Andere vergoedingen

Ook steunkousen en eenvoudige aantrek- en uittrekhulpen kunnen helpen bij vaatproblemen. Daarvoor geldt de vergoeding Steunkousen.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen bij vaatproblemen

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Details per hulpmiddel

Ortho-mate

Elektrisch hulpmiddel dat u helpt om uw elastische kousen zelfstandig uit te trekken.

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

Compressie-apparatuur

Hulpmiddel voor 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
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hulpmiddelen bij vaatproblemen in artikel 2.6, onderdeel m als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe. Hieronder vallen ook steunkousen.

Steunkousen

Als de aders en lymfevaten in uw benen of armen niet meer goed werken.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor steunkousen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

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. Dit voorkomt bijvoorbeeld oedeem en trombose, of helpt tegen reuma. 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 basisverzekering vergoedt alleen steunkousen van drukklasse 2 of hoger. We noemen ze dan ook wel 'therapeutische elastische kousen'. U moet aan de volgende 2 voorwaarden voldoen:

1. de aders of lymfevaten in uw benen of armen zorgen niet meer uit zichzelf voor transport van bloed of lymfevocht
2. u heeft langdurig steunkousen in drukklasse 2, 3 of 4 nodig om dit te verhelpen

U heeft recht op 2 paar kousen of 2 stuks per jaar.

Als u steunkousen zelf niet aan en uit kunt doen, vergoedt de basisverzekering ook eenvoudige aantrek- en uittrekhelp. De minimale gebruikstermijn voor deze aantrek- en uittrekhelp is 2 jaar.

Dit wordt niet vergoed

- steunkousen na het verwijderen van spataderen

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.

Krijgt u steunkousen vanwege een operatie of andere ziekenhuisbehandeling? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van steunkousen en aantrek- en uittrekhelpen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor steunkousen en de aantrek- en uittrekhelp van de behandelend arts. Het voorschrift voor de aantrek- en uittrekhelp kunt u ook krijgen van de fysiotherapeut of ergotherapeut.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft steunkousen en aantrek- en uittrekhelpen in artikel 2.6, onderdeel m als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij vaatproblemen.

Hulpmiddelen bij diabetes

Als uw lichaam de bloedsuikerspiegel niet zelf kan regelen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij diabetes. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 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
- u heeft diabetes type 2, u bent bijna uitbehandeld met geneesmiddelen die uw bloedsuiker verlagen en uw arts overweegt behandeling met insuline

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Heeft u recht op hulpmiddelen bij diabetes? Maar kunt u door een beperking geen standaard hulpmiddelen bij diabetes gebruiken? Dan vergoedt de basisverzekering hulpmiddelen bij diabetes die aan uw beperking zijn aangepast.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

Andere vergoedingen

Insuline die u toedient met deze hulpmiddelen valt onder de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering.

Strips voor het meten van ketonen in urine vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen bij diabetes

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen, ook als u niet uitkomt met de maximale hoeveelheid. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier 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
- 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 de glucose in uw bloed te meten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

- u moet vooraf toestemming van ons hebben. 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 lancetten¹

Bloedglucosemeter

Hulpmiddel voor het meten van de glucose in het bloed.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Teststrips

Stripje om de druppel bloed op te vangen en in de bloedglucosemeter te doen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. 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 teststrips¹

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
- 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
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruikstermijn is 4 jaar

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij diabetes in artikel 2.6, onderdeel o als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.

¹ Als u diabetes heeft vergoeden wij maximaal:

1. eenmalig 100 teststrips/lancetten als u bijna uitbehandeld bent met bloedglucoseverlagende tabletten en misschien moet overstappen op insuline
2. 100 teststrips/lancetten per 3 maanden als u 1-2 maal per dag een insuline-injectie nodig heeft
3. 400 teststrips/lancetten per 3 maanden als u 3 of meer insuline-injecties per dag nodig heeft of een insulinepomp gebruikt
4. 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/lancetten per 3 maanden

Infuuspomp voor geneesmiddelen

Als u een hulpmiddel nodig heeft om zelf thuis medicijnen toe te dienen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor een infuuspomp. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 basisverzekering vergoedt de draagbare, uitwendige infuuspomp en wat daarbij hoort als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u moet zelf thuis een geneesmiddel direct in uw lichaam (bloedbaan) toedienen
2. u heeft het geneesmiddel steeds nodig
3. de basisverzekering vergoedt dit geneesmiddel. Of dat het geval is, staat in de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering

Voorbeelden van producten die bij een infuuspomp horen zijn verbindingsslangetjes, fixatiemateriaal, ontsmettingsmiddel en naalden.

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.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van infuuspompen

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor de infuuspomp.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de infuuspomp van de behandelend medisch specialist.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de infuus pomp in artikel 2.6, onderdeel p en in artikel 2.22 als draagbare, uitwendige infuuspompen.

Kappen voor schedelbescherming

Als uw schedel bescherming nodig heeft door een bewustzijnsstoornis.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor kappen voor schedelbescherming. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 basisverzekering vergoedt deze kap als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet:

- u heeft een bewustzijnsstoornis die regelmatig terugkomt en niet kan worden behandeld
- 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.

Dit wordt niet vergoed

- epilepsiehonden
- detectie- en alarmeringsapparatuur

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van kappen voor schedelbescherming

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt de kap om uw schedel te beschermen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor dit hulpmiddel.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de kap voor schedelbescherming van de behandelend arts.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de kap voor schedelbescherming in artikel 2.6, onderdeel g als hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn.

Hulpmiddelen voor voeding

Als u zelf niet meer kunt eten of extra voeding nodig heeft.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor voedingssonde en voedingspomp. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Voeding kan op 3 manieren worden toegediend: via de mond, direct in het maagdarmkanaal of in de bloedbaan. Er zijn 2 soorten hulpmiddelen die voeding direct in de maag brengen: voedingssondes en voedingspompen. Een infuuspomp brengt de voeding direct in de bloedbaan.

De basisverzekering vergoedt de voedingssonde, en de producten die daarbij horen, als deze buiten het ziekenhuis wordt ingebracht, en u:

1. een aandoening of ziekte aan uw maag of darmen heeft, waardoor u geen gewone voeding kunt eten, en
2. een voedingssonde nodig heeft om voldoende voeding binnen te krijgen

Als voor de regulering van uw sondevoeding een voedingspomp noodzakelijk is, dan vergoedt de basisverzekering ook de voedingspomp en de producten die daarbij horen zoals aansluitstukken of standaarden.

Krijgt u voor lange tijd (chronisch) thuis voeding direct via de bloedbaan toegediend? Dan vergoedt de basisverzekering een infuuspomp. Gaat het om een kortdurende periode, zoals bij de voorbereiding op een operatie of als zorg in de laatste levensfase? Dan krijgt u de infuuspomp van het ziekenhuis en betalen wij de producten die daarbij horen. Bijvoorbeeld de aansluitstukken, flessen of de infuusstandaard.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

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.

Infuuspompen voor voeding in de bloedbaan tijdens opname in het ziekenhuis vallen onder de vergoeding Medisch specialist. Dat geldt ook voor infuuspompen thuis als u die voor korte tijd krijgt. Bijvoorbeeld als u wacht op een operatie of als u zorg krijgt in de laatste levensfase.

De bijzondere voeding die u met de voedingssonde of voedingspomp toedient, valt onder de vergoeding Dieetpreparaten.

Eetapparaten vallen onder de vergoeding Hulpmiddelen bij problemen met bewegen.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van voedingssondes, voedingspompen en infuuspompen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt de voedings- en infuuspomp in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. U krijgt de producten die bij de pomp horen, en de sonde in eigendom. Daarvoor geldt daarvoor wel het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier 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

Infuuspomp en wat daarbij hoort

Hulpmiddel waarmee speciale voeding via een dun slangetje direct in de bloedbaan komt.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de voedingssonde, voedingspomp en de infuuspomp in artikel 2.6, onderdeel r en in artikel 2.24 als hulpmiddelen voor het toedienen van voeding.

Hulpmiddelen bij problemen met spreken

Als u een hulpmiddel nodig heeft omdat u niet kunt praten.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met spreken. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 basisverzekering vergoedt uitwendige hulpmiddelen bij problemen met spreken als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige taalstoornis of spraakstoornis
2. u kunt daardoor niet of bijna niet spreken
3. u heeft een hulpmiddel nodig om u hierbij te helpen

De minimale gebruikstermijn van hulpmiddelen bij problemen met spreken is 5 jaar.

Dit wordt niet vergoed

- telefoons, tablets, laptops en computers waarop een programma geïnstalleerd wordt die helpt bij problemen met spreken
- hulpmiddelen voor stotteren

Andere vergoedingen

Heeft u een hulpmiddel nodig dat u helpt met het maken of versterken van stemgeluid? Daarvoor geldt de vergoeding Prothesen.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen voor problemen met spreken

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor hulpmiddelen bij problemen met spreken van de behandelend arts.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met spreken in artikel 2.6, onderdeel s, als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken.

Persoonsalarmering

Als u in noodsituaties niet zelf de telefoon kunt bedienen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor persoonsalarmering. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Persoonsalarmering is apparatuur waarmee u in noodsituaties hulp kunt inschakelen, als u zelf de telefoon niet kunt bedienen. Dat ondersteunt u om zelfstandig te blijven wonen, als u zich nog goed kunt redden, maar door uw ziekte of beperking wel een verhoogd risico loopt om in een noodsituatie terecht te komen. Bijvoorbeeld omdat u een ernstige hartaandoening heeft.

De basisverzekering vergoedt persoonsalarmering als u aan de volgende 5 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een lichamelijke beperking
2. u heeft door een ziekte of beperking een grotere kans dan normaal om in een noodsituatie terecht te komen
3. in die noodsituatie moet u meteen medische of technische hulp in kunnen roepen om medische complicaties te voorkomen

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

4. u bent in die noodsituatie niet in staat om zelf een telefoon te bedienen
5. u bent voor een langere periode alleen, waardoor er niemand is die u kan helpen

Apparatuur voor alarmering bestaat uit een basisstation in huis en een draagbare en draadloze noodshakelaar met alarmknop. Daarmee kunt u in een noodsituatie via de alarmknop contact maken met de meldkamer. Zij schakelen dan familie, bureu, mantelzorgers of een professionele hulpverlener in.

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.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van apparatuur voor persoonsalarmering

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor persoonsalarmering van de behandelend arts.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Toestemming vraagt u met een indicatieformulier¹. Uw arts vult dat voor u in.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft apparatuur voor alarmering in artikel 2.6, onderdeel t en in artikel 2.26 als hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering. Hieronder vallen ook daisyspelers.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)

Als u altijd pijn heeft en geneesmiddelen niet genoeg helpen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS). Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

TENS staat voor Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie. Het is apparatuur die zwakke elektrische prikkels geeft op de huid voor pijnvermindering.

De basisverzekering vergoedt een TENS als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft pijn die u altijd voelt
2. die pijn is niet te behandelen
3. tijdens een proefperiode is gebleken dat een TENS bij u goed werkt

De basisverzekering vergoedt ook producten die bij een TENS horen. Voorbeelden daarvan zijn elektroden, elektrodepasta, kabels, fixatiemateriaal en draagtas.

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen

Andere vergoedingen

Het gebruik van een TENS tijdens de proefperiode valt onder de vergoeding Medisch specialist.

Wilt u gebruik maken van een TENS bij de bevalling? Daarvoor geldt de vergoeding Bevalling-TENS.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van TENS

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt de TENS in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor de TENS.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor een TENS van de behandelend arts of medisch specialist.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de TENS in artikel 2.6, onderdeel y, als uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren.

Hulpmiddelen bij trombose

Om te controleren of uw bloed goed stolt.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij trombose. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 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
2. u bent voor langere tijd aangewezen op bloedverdünnende geneesmiddelen, of u kunt zich door uw werk niet bij de trombosedienst laten controleren

De basisverzekering vergoedt ook de producten die bij de zelfmeetapparatuur horen. Voorbeelden daarvan zijn teststrips, vingerprikstelsel met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole.

Andere vergoedingen

Geneesmiddelen die de stolling van het bloed regelen, vallen onder de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering.

Laat u bloed meten bij de trombosedienst? Of krijgt u zelfmeetapparatuur van de trombosedienst mee om thuis uw bloed te meten? Daarvoor geldt de vergoeding Trombosedienst. De trombosedienst geeft u ook opleiding om zelfmeetapparatuur te gebruiken, begeleiding bij metingen en advies over het gebruik van geneesmiddelen die de stolling van het bloed regelen.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van zelfmeetapparatuur

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt de zelfmeetapparatuur en de producten die daarbij horen in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

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 toestemming¹ van ons heeft gekregen.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij trombose in artikel 2.6, onderdeel n, als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem.

Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse

Als u thuis gaat dialyseren.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 basisverzekering vergoedt aanpassingen van uw woning die nodig zijn voor de dialyse. De 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

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

CAPD¹: € 28,72 per week

CCPD²: € 40,38 per week

Andere vergoedingen

Apparatuur voor thuisdialyse krijgt u van het ziekenhuis of dialysecentrum. Daarvoor geldt de vergoeding Dialyse.

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

Hier kunt u terecht

- aannemers die uw woning kunnen aanpassen voor thuisdialyse

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

Voor de vergoeding van een woningaanpassing en van overige kosten geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage de vergoeding van aanpassing van woningaanpassing en overige kosten.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor woningaanpassing en stroomkosten bij thuisdialyse van de behandelend arts.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen³? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming⁴ vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Declareer met het declaratieformulier thuisdialyse

Wilt u de weekvergoeding voor thuisdialyse declareren? Gebruik het declaratieformulier³ thuisdialyse.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft woningaanpassingen en overige kosten bij thuisdialyse in artikel 2.6, onderdeel hh en in artikel 2.29 als met thuisdialyse samenhangende kosten.

Daisyspelers

Als u zonder hulpmiddel niet kunt lezen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

¹ Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse

² Continue Cyclische Peritoneaal Dialyse

³ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

⁴ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor daisyspelers. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 slechthoortheid niet (goed) zelf kunt lezen.

De basisverzekering vergoedt de daisyspeler als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

- u heeft een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (een motorische handicap), u bent blind of slechthoort of u bent uitbehandeld voor dyslexie
- door deze aandoening kunt u niet zonder hulp lezen
- andere hulpmiddelen helpen niet genoeg en u heeft een daisyspeler nodig om te kunnen lezen

De minimale gebruikstermijn van een daisyspeler is 5 jaar.

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 en 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 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)

Er zijn ook andere hulpmiddelen die 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 ooglasers (aanvullende verzekering)
- hulphonden (blindengeleidehonden)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van daisyspelers

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U krijgt de daisyspeler in eigendom. Daarom geldt het eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor een daisyspeler.

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. Een verklaring van de huisarts of via school is onvoldoende.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

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

1. Staat uw leverancier in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de daisyspeler bij problemen met bewegen in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met bewegen, orthopedische schoenen, en kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen), orthesen en hulphonden (ADL-honden) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

De Regeling omschrijft de daisyspeler bij problemen met zien in artikel 2.6, onderdeel f en in artikel 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen voor problemen met zien, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie en hulphonden (blindengeleidehonden) als deze bedoeld zijn voor problemen met zien.

De Regeling omschrijft de daisyspeler bij dyslexie in artikel 2.6, onderdeel t en in artikel 2.26 als hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering. Hieronder valt ook persoonsalarmering.

Hulphonden

Als uw viervoeter u helpt bij bewegen, zien of horen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulphonden. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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 basisverzekering vergoedt een blindengeleidehond als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet:

- u bent volledig blind of zo slechtziend dat u zonder blindengeleidehond niet zelfstandig kunt wonen of deelnemen aan de maatschappij
- het zelfstandig wonen of deelnemen aan de maatschappij is niet te bereiken met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen Hulpmiddelen bij problemen met zien, Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie en Daisyspelers

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

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 basisverzekering vergoedt een signaalhond als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

- u bent volledig doof waardoor u beperkt bent in uw mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen
- deze beperking kan niet worden gecorrigeerd met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen Hulpmiddelen bij problemen met horen en Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders
- u heeft een signaalhond nodig om u bij mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen te ondersteunen door het signaleren van omgevingsgeluiden

De ADL-hond

ADL staat voor algemene dagelijkse levensverrichtingen. Het zijn algemene en huishoudelijke 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 basisverzekering vergoedt een ADL-hond als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

- u heeft een ernstige aandoening waardoor u beperkt bent in uw mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen
- deze beperking kan niet worden gecorrigeerd met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen Hulpmiddelen bij problemen met bewegen, Orthesen, Orthopedische schoenen en Daisyspelers
- 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-handelingen

Voor alle hulphonden

Wij vergoeden ook maximaal € 260 per 3 maanden voor het levensonderhoud en medische en dagelijkse verzorging van uw blindengeleidehond, uw signaalhond of uw ADL-hond. U ontvangt dit bedrag achteraf. De vergoeding voor bijvoorbeeld de maanden januari, februari en maart ontvangt u in april.

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 helpen bij problemen met bewegen, zien 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 horen staan in de vergoedingen:

- hulpmiddelen bij problemen met horen
- hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

Andere hulpmiddelen voor problemen met bewegen staan in de vergoedingen:

- hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- orthopedische schoenen
- orthesen
- hulpmiddelen voor kortdurende uitleen
- daisyspelers

Hier kunt u terecht

- voor een blindengeleidehond: bij een erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden
- voor een signaalhond: bij een erkend opleidingsinstituut voor signaalhonden
- voor een ADL-hond: bij een erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden

Wat u zelf betaalt

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.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor een hulphond.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Voor een hulphond moet u een medische indicatie en een praktische indicaties 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 blinden en slechtzienden. De praktische indicatie krijgt u van een erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden.
- 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 krijgt de medische indicatie voor de ADL-hond van de ergotherapeut. De praktische indicatie krijgt u van een erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Dit hangt af van het opleidingsinstituut van de hond. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Staat uw opleidingsinstituut in ons overzicht toestemmingsvrije leveranciers hulpmiddelen¹? Dan hoeft u niets te doen. Met die instituten hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw opleidingsinstituut er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming² vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de ADL-hond in artikel 2.6, onderdeel e en in artikel 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met bewegen, orthopedische schoenen, kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen), orthesen en daisyspelers als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

De Regeling omschrijft de blindengeleidehond in artikel 2.6, onderdeel f en in artikel 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen voor problemen met zien, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie en daisyspelers als deze bedoeld zijn voor problemen met zien.

De Regeling omschrijft de signaalhond in artikel 2.6, onderdeel c en in artikel 2.10 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen voor problemen met horen en hoortoestellen en tinnitusmaskeerders.

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-hulpmiddelen

A tot Z index

Vergoedingen

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

A tot Z index

A

Acnebehandeling	185
Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers	277
Alternatieve geneeswijzen	167
Ambulancevervoer	194
Anticonceptiemiddelen	163
Audiologische zorg	170

B

Bevalling-TENS	120
Beweegprogramma bij chronische ziekte	92
Beweegprogramma bij en na kanker	93
Bijzondere tandheelkunde	152
Borstkanker: aanvullend onderzoek	57
Borstprothesen	251
Borstvoeding: lactatiekundige	121
Bril, (contact)lenzen en ooglasers	175
Brillen en lenzen bij medische indicatie	268
Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg	204
Buitenland: spoedeisende zorg	202
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen	207

C

Camouflage-instructie	186
CPAP-apparaat	254

D

Daisyspelers	307
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	28
Dialyse	60
DiamondClean Smart tandenborstel	154
Diëtetiek	133
Dieetpreparaten	134

E

Eerstelijns verblijf	76
Elektrische epilatie en laserbehandeling	188
Erfelijkheidsonderzoek	56
Ergotherapie	105

F

Frontandvervangning	149
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	85
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	87

G

Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar	147
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht	36
Geneesmiddelen aanvullende verzekeringen	129
Geneesmiddelen basisverzekering	127
Generalistische basis-ggz	157
Geriatrische revalidatie	103
Gespecialiseerde ggz	159
Gezondheidscheck-up / sportcheck-up	44
Grieprik	35

H

Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	272
Hospice	82

Houding, bewegen en sport	95
Huisarts	27
Huishoudelijke hulp	81
Hulp bij mantelzorg	79
Hulphonden	309
Hulpmiddelen	180
Hulpmiddelen bij diabetes	294
Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)	304
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	252
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	258
Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting	282
Hulpmiddelen bij problemen met horen	274
Hulpmiddelen bij problemen met spreken	301
Hulpmiddelen bij problemen met zien	269
Hulpmiddelen bij trombose	305
Hulpmiddelen bij vaatproblemen	291
Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed	288
Hulpmiddelen voor anticonceptie	286
Hulpmiddelen voor voeding	299
I	
Incontinentiemateriaal	285
Infuuspomp voor geneesmiddelen	297
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen	290
In-vitrofertilisatie (ivf)	54
K	
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	151
Kappen voor schedelbescherming	298
Kinderopvang bij ziekenhuisopname van een ouder	67
Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)	264
Kraampakket	119
Kraamzorg	116
Kuuroord	108
L	
Lidmaatschap patiënten- of belangenorganisatie	110
Logopedie	174
Loophulpmiddelen	97
M	
Mechanische beademing	61
Medisch specialist	47
Medisch-specialistische revalidatie	102
MRA	255
O	
Oedeem- en littekentherapie door de huidtherapeut	91
OntzorgPlus: aanpassing in woning of vervoer	224
Organtransplantatie en -donatie	59
Orthesen	266
Orthodontie tot 18 jaar	144
Orthodontie vanaf 18 jaar	146
Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen	262
Orthoptie	171
Overgangsconsulente	43
P	
Pedicure bij diabetes en reuma	191
Persoonsalarmering	302
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	75
Plastische chirurgie	50
Plaswekker	124
Podotherapie en podologie	89

Prenatale screening	113
Preventiecurssussen	40
Preventief medisch en farmacogenetisch onderzoek	41
Pruik	247
Prothesen	248
Psoriasisdagbehandeling	189
Psychische zorg bij de huisarts	33
R	
Reiskosten voor ziekenbezoek	198
S	
Second opinion	64
Senioren Fitzwemmen	99
Specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten	29
Steunkousen	293
Steunpessarium	182
Steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus	98
Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	164
Stoppen met roken	38
Stottertherapie	177
T	
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	137
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	139
Tandheelkundige zorg na een ongeval	142
Therapeutisch kamp voor jongeren	109
Trombosedienst	34
V	
Verbandmiddelen	279
Verbandschoenen	281
Verblijf in een logeershuis	65
Vergoeding in bijzondere gevallen	212
Verhaalsbijstand bij letselschade	211
Verpleging en verzorging thuis	73
Vervangende mantelzorg	78
Voetzorg bij diabetes	31
Voorwaardelijk toegelaten zorg	62
Vruchtbaarheidsbehandeling	52
W	
Wereldfit: eerder terugkeren	218
Wereldfit: repatriëring	216
Wereldfit: vergoeding bij overlijden	219
Wereldfit: vervangende chauffeur	221
Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland	215
Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse	306
Z	
Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers	131
Ziekenhuisopname	48
Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na	70
Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort	68
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	172
Zittend ziekenvervoer	195
Zorg bij adoptie	123
Zorghotel	106
Zwangerschap en bevalling	114
Zuurstofapparatuur	257



ONVZ

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