



voorwaarden HEMA Zorgverzekering

In begrijpelijke taal. Dat is echt HEMA!

Contact en service

website: www.hemaverzekeringen.nl

Klantenservice

e-mail: info@hemazorgverzekering.nl

telefoonnummers:

algemeen (maandag t/m vrijdag 8.30 tot 19.00 uur)	0900 411 41 14
zorgadvies voor wachttijdbemiddeling en zorgadvies	088 222 43 21
kinderzorglijn voor zorgadvies speciaal voor uw kind	088 222 43 43
alarmcentrale voor spoedeisende hulp in het buitenland	+ 31 317 455 678

postadres: HEMA Zorgverzekering
postbus 704
7500 AS Enschede

Hoe krijgt u de vergoeding?

Met veel zorgaanbieders heeft de zorgverzekeraar een contract. Die zorgaanbieders kunnen de rekening rechtstreeks bij de zorgverzekeraar indienen. U hoeft hier dan niets voor te doen. Wel kunt u altijd alle rekeningen inzien in Mijn zorgoverzicht op www.hemaverzekeringen.nl.

Online declareren

Heeft u zelf een rekening ontvangen van een zorgaanbieder? U kunt de nota online declareren via uw zorgoverzicht op www.hemaverzekeringen.nl. Hiervoor logt u in met uw DigiD. U vult het online declaratieformulier in en maakt een duidelijke scan van de originele nota(s). De scan(s) kunt u uploaden en samen met het online declaratieformulier verzenden. U ontvangt een e-mail wanneer uw declaratie ontvangen is en wordt verwerkt. De status van uw declaratie kunt u volgen via uw zorgoverzicht.

Zorgvinder

De zorgverzekeraar maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Met welke zorgaanbieders de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Inhoudsopgave

algemene voorwaarden HEMA Zorgverzekering

A1	Algemeen	3
A2	Werkgebied	3
A3	Verzekeringsduur	3
A4	Terugwerkende kracht	4
A5	Hoe kunt u de verzekering wijzigen?	4
A6	Hoe kunt u de verzekering opzeggen?	4
A7	Wanneer kunt u opzeggen?	4
A8	Kan de zorgverzekeraar de verzekering beëindigen?	5
A9	Wanneer eindigt de Basisverzekering van rechtswege?	5
A10	Bedenktijd	5
A11	Waarover informeert u HEMA Zorgverzekering?	5
A12	Premie, manier van betalen en betaling eigen risico	6
A13	Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt	6
A14	Mag de zorgverzekeraar de voorwaarden en premie wijzigen?	8
A15	Als u een nota indient	8
A16	Klachten en geschillen	9
A17	De Zorgverzekeraar	9
A18	Molest	9
A19	Terrorisme	10
A20	Aansprakelijkheid	10
A21	Geen vergoeding voor niet nagekomen afspraak	10
A22	Fraudebestrijding	10
A23	Gedragscode persoonsgegevens	10
A24	Overig	11

algemene voorwaarden HEMA Aanvullende verzekering en Tandartsverzekering

A25	Opzeggen	12
A26	Kan de zorgverzekeraar de verzekering beëindigen?	12
A27	Wijziging	12
A28	Premie	12
A29	Voor uw kind	12
A30	Samenloop	13
A31	Terrorisme	13
A32	Atoomkernreacties	13
A33	Afwijzing aanvraag	13

uw HEMA Basisverzekering

Uw basisverzekering	14
Natura	14
Naar een gecontracteerde zorgaanbieder	14
De zorgvinder	14
Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder	14
De inhoud en omvang van de zorg	5
Voorwaardelijke toelating	15
Indicatie en doelmatigheid	15
Redelijke termijn en afstand	15
Verzekeringsreglement	16
Toestemming	16
Eigen risico	16
Volgorde van de eigen betalingen	17
Buitenland	17
Audiologische hulp	18
Dieetadvisering	18
Dieetpreparaten	19
Dyslexiezorg	20
Erfelijkheidsonderzoek	21
Ergotherapie	21
Fysiotherapie	22

Oefentherapie (Cesar/Mensendieck)	23
Bekkenfysiotherapie	24
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	25
Gespecialiseerde GGZ zonder opname	26
Gespecialiseerde GGZ met opname	27
Geneesmiddelen	28
Huisartsenzorg	30
Hulpmiddelen	31
In-vitrofertilisatie (IVF)	33
Kraamzorg	35
Logopedie	35
Medisch specialistische zorg	36
Niet-klinische dialyse	37
Oncologische hulp voor kinderen	38
Plastische chirurgie	38
Revalidatie	40
Geriatrische revalidatie	41
Second opinion	42
Stoppen met roken	42
Bijzondere tandheelkunde	43
Tandheelkunde	44
Transplantatie	45
Trombosedienst	46
Verblijf	47
Verloskundige zorg	47
Verpleging	48
Vervoer per ambulance	49
Zittend ziekenvervoer	50

uw HEMA Aanvullende verzekering

Basisverzekering of aanvullende verzekering?	51
Gecontracteerde of erkende zorgaanbieders	51
Hoe werkt de Zorgvinder?	51
Indicatie en doelmatigheid	51
Acnebehandeling	52
Besnijden (circumcisie)	52
Bevalling en kraamzorg	52
Buitenland	53
Vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden	54
Camouflagetherapie en camouflagemiddelen	54
Dieetadvisering	55
Dieetpreparaat	55
Epilatie	56
Ergotherapie	56
Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en Beweegprogramma	56
Geneesmiddelen (eigen bijdrage GVS)	57
Griepvaccinatie	58
Herstel en Balans	58
Kinderopvang bij ziekenhuisopname	58
Orthodontie	58
Plastische chirurgie	59
Plaswemaker	59
Pruiken en alternatieven	59
Reiskosten	60
Softbrace of spalk	60
Sport Medisch Advies	60
Sterilisatie	61
Stottertherapie	61
Vaat- en/of pigmentbehandeling	62
Verblijfskosten logeer- of gasthuis	62
bezoekend gezinslid	62
Verblijfskosten logeer- of gasthuis patiënt	62
Voetzorg	62
Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiemiddelen)	63

uw HEMA Tandartsverzekering

Tandheelkundige zorg	64
Trefwoordenlijst	65

algemene voorwaarden

HEMA Zorgverzekering

Hierna vindt u de algemene voorwaarden. In de algemene voorwaarden HEMA Zorgverzekering vindt u regels die gelden voor uw basisverzekering, aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Bijvoorbeeld over opzeggen, premiebetaling en de wijze waarop u een klacht kunt indienen. De voorwaarden in de artikelen A25 t/m A33 gelden niet voor de basisverzekering maar wel voor de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering.

A1 Algemeen

- De overheid stelt het verzekerde pakket van de Basisverzekering vast. De Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving, schrijft voor waarvoor u verzekerd moet zijn. Elke zorgverzekeraar moet zich strikt aan de wet houden.
- In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor u verzekerd bent. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden onverhoopt niet helemaal overeenkomt met de wettelijke regeling, dan geldt voor u wat in die wettelijke regeling staat.
- De verzekeringsovereenkomst bestaat uit: uw HEMA zorgpolis, algemene voorwaarden HEMA Zorgverzekering, de voorwaarden HEMA Basisverzekering, de voorwaarden HEMA Aanvullende verzekeringen en de voorwaarden HEMA Tandartsverzekeringen, voor zover voor u de verzekering geldt die daarin wordt beschreven.
- Deze algemene voorwaarden zijn van toepassing op uw HEMA Basisverzekering en ook op uw HEMA Aanvullende verzekering en HEMA Tandartsverzekering.
- Als hieronder 'verzekering' staat, bedoelen wij daarmee de HEMA Basisverzekering, de HEMA Aanvullende verzekering en de HEMA Tandartsverzekering.
- Welke verzekeringen u heeft gesloten, vindt u op uw HEMA zorgpolis.
- Uw rechten als verzekerde zijn beschreven in de hoofdstukken hierna. De toepasselijke hoofdstukken, én deze algemene voorwaarden HEMA Zorgverzekering samen, vormen de verzekeringsvoorwaarden.
- De zorgverzekeraar is Menzis. Menzis is de risicodrager van uw HEMA Zorgverzekering. Zie hiervoor artikel A18.
- De verzekeringnemer is degene die de verzekering met de zorgverzekeraar heeft gesloten. De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn. Vaak zijn verzekeringnemer en verzekerde dezelfde persoon. Met 'u' bedoelt de zorgverzekeraar u als verzekerde. Als een bepaling alleen voor de verzekeringnemer geldt, staat dat vermeld. De artikelen A9 tot en met A13 gelden alleen voor de verzekeringnemer.

A2 Werkgebied

De HEMA Basisverzekering is een Basisverzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont of daarbuiten, en die een Basisverzekering moet sluiten.

A3 Verzekeringsduur

De verzekering gaat in op de datum die u vindt op uw zorgpolis. Uw verzekering is geldig tot 1 januari van het volgende kalenderjaar. De verzekering wordt per 1 januari steeds met een jaar verlengd zolang u als verzekeringnemer de verzekering niet opzegt. U als verzekeringnemer wordt elk jaar geïnformeerd over de verlenging.

Let op!

'Verzekeringsduur' is niet hetzelfde als 'kalenderjaar'. De verzekeringsduur kan uit vele kalenderjaren bestaan.

A4 Terugwerkende kracht

- Als u binnen 4 maanden nadat u verzekeringsplichtig bent geworden een Basisverzekering bij de zorgverzekeraar heeft gesloten, werkt de Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- Als u bij de zorgverzekeraar een Basisverzekering heeft gesloten binnen een maand nadat een eerdere Basisverzekering met ingang van 1 januari of wegens een voor u nadelige wijziging van de voorwaarden door opzegging is geëindigd, werkt de Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere Basisverzekering is geëindigd.

A5 Hoe kunt u de verzekering wijzigen?

Als u verzekeringnemer bent, kunt u uw verzekering wijzigen per 1 januari van ieder jaar. U kunt uw vrijwillig eigen risico wijzigen of een andere aanvullende verzekering of tandartsverzekering kiezen. De zorgverzekeraar moet uw verzoek dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben. U kunt deze wijzigingen online doorvoeren in uw zorgoverzicht op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14.

A6 Hoe kunt u de verzekering opzeggen?

- Als u verzekeringnemer bent, kunt u opzeggen met een brief.
- Als uw e-mail adres bij ons geregistreerd is, kunt u ook per e-mail opzeggen.
- Geef bij opzegging duidelijk aan welke verzekering u precies wilt opzeggen: uw Basisverzekering, uw aanvullende verzekering of uw tandartsverzekering. Wilt u ook duidelijk aangeven voor welke verzekerden de opzegging geldt?

A7 Wanneer kunt u opzeggen?

Als u verzekeringnemer bent, kunt u:

- altijd opzeggen per 1 januari. De zorgverzekeraar moet uw opzegging dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben,
- tussentijds de verzekering van een andere verzekerde opzeggen als die verzekerde ergens anders een Basisverzekering heeft gesloten. De opzegging gaat in op de dag waarop de verzekerde krachtens een andere Basisverzekering verzekerd wordt. Voorwaarde is dan wel dat de opzegging voorafgaande aan die dag is ontvangen door HEMA Zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de 2^e kalendermaand volgende op de dag waarop is opgezegd,
- uw verzekering ook opzeggen als de zorgverzekeraar de voorwaarden verandert en de nieuwe voorwaarden voor u nadelig zijn. De zorgverzekeraar moet uw opzegging dan op zijn laatst één maand nadat de wijziging u is meegedeeld, ontvangen hebben. De opzegging gaat dan in op de dag dat de wijziging ingaat. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij de zorgverzekeraar de zorgverzekering opzegt, en als u dat aangeeft ook de aanvullende verzekering en tandartsverzekering, opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- indien de verzekerde op grond van art 9d, eerste lid Zorgverzekeringswet is verzekerd deze zorgverzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CVZ hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen indien de verzekerde aan het CVZ en de zorgverzekeraar aantoont in de periode bedoeld in artikel 9d eerste lid Zorgverzekeringswet reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is (artikel 9d.5 Zorgverzekeringswet).

Let op!

Opzeggen kan niet met terugwerkende kracht. U kunt de verzekering niet opzeggen als de zorgverzekeraar wettelijk verplicht is deze te veranderen. U kunt de Basisverzekering niet opzeggen als u de premie niet heeft betaald en daarvoor bent aangemaand, tenzij de zorgverzekeraar de dekking heeft geschorst of de opzegging binnen 2 weken heeft bevestigd. Zo nodig in afwijking van artikel 7 Zorgverzekeringswet kan, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, een verzekeringnemer een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid van artikel 9d Zorgverzekeringswet niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt (artikel 9d.7 Zorgverzekeringswet).

Voorbeelden

1. Uw dochter gaat uit huis en wil zichzelf verzekeren. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van uw dochter opzeggen per de datum dat zij een eigen verzekering heeft gesloten.
2. Wegens echtscheiding wensen u en uw ex-partner beiden een eigen verzekering. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van de verzekerde (ex-partner) opzeggen. Dit kan zodra hij of zij een eigen verzekering heeft gesloten.
3. U bent individueel verzekerd. Op 1 mei treedt u in dienst bij een andere werkgever. U wilt toetreden tot de collectiviteit van uw nieuwe werkgever. Dat kan niet per 1 mei, maar wel per 1 januari aanstaande.

A8 Kan de zorgverzekeraar de verzekering beëindigen?

De zorgverzekeraar kan de verzekering beëindigen als:

- De premie niet is betaald, zie artikel A13.
- U informatie heeft achtergehouden of verkeerde informatie heeft gegeven, zie artikel A22.
- U zich tegenover de zorgverzekeraar of haar personeel heeft misdragen.
- In afwijking van artikel 931 boek 7 Burgerlijk Wetboek is de zorgverzekeraar bevoegd een met hem gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat degene die het CVZ bij hem verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was (artikel 9d.6 Zorgverzekeringswet).

A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering van rechtswege?

Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de dag nadat:

- Uw verzekeringsplicht eindigt.
- U komt te overlijden.
- De zorgverzekeraar het werkgebied wijzigt en u buiten dat gebied woont.
- De zorgverzekeraar geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden.

Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de 1^e dag van de 2^e maand volgende op de dag waarop u ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten het werkgebied van HEMA Zorgverzekering. Als de zorgverzekeraar het werkgebied wijzigt of geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden stelt de zorgverzekeraar u daarvan uiterlijk 2 maanden voordat uw Basisverzekering eindigt, op de hoogte.

A10 Bedenktijd

U heeft een verzekering bij de zorgverzekeraar afgesloten en u bedenkt zich. U kunt dan tot uiterlijk 14 dagen na ontvangst van uw zorgpolis de verzekering ontbinden. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Wanneer u binnen deze 14 dagen uw verzoek tot ontbinding aan de zorgverzekeraar heeft verzonden, zal de verzekering worden ontbonden. De verzekering wordt als niet afgesloten beschouwd. Dat betekent dat u geen premie of kosten hoeft te betalen. U krijgt ook geen kosten vergoed. U kunt de verzekering ontbinden op dezelfde wijze als genoemd in artikel A6.

A11 Waarover informeert u HEMA Zorgverzekering?

- U informeert de zorgverzekeraar schriftelijk en binnen 30 dagen over verhuizing, overlijden, wijziging van (post) bankrekeningnummer, in diensttreding als militair in actieve dienst, begin en einde van detentie, het niet langer voldoen aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit, het vervallen van de verzekeringsplicht voor de Basisverzekering en wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij de zorgverzekeraar heeft opgezegd.
- U verleent uw medewerking als de zorgverzekeraar informatie nodig heeft. Bijvoorbeeld de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.

- U informeert en helpt de zorgverzekeraar als u ziektekosten hebt gemaakt waarvoor iemand anders aansprakelijk is, bijvoorbeeld na een verkeersongeval of medische fout. U kunt dan bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. De zorgverzekeraar kan dan de schade verhalen en daarmee de premies zo laag mogelijk houden. U mag zelf geen regeling treffen met deze aansprakelijke derde of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor de zorgverzekeraar.

Als de zorgverzekeraar op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert de zorgverzekeraar u daarover direct.

A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico

1 Premie

- Per 1 januari 2014 bedraagt de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 89,- per kalendermaand. De te betalen premie is de geldende premiegrondslag verminderd de premiekorting behorende bij een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico. De te betalen premie vindt u in de zorgpolis.
- U bent verplicht voor de Basisverzekering premie te betalen als u 18 jaar of ouder bent. Tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u de leeftijd van 18 jaar bereikt, bent u voor de Basisverzekering geen premie verschuldigd.
- De zorgverzekeraar moet uw premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U mag de premie niet verrekenen met een uitkering die u verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van de zorgverzekeraar bepaalt de zorgverzekeraar waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als u niet per automatische incasso betaalt, kan de zorgverzekeraar kosten in rekening brengen.
- Als u met de zorgverzekeraar een betalingsregeling heeft, kan de zorgverzekeraar kosten in rekening brengen.

2 Manier van betalen

Als u voor betaling van de premie de zorgverzekeraar machtigt tot automatische incasso, geldt deze machtiging ook voor alle andere bedragen die u moet betalen aan de zorgverzekeraar, zoals het eigen risico en eigen bijdragen. Als u via automatische incasso betaalt, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. De uiterste termijn waarop u geïnformeerd wordt voordat er een bedrag via automatische incasso wordt afgeschreven is 5 werkdagen. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage

- De zorgverzekeraar kan u het eigen risico en eigen bijdrage in rekening brengen van u en van alle verzekerden die u heeft verzekerd.
- Als u het eigen risico en eigen bijdrage anders dan per automatische incasso betaalt, kan de zorgverzekeraar kosten in rekening brengen.

A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt

Basisverzekering en aanvullende verzekering

1. De zorgverzekeraar stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
2. Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:
 - De zorgverzekeraar kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft.
 - U blijft verplicht de premie te voldoen.
 - Betalingskortingen vervallen.
 - U moet de incassokosten betalen, wegens de extra werkzaamheden van de zorgverzekeraar, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en wegens de werkzaamheden van de deurwaarder.
 - U moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.
3. Als de zorgverzekeraar de premie, incassokosten en de wettelijke rente heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van de zorgverzekeraar toestemming had voor een behandeling of verstrekking.
4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan de zorgverzekeraar de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.

5. De zorgverzekeraar kan het sturen van een aanmaning en het innen van een vordering overdragen aan een incassopartner.

Mocht de vordering zijn overgedragen aan een incassopartner, dan kan de zorgverzekeraar ook nieuwe openstaande vorderingen overdragen zonder dat u hiervoor een aanmaning heeft ontvangen.

Basisverzekering

Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan de zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet uw Basisverzekering bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) aanmelden voor bronheffing. Er wordt u dan een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie opgelegd. Die premie wordt ingehouden op bijvoorbeeld uw salaris of uitkering. U kunt hieronder lezen wanneer de melding bij het CVZ plaatsvindt. De regels hierover kunt u vinden in artikel 18a tot en met 18g van de Zorgverzekeringswet. Daar staat ook beschreven welke regels van toepassing zijn als het CVZ de bestuursrechtelijke premie bij u gaat innen.

Wat gebeurt er als u 2 maanden geen premie heeft betaald

1. Nadat is vastgesteld dat u 2 maanden geen premie heeft betaald, kan de zorgverzekeraar u een betalingsregeling aanbieden. Die betalingsregeling houdt in:
 - a. Dat u de zorgverzekeraar machtigt om automatisch bij u te incasseren.
 - b. Dat u met de zorgverzekeraar afspraken maakt om uw betalingsachterstand in termijnen terug te betalen.
 - c. Dat de zorgverzekeraar de Basisverzekering niet zal beëindigen of de dekking van de Basisverzekering zal schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u de gemaakte afspraken over de betalingen niet nakomt.
2. Heeft u iemand anders verzekerd? En heeft u de premie voor de Basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in dat wij u aanbieden om deze verzekering te beëindigen. Dit aanbod geldt alleen als:
 - a. De verzekerde voor zichzelf een Basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden, en
 - b. in het geval de verzekerde bij de zorgverzekeraar blijft, hij een machtiging heeft gegeven als bedoeld onder a van 1.
3. In de brief waarin de zorgverzekeraar u een betalingsregeling aanbiedt staat dat u vier weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. In de brief zullen wij u ook uitleggen wat er gebeurt als u de premie 6 maanden niet betaalt. In de brief zullen wij u ook vertellen dat u schuldhulpverlening kunt krijgen en hoe u die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening mogelijk is.
4. Als u (ook) iemand anders heeft verzekerd, krijgt die persoon dezelfde brief over de betalingsregeling als u heeft gekregen.

Wat gebeurt er als u 4 maanden geen premie heeft betaald

5. Als u 4 maanden geen premie heeft betaald, informeren wij u en uw medeverzekerden dat de zorgverzekeraar van plan is u te melden bij het CZV, zodra u 6 maanden of langer geen premie heeft betaald. Als de zorgverzekeraar u meldt bij het CVZ betekent dit dat het CVZ over zal gaan tot heffing van de bestuursrechtelijke premie.
 - a. De zorgverzekeraar zal de melding (nog) niet doen als u op tijd laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij de zorgverzekeraar. Of als u op tijd laat weten dat u vindt dat de hoogte van de schuld niet juist is. U bent op tijd als u de zorgverzekeraar daarover een brief stuurt, maximaal 4 weken nadat u door ons geïnformeerd bent. De zorgverzekeraar zal dan onderzoeken of zij uw schuld goed heeft berekend. Als de zorgverzekeraar vindt dat zij uw schuld goed heeft berekend dan informeert de zorgverzekeraar u daarover. Als u het niet eens bent met dat oordeel van de zorgverzekeraar dan kunt u dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of aan de burgerlijke rechter. U moet dat doen binnen 4 weken nadat u de brief van de zorgverzekeraar heeft ontvangen. Zie ook artikel A16.
 - b. U kunt ook vragen of de zorgverzekeraar met u een betalingsregeling wil aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt kunt u hierboven lezen onder 1 en 2. Als de zorgverzekeraar met u een betalingsregeling afsprekt zal de zorgverzekeraar u niet melden bij het CVZ zolang u de nieuwe premies op tijd betaalt.

Wat gebeurt er als u 6 maanden geen premie heeft betaald

6. Als de zorgverzekeraar heeft vastgesteld dat u 6 maanden geen premie heeft betaald zal de zorgverzekeraar u aanmelden bij het CVZ. De zorgverzekeraar zal aan het CVZ uw persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die u heeft verzekerd. De zorgverzekeraar geeft alleen die persoonsgegevens aan het CVZ die ze nodig hebben om bij u de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U en de persoon die u heeft verzekerd, worden hierover ook door de zorgverzekeraar geïnformeerd.

A14 Mag de zorgverzekeraar de voorwaarden en premie wijzigen?

De zorgverzekeraar mag de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Een wijziging van de grondslag van de premie van de Basisverzekering treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

A15 Als u een nota indient

Vaak betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt. Als u die indient, let u dan op het volgende:

- de nota mag niet ouder zijn dan 3 jaar,
- een nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld,
- als een nota vertaald moet worden, komen de vertaalkosten voor uw rekening.

U kunt uw nota online indienen via Mijn zorgoverzicht. Let u dan op het volgende:

- een gescande nota wordt gezien als origineel,
- de zorgverzekeraar kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen.

U kunt uw nota ook per post indienen. Let u dan op het volgende:

- het moet een originele nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- nota's worden niet aan u teruggestuurd.

Tip

Laat een nota niet liggen. Spaar uw nota's liever niet op. U kunt een nota het beste direct indienen.

Let op!

- Als een nota aan het voorgaande niet voldoet, ontvangt u geen vergoeding.
- Als u online declareert, moet u zelf de originele nota 3 jaren bewaren.
- Voor alle verzekeringen (Basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen) op de zorgpolis geldt het volgende: de zorgverzekeraar mag elke vergoeding aan iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis uit elke verzekering verrekenen met elke vordering van de zorgverzekeraar uit elke verzekering op iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis.
- Een nota in buitenlandse valuta rekent de zorgverzekeraar om in euro's. Dat gebeurt tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven.

A16 Klachten en geschillen

Als u niet tevreden bent over de dienstverlening, wil de zorgverzekeraar dit graag van u weten.

Hoe kunt u een klacht indienen?

- U vult het online klachtenformulier in, of u belt onze Klantenservice op 0900 411 41 14, of u stuurt de zorgverzekeraar een brief waarin u zegt waarover u ontevreden bent en waarom.
- Die brief kunt u sturen naar de afdeling Klachtenmanagement van HEMA Zorgverzekering, Postbus 704, 7500 AS Enschede.
- De zorgverzekeraar zal uw brief zorgvuldig lezen en zorgen dat u antwoord krijgt.
- Als u het niet eens bent met het antwoord van de zorgverzekeraar of binnen 30 dagen geen antwoord heeft gekregen, kunt u uw probleem voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist.
- De SKGZ zal uw probleem eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman probeert door bemiddeling voor een oplossing te zorgen. Als bemiddeling niet mogelijk is, of als de poging tot bemiddeling niet slaagt, kunt u uw probleem voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ.
- Behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost € 37. De behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen eindigt met een bindend advies. Aan dit advies moeten de zorgverzekeraar en u zich houden.
- Ook kunt u uw zaak voorleggen aan één van de volgende instanties:
 - als het gaat over formulieren: de Nederlandse Zorgautoriteit, t.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht.
 - de burgerlijke rechter.

Let op!

Voor klachten over premieachterstand geldt een afwijkende termijn:

Als u een premieachterstand van 4 maanden heeft zult u van de zorgverzekeraar een brief krijgen waarin staat dat de zorgverzekeraar u gaat melden bij het College voor Zorgverzekeringen. Als u het daarmee niet eens bent kunt u bij de zorgverzekeraar een klacht indienen. Uiterlijk 4 weken nadat de zorgverzekeraar een beslissing over deze klacht heeft genomen kunt u een klacht indienen bij de SKGZ.

Bij wie moet u zijn?

Als u niet precies weet bij wie u moet zijn, kan de afdeling Klachten en Bezwaar u daarbij helpen.

- Afdeling Klachtenmanagement van HEMA Zorgverzekering, Postbus 704, 7500 AS Enschede
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist
- Nederlandse Zorgautoriteit, t.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

A17 De Zorgverzekeraar

Menzis is de risicodragers van uw HEMA Zorgverzekering. Met Menzis wordt bedoeld Menzis Zorgverzekeraar N.V. als het om de Basisverzekering gaat en Menzis N.V. als het om de aanvullende verzekering of de tandartsverzekering gaat. De Coöperatie Menzis U.A. is enig aandeelhouder van Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. Door het afsluiten van de verzekering wordt u als verzekerde van de HEMA Zorgverzekering lid van de Coöperatie Menzis U.A. Deze Coöperatie is gericht op het behartigen van de belangen van haar leden. De Coöperatie Menzis U.A., Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. hebben geen winstoogmerk.

A18 Molest

U heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. Deze 6 genoemde vormen van molest, evenals de definities daarvan, kunt u vinden in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd onder nummer 136/1981.

A19 Terrorisme

Als één of meer terroristische handelingen plaatsvinden waardoor u zorg nodig heeft, geldt voor de Basisverzekering het volgende: Als de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij N.V. verwacht dat de totale schade die in een kalenderjaar als gevolg van zulke handelingen wordt gedeclareerd bij schade-, levens-, of natuur-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximum bedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg of de vergoeding daarvan tot een door die maatschappij voor alle verzekeringen te bepalen gelijk percentage van de kosten of de waarde van de zorg of overige diensten. Het is mogelijk dat de zorgverzekeraar na een terroristische handeling een aanvullende bijdrage krijgt op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering. Als dit het geval is, heeft u in aanvulling op de prestaties bedoeld in de eerste zin van dit artikel, recht op prestaties waarvan de omvang wordt bepaald bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

A20 Aansprakelijkheid

De zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg u gebruik heeft gemaakt. De eventuele aansprakelijkheid van de zorgverzekeraar voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen van de zorgverzekeraar is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de verzekering voor rekening van de zorgverzekeraar zouden zijn gekomen.

A21 Geen vergoeding voor niet nagekomen afspraak

U heeft geen recht op vergoeding van kosten die aan u in rekening worden gebracht omdat u een afspraak met uw zorgaanbieder niet bent nagekomen.

A22 Fraudebestrijding

Als u of de verzekeringnemer de zorgverzekeraar opzettelijk misleidt, vervallen uw rechten. U krijgt dan geen vergoeding en de zorgverzekeraar beëindigt al uw verzekeringen. Wat de zorgverzekeraar eventueel al heeft betaald, aan u of rechtstreeks aan een zorgaanbieder, moet u terugbetalen. Ook moet u de onderzoekskosten aan de zorgverzekeraar betalen. De zorgverzekeraar doet aangifte en uw gegevens worden geregistreerd. Dat gebeurt in de registers volgens het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars.

A23 Gedragscode persoonsgegevens

- U heeft ons persoonsgegevens toevertrouwd, zoals uw naam, adres en geboortedatum. De zorgverzekeraar zal met deze gegevens zorgvuldig omgaan. Uw gegevens worden gebruikt voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekering. De zorgverzekeraar gebruikt uw gegevens voor het uitvoeren van wettelijke verplichtingen en statistische analyses. Ook gebruikt de zorgverzekeraar uw persoonsgegevens om u te informeren over producten en diensten die voor u van betekenis kunnen zijn. Als u inzage wenst in uw gegevens of geen prijs stelt op informatie over onze producten en diensten, kunt u ons dit schriftelijk laten weten. Meer informatie kunt u vinden op de website.
- Op verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. De zorgverzekeraar houdt zich aan de regels van de Gedragscode. Materiële controle, het verwerken van medische gegevens en fraudeonderzoek worden verricht op de manier zoals in de Gedragscode is vastgelegd.
- Bij de uitvoering van uw verzekering zijn behalve de zorgverzekeraar ook anderen betrokken, zoals zorgaanbieders of een factoringbureau dat nota's incasseert. Het is voor de goede uitvoering van uw verzekering soms nodig dat de zorgverzekeraar uw persoonsgegevens aan die personen verstrekt en zij aan ons. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben gegeven.
- In het geval u een nota online declareert, heeft de zorgverzekeraar het recht bij de zorgaanbieder te controleren of de zorgaanbieder deze nota aan u heeft verzonden. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben gegeven.
- De zorgverzekeraar neemt uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie op. Uw zorgaanbieder, andere dienstverleners van zorg en de zorgverzekeraar gebruiken uw BSN bij elke vorm van communicatie.

A24 Overig

- De datum waarop u bent behandeld, een geneesmiddel is bereid of een hulpmiddel is afgeleverd, is bepalend voor de vergoeding. De datum waarop de nota is uitgeschreven of betaald is niet van belang. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder dat in 1 bedrag in rekening mag brengen, is de datum waarop de behandeling is gestart bepalend.
- U verleent de zorgverzekeraar volmacht teveel betaalde vergoeding terug te vorderen.
- U kunt de zorgverzekeraar bellen of bezoeken. Een eventuele mondelinge toezegging wordt na uw verzoek schriftelijk bevestigd. Een eventuele mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging niet geacht te zijn gedaan.
- Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

algemene voorwaarden HEMA Aanvullende verzekering en Tandartsverzekering

De artikelen A25 t/m A33 zijn alleen van toepassing op de HEMA Aanvullende verzekering en de HEMA Tandartsverzekering.

A25 Opzeggen

Als u verzekeringnemer bent en de Basisverzekering opzegt, kunt u uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering bij de zorgverzekeraar laten doorlopen of per dezelfde datum opzeggen.

A26 Kan de zorgverzekeraar de verzekering beëindigen?

De zorgverzekeraar kan de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering beëindigen als:

- u in een ander land dan Nederland gaat wonen, of
- u langer dan 12 maanden in een ander land dan Nederland verblijft, of
- de zorgverzekeraar de betrokken aanvullende verzekering of tandartsverzekering uit de markt neemt en niet langer aanbiedt.

A27 Wijziging

Als u verzekeringnemer bent en u wijzigt uw aanvullende- of tandartsverzekering aansluitend voor een andere aanvullende- of tandartsverzekering van HEMA Zorgverzekering, dan onderbreekt dat de verzekeringsduur niet. Ook niet als deze wijziging komt doordat u of andere op de zorgpolis genoemde verzekerden gaan deelnemen aan een collectieve verzekering of de deelname daaraan eindigt. Of na schorsing van de dekking wegens wanbetaling. Een bestaande termijn voor een vergoeding gaat dan niet opnieuw in. De verzekeringsduur wordt wel onderbroken als u de aanvullende en tandartsverzekering beëindigt en u niet aansluitend weer een aanvullende- of tandartsverzekering van de zorgverzekeraar afsluit.

A28 Premie

- Menzis N.V. heeft Menzis Zorgverzekeraar N.V. gemachtigd om de premie voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen te incasseren en eventuele andere vorderingen (zoals eigen bijdragen) voor haar te innen. Zelfs als daarvoor een deurwaarder wordt ingeschakeld of een procedure wordt aangespannen.
- De zorgverzekeraar kan een eigen bijdrage in rekening brengen bij de verzekeringnemer of de verzekerde om wie het gaat.
- Als u verzekeringnemer bent en ook na aanmaning de premie niet betaalt, kan de zorgverzekeraar de aanvullende verzekering en tandartsverzekering beëindigen op de begindatum van de periode waarop de premie betrekking heeft. U bent verplicht voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen premie te betalen als u 18 jaar of ouder bent. De zorgverzekeraar kan premie in rekening brengen voor de aanvullende verzekering van een verzekerde jonger dan 18 jaar. Dat kan als er geen verzekerde van 18 jaar of ouder op de zorgpolis staat vermeld die voor datzelfde pakket, of een pakket met een hoger nummer, premie betaalt.

A29 Voor uw kind

De zorgverzekeraar accepteert u zonder medische selectie voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen. Voor een kind tot 18 jaar kan een aanvullende verzekering met een uitgebreidere dekking worden aangevraagd dan die van één van de verzekerden van 18 jaar of ouder die op de zorgpolis staan vermeld. Voor het kind wordt dan een volwassen premie in rekening gebracht.

A30 Samenloop

- De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering - al dan niet van latere datum - of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed worden.
- De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden ook geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering, al dan niet van latere datum, of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed zouden worden als u de aanvullende verzekering of tandartsverzekering niet zou hebben afgesloten.
- Als u een beroep doet op de aanvullende verzekering of tandartsverzekering, terwijl u ook op een andere verzekering of voorziening, bijvoorbeeld een reisverzekering, een beroep zou kunnen doen, dan moet u de zorgverzekeraar over die andere verzekering of voorziening informeren.

A31 Terrorisme

Wanneer er sprake is van terroristisch handelen, geldt voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering het volgende: u heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting af te wenden. Dit is anders als deze kosten zijn herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Het Clausuleblad Terrorismedekking maakt deel uit van de verzekering en is te raadplegen via www.terrorismedeverzekerd.nl en wordt op verzoek toegezonden.

A32 Atoomkernreacties

Zorg of vergoeding van de kosten van zorg die het gevolg zijn van atoomkernreacties zijn niet verzekerd voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Onder atoomkernreacties valt iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

A33 Afwijzing aanvraag

De zorgverzekeraar kan een verzoek tot het aangaan van een aanvullende verzekering of tandartsverzekering onder andere weigeren als:

- U nog premie moet betalen voor een andere verzekering van HEMA Zorgverzekering.
- U zich schuldig heeft gemaakt aan (verzekerings)fraude.
- U bij de zorgverzekeraar geen Basisverzekering heeft gesloten.

uw HEMA Basisverzekering

Hierna vindt u op alfabetische volgorde de zorg omschreven waarvoor u verzekerd bent.

Uw Basisverzekering

De overheid stelt het verzekerde pakket van de Basisverzekering vast. De Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving, schrijft voor waarvoor u verzekerd moet zijn. Elke zorgverzekeraar moet zich strikt aan de wet houden. In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor u verzekerd bent. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden onverhoopt niet helemaal overeenkomt met de wettelijke regeling, dan geldt voor u wat in die wettelijke regeling staat.

Natura

U heeft gekozen voor de HEMA Basisverzekering. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont, of daarbuiten en die een zorgverzekering moet afsluiten. De HEMA Basisverzekering is een verzekering die grotendeels een naturaverzekering is. Natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf. De geestelijke gezondheidszorg en de mondzorg zijn verzekerd op basis van restitutie met gecontracteerde zorg. Restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen. Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent.

Naar een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorgverzekeraar sluit overeenkomsten met zorgaanbieders over kwaliteit, prijs, toegankelijkheid en toegangstijden. De zorgverzekeraar heeft geregeld dat de nota rechtstreeks van de zorgaanbieder naar de zorgverzekeraar wordt gestuurd. In de volgende artikelen kunt u nalezen welke soort zorgaanbieder de zorg mag leveren. Een zorgaanbieder is bijvoorbeeld een ziekenhuis, medisch specialist, logopedist, fysiotherapeut, enzovoort.

De zorgvinder

De zorgverzekeraar maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met de zorgverzekeraar voor verzekerden met een HEMA Basisverzekering een overeenkomst hebben, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14.

Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten tot een maximumbedrag. Hoeveel dat is, ziet u in de volgende artikelen bij de verschillende vormen van zorg. De maximale bedragen zijn een percentage van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor deze behandeling heeft gecontracteerd. Het percentage kan per zorgvorm verschillen. Bij sommige vormen van zorg wordt verwezen naar een lijst met maximale bedragen. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Let op!

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan. Voor het jaar 2014 is voorwaardelijk toegelaten:

- Behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, als de verzekerde deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt betaald (ZonMw is een instituut dat in opdracht van de overheid innovaties in de zorg onderzoekt en stimuleert);
- behandeling van therapieresistente hypertensie (hoge bloeddruk waarbij de standaardbehandeling niet voldoende effectief is) met toepassing van percutane renale denervatie. Deze behandeling is alleen verzekerd als de verzekerde deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt betaald;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie. Deze behandeling is alleen verzekerd als de verzekerde deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)";
- behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose als de verzekerde deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt betaald;
- het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn als de verzekerde deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt betaald.

Let op!

Er geldt een overgangsbepaling voor de vormen van zorg genoemd onder a), b) en c). Ontving u op 31 december 2013 de zorg genoemd onder a), b) of c) en neemt u niet deel aan het onderzoek wat onder a), b) of c) genoemd wordt maar voldoet u wel aan de voorwaarden die op 31 december 2013 golden? Dan houdt u recht op deze zorg gedurende de periode van de voorwaardelijke toelating. Voor a) is dit tot 1 januari 2016, voor b) en c) tot 1 januari 2017.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

Verzekeringsreglement

In de verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar het Verzekeringsreglement, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering. Deze maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. Het Verzekeringsreglement kunt u downloaden op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Het Besluit Zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering kunt u ook vinden op www.overheid.nl.

Toestemming

Voor bepaalde vormen van zorg heeft u vooraf schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Waar dat het geval is, staat het vermeld en ook wat u moet doen om de toestemming te krijgen.

Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 360,- per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand € 20,-.

Let op!

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in artikel 'Transplantatie', bij het 7^e streepje onder 'Welke zorg', is verstreken.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als de zorgverzekeraar rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van de zorgverzekeraar) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan HEMA Zorgverzekering. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van HEMA Zorgverzekering. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Voorbeelden

1. U wordt op 20 november 18 jaar. Het eigen risico gaat dan gelden vanaf 1 december. Dat jaar is het eigen risico voor 31/365 deel van toepassing.
2. U heeft een eigen risico van € 360. U wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U ontvangt dan een nota van de zorgverzekeraar van € 360.
3. U wordt op 20 december 2014 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2015 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu éénmaal toegepast in het jaar 2014.

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast is de volgende:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar geen contract heeft, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg (of recht op vergoeding van kosten van zorg als het om mondzorg of geestelijke gezondheidszorg gaat) van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg (of recht op vergoeding van kosten van zorg als het om mondzorg of geestelijke gezondheidszorg gaat) van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het gemiddeld door de zorgverzekeraar in Nederland gecontracteerde tarief.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 678. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale in bij spoedeisende zorg.

Hieronder vindt u verschillende soorten zorg, op alfabetische volgorde.

Audiologische hulp

Audiologische hulp is een vorm van medisch specialistische zorg. Audiologische hulp is het voorkomen, opsporen, onderzoeken en behandelen van allerlei stoornissen aan het gehoor.

Welke zorg

U heeft recht op:

- Onderzoek naar de gehoorfunctie.
- Advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur.
- Voorlichting over het gebruik van de apparatuur.
- Psychosociale zorg als u problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie.
- Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor audiologische hulp naar een audiologisch centrum. De zorgverzekeraar heeft audiologische centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u via de zoekterm 'audiologische hulp' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een audiologisch centrum dat geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. Een DBC-Zorgproduct is een unieke code (van veertien cijfers) die de zorgvraag, diagnose en de totale behandeling van een patiënt weergeeft. Het gaat om alle activiteiten van het ziekenhuis en de betrokken medisch specialisten. Het ziekenhuis gebruikt het DBC-Zorgproduct in de administratie.

Verwijzing

U heeft alleen recht op audiologische hulp als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist (kinderarts of keel-, neus- en oorarts).

Extra informatie

Zoekt u informatie over gehoorhulpmiddelen (hoortoestel)? Gehoorhulpmiddelen vallen onder Hulpmiddelen. Meer informatie vindt u in het Verzekeringsreglement en de Regeling zorgverzekering. Het Verzekeringsreglement kunt u vinden op www.hemaverzekeringen.nl, de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op www.overheid.nl.

Dieetadvies

Dieetadvies is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Een diëtist is de aangewezen deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig aanpast. De diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke gezondheid bevorderen.

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op maximaal 3 behandelingen dieetadvies met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Een behandeluur bestaat uit de geplande tijd die de diëtist met u in gesprek is en de gemiddelde tijd die nodig is voor de werkzaamheden rondom het consult (bijvoorbeeld informatie opzoeken, een dieetadvies op papier zetten of een rapportage aan de arts maken).

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een diëtist die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op www.kwaliteitsregisterparamedici.nl. De zorgverzekeraar heeft diëtisten gecontracteerd. U kunt uit deze diëtisten kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van diëtisten die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een diëtist die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist of jeugdarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als u naar een gecontracteerde diëtist gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u naar een niet gecontracteerde diëtist gaat.
- Als u naar een diëtist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt.
- Als u dieetadvies buiten de praktijk van de diëtist wilt.

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde diëtist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een diëtist direct toegankelijk is.

Let op!

Dit geldt niet als u naar een diëtist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt, of als u dieetadvies buiten de praktijk van de diëtist wilt.

Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een voedingsmiddel met een andere samenstelling én in een andere vorm dan normale voeding. Een voorbeeld is sondevoeding.

Welke zorg

U heeft recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. U heeft alleen recht op dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding, en:

- U lijdt aan een stofwisselingsstoornis.
- U lijdt aan een voedselallergie.
- U lijdt aan een resorptiestoornis.
- U lijdt aan een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
- daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor dieetpreparaten naar een apotheek, een apotheekhoudende huisarts of een leverancier van dieetpreparaten. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. U krijgt voor dieetpreparaten maximaal de apotheekinkoopprijs zoals deze geldt in de maand van aflevering, min een korting van 20%. Deze inkoopprijs is opgenomen in de Z-indextaxe (prijzlijst voor geneesmiddelen die maandelijks door het bedrijf Z-index wordt uitgegeven). Voor de zorgkosten (bijvoorbeeld advies over geneesmiddelengebruik) geldt een maximum vergoedingsbedrag. U kunt deze bedragen vinden op www.hemaverzekeringen.nl.

Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, medisch specialist of diëtist.

Maximale periode

Per recept heeft u recht op dieetpreparaten voor maximaal 1 maand.

Toestemming

Als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, levert u samen met het recept een door uw huisarts, medisch specialist of diëtist ingevulde artsverklaring in. Als aan de indicatievoorwaarden is voldaan krijgt u de dieetpreparaten direct mee. Als u naar een zorgaanbieder gaat die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, heeft u voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. U kunt in dat geval gebruik maken van een aanvraagformulier farmaceutische zorg van HEMA Zorgverzekering. Bij de aanvraag moet u een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van uw behandelend arts meesturen. U kunt het aanvraagformulier vinden op www.hemaverzekeringen.nl.

Let op!

- Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals in de supermarkt of bij de drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.
- De artsverklaring wordt beoordeeld door de zorgaanbieder. Als u dat niet op prijs stelt, wordt de artsverklaring beoordeeld door de zorgverzekeraar.

Dyslexiezorg

Kinderen met dyslexie hebben moeite met lezen en spellen. Ze herkennen woorden niet en lezen woorden daarom bijna letter voor letter. Het is moeilijk om van die letters één woord te maken en om van alle woorden een vloeiende, logische zin te maken. Met dyslexiezorg kan het probleem bij kinderen met ernstige, enkelvoudige dyslexie zo klein mogelijk worden gemaakt.

Welke zorg

U heeft recht op diagnose en behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie als u 7 jaar of ouder bent en basisonderwijs volgt.

Protocol

De zorg moet worden verleend volgens het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling. Dit protocol maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt het protocol vinden op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 0900 411 41 14.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor dyslexiezorg naar een in dyslexie gespecialiseerde praktijk of instituut, waar de zorg wordt geboden door of onder supervisie van een GZ-psycholoog, NIP Kinder- en Jeugdpsycholoog of NVO Orthopedagoog-Generalist gespecialiseerd in dyslexiezorg. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op dyslexiezorg als u vooraf een verwijzing heeft van uw basisschool. Deze verwijzing moet de informatie bevatten die omschreven is in het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling.

Heeft u vragen over dyslexiezorg voor uw kind? Belt u dan met de Kinderzorglijn op 088 222 43 43.

Erfelijkheidsonderzoek

Erfelijkheidsonderzoek is een vorm van medisch specialistische zorg (zie ook het artikel "medisch specialistische zorg"). Bij erfelijkheidsonderzoek wordt uitgezocht of een bepaalde aandoening of aangeboren afwijking erfelijk is.

Welke zorg

U heeft recht op:

- centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten,
- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek,
- biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek,
- erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding,
- onderzoek bij andere personen als dit nodig is om u te adviseren. Deze andere personen kunnen dan ook geadviseerd worden.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een erfelijkheidsonderzoek naar een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Dit is een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering. De zorgverzekeraar heeft centra voor erfelijkheids-onderzoek gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u via de zoekterm 'erfelijkheidsonderzoek' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. Als u kiest voor een centrum dat geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op erfelijkheidsonderzoek als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Ergotherapie

Ergotherapie helpt mensen die door lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoeningen problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De ergotherapeut zorgt voor praktische oplossingen in de omgeving van de cliënt, zodat dagelijkse handelingen weer mogelijk zijn. De ergotherapeut kan ook advies geven over het gebruik van hulpmiddelen en ondersteuning bieden in de aanvraagprocedure.

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op maximaal 10 behandeluren ergotherapie als dit het doel heeft uw zelfzorg en uw zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een ergotherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteits-geregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op www.kwaliteitsregisterparamedici.nl. De zorgverzekeraar heeft ergotherapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze ergotherapeuten kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een ergotherapeut die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist of jeugdarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als u naar een gecontracteerde ergotherapeut gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u naar een niet gecontracteerde ergotherapeut gaat.
- Als u naar een ergotherapeut gaat die werkzaam is in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum.

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde ergotherapeut gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een ergotherapeut direct toegankelijk is. Let op!: Dit geldt niet als u naar een ergotherapeut gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt.

Fysiotherapie, oefentherapie, bekken therapie

Fysiotherapie

De fysiotherapeut stabiliseert, vermindert of herstelt een functiestoornis of de gevolgen daarvan door het toepassen van fysiotherapie, advisering of begeleiding. Hiermee probeert hij de functie van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Normale houding en beweging zijn weer mogelijk of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

Welke zorg

U heeft recht op fysiotherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar.

18 jaar of ouder

U heeft recht op fysiotherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op fysiotherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is kunt u vinden op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst kunt u vinden op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice op 0900 411 41 14.

Let op!

U heeft geen recht op de eerste 20 behandelingen per aandoening. In de aanvullende verzekeringen van de zorgverzekeraar zijn een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op fysiotherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1^e behandeling. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld staat, heeft u recht op ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de eerste 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Heeft u vragen over fysiotherapie voor uw kind? Belt u dan met de Kinderzorglijn op 088 222 43 43.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut, een kindfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemtherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkentherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en litteken therapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. De zorgverzekeraar heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, jeugdarts of tandarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als het gaat om een aandoening die staat op de hierboven bedoelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Uw medisch specialist moet in dat geval de diagnose gesteld hebben.
- Als u jonger bent dan 18 jaar: Als u voor de eerste negen behandelingen naar een niet gecontracteerde therapeut gaat of naar een gecontracteerde therapeut gaat die niet direct toegankelijk is
- Als u jonger bent dan 18 jaar: Als het gaat om de tweede behandelreeks van 9 behandelingen.
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut.

Let op!

- Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, slender you en groepszwemmen, is niet verzekerd.
- Wanneer de kinderfysiotherapeut hiervoor een overeenkomst heeft gesloten kan een behandeling ook in de vorm van een beweegprogramma worden gegeven.
- Het is mogelijk dat de zorgverzekeraar navraag doet over nut en noodzaak van de behandeling bij de fysiotherapeut. Bijvoorbeeld als u meer dan 50 behandelingen per jaar krijgt. De zorgverzekeraar en de beroepsgroep van fysiotherapeuten vinden doelmatige zorgverlening belangrijk. Zo zorgen we ervoor dat u de juiste behandeling krijgt en kunnen we de kosten voor u zo laag mogelijk houden.

Oefentherapie (Cesar/Mensendieck)

Oefentherapie is een behandeling volgens de theorieën van Cesar of Mensendieck. De therapie is gericht op de verbetering van de houding en manier van bewegen van mensen met lichamelijke klachten. Marie Cesar en Bess Mensendieck zijn de grondlegsters van oefentherapie. De gedachte achter de therapie is dat houdingen en bewegingen onbewust aangepast worden aan klachten en dat deze klachten hierdoor in stand worden gehouden. De therapie bestaat uit oefeningen om de houding en beweging te corrigeren.

Welke zorg

U heeft recht op oefentherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar.

18 jaar of ouder

U heeft recht op oefentherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op oefentherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is kunt u vinden op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. De lijst is opgenomen in bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst kunt u vinden op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14.

Let op!

U heeft geen recht op de eerste 20 behandelingen per aandoening. In de aanvullende verzekeringen van de zorgverzekeraar is een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op oefentherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1^e behandeling. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst staat, heeft u recht op ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de eerste 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Heeft u vragen over oefentherapie voor uw kind? Belt u dan met de Kinderzorglijn op 088 222 43 43.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een oefentherapeut Cesar/Mensendieck, een kinderoefentherapeut of een psychosomatische oefentherapeut, die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. De zorgverzekeraar heeft oefentherapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze oefentherapeuten kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als het gaat om een aandoening die staat op de hierboven bedoelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Uw medisch specialist moet in dat geval de diagnose gesteld hebben.
- Als u jonger bent dan 18 jaar: Als u voor de eerste negen behandelingen naar een niet gecontracteerde therapeut gaat of naar een gecontracteerde therapeut gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u jonger bent dan 18 jaar: Als het gaat om de tweede behandelreeks van 9 behandelingen.
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut.

Let op!

Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, slender you en groepszwemmen, is niet verzekerd.

Wanneer de kinderoefentherapeut hiervoor een overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten kan een behandeling ook in de vorm van een beweegprogramma worden gegeven.

Bekkenfysiotherapie

De bekkenfysiotherapeut helpt bij het leren herkennen en trainen van alle relevante spieren rondom het bekken. De bekkenbodempieren werken nauw samen met de buik- en rugspieren en hebben een belangrijke functie in het dagelijks bewegen en bij het voorkómen van rug- en bekkenpijn.

Welke zorg

U heeft recht op maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie als u 18 jaar of ouder bent.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. De zorgverzekeraar heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op bekkenfysiotherapie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of verloskundige.

Let op!

Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, slender you en groepszwemmen, is niet verzekerd.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Geestelijke Gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in psychologische zorg geleverd door de huisarts, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) is weer onderverdeeld in ambulante gespecialiseerde GGZ (zonder opname) en klinische gespecialiseerde GGZ (met opname).

Generalistische Basis GGZ

Per 1 januari 2014 is de generalistische basis GGZ ingevoerd. De generalistische basis GGZ komt in de plaats van wat voorheen 'eerstelijns psychologische zorg' heette. Ook een deel van de zorg die tot 1 januari 2014 tot de specialistische GGZ hoorde, is per 1 januari 2014 onderdeel van de generalistische basis GGZ.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van generalistische basis GGZ indien er sprake is van een DSM-stoornis (DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Behandeling vindt plaats op basis van een zorgproduct Kort, Middel, Intensief of Chronisch. Een zorgproduct duurt maximaal 365 dagen. Het zorgproduct wordt bepaald door een behandelplan dat uw behandelaar samen met u vaststelt. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op!

Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij onze Afdeling Zorgadvies 088 222 43 21.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een gezondheidszorgpsycholoog, een Orthopedagoog-Generalist, een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, een psychotherapeut, een psychiater of een klinisch psycholoog. U kunt ook naar een verpleegkundig specialist GGZ als de behandeling plaatsvindt op grond van zorgproduct Chronisch.

U kunt naar een GGZ-instelling waar een gezondheidszorgpsycholoog, Orthopedagoog-Generalist, Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, psychotherapeut, psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren.

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Via de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van Generalistische basis GGZ als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts. De datum op de verwijsbrief moet dus eerder zijn dan de datum van uw eerste bezoek aan de zorgaanbieder Generalistische basis GGZ. In de verwijsbrief moet in ieder geval staan welke stoornis uw huisarts denkt dat u heeft.

Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit noodzakelijk van een Bureau Jeugdzorg dan wel vooraf een verwijzing van een arts of behandelaar genoemd in art 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, 5e lid van de AWBZ.

Gespecialiseerde GGZ zonder opname

Ambulante gespecialiseerde GGZ wil zeggen dat u regelmatig een bezoek brengt aan de hulpverlener voor uw behandeling, maar dat u gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste psychische stoornissen kunnen ambulant behandeld worden.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling bij complexe en/of meervoudige psychische stoornissen waarbij de actieve betrokkenheid van een psychiater of klinisch psycholoog noodzakelijk is en vaak ook een multidisciplinaire aanpak gewenst is. De omvang van de zorg binnen de gespecialiseerde GGZ (SGGZ) is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op!

Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij onze Afdeling Zorgadvies 088 222 43 21.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

Voor gespecialiseerde GGZ zonder opname kunt u naar een zelfstandig gevestigde psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. U kunt ook naar een GGZ-instelling, waar een psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren. Ook kunt u naar de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde GGZ zonder opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts. Deze verwijsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ verwijzen en dient tenminste te vermelden wat de door de huisarts vermoede psychische stoornis is. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was dan heeft u zo'n schriftelijke verwijzing niet nodig. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit noodzakelijk van een Bureau Jeugdzorg dan wel vooraf een verwijzing van een arts of behandelaar genoemd in art 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, 5e lid van de AWBZ.

Let op!

- Komt u zonder tijdige afmelding niet op uw afspraak? Dan moet u de kosten daarvan zelf betalen.
- Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de eerste declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar de zorgverzekeraar op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.hemaverzekeringen.nl.

Gespecialiseerde GGZ met opname

Sommige psychische problemen zijn zo ernstig, dat een ambulante behandeling niet meer toereikend is. Opname in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis is dan de beste oplossing. Dat betekent dat u uw behandeling ontvangt in de kliniek maar ook dat u voor de duur van de behandeling leeft en slaapt in de kliniek of het ziekenhuis. Ook in geval van een crisissituatie kan besloten worden tot een opname.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- opname en verblijf, gedurende het etmaal, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
- bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, verpleging en verzorging, gedurende de periode van opname.

Let op!

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u voor behandeling wordt opgenomen of informeer bij onze Afdeling Zorgadvies 088 222 43 21.
- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

U kunt terecht bij een GGZ-instelling of bij de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, waar een psychiater of klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar fungeert en andere betrokken behandelaren in die instelling formeel onder de verantwoordelijkheid en supervisie van die hoofdbehandelaar functioneren. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14.

Wilt u kiezen voor een behandeling met opname bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, dan heeft u daar vooraf een schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar voor nodig. Heeft u deze toestemming verkregen dan krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde GGZ met opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, psychiater of klinisch-psycholoog. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit noodzakelijk van een Bureau Jeugdzorg dan wel vooraf een verwijzing van een arts of behandelaar genoemd in art 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, 5e lid van de AWBZ.

Toestemming

Als u kiest voor een behandeling met verblijf bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Hiertoe vindt u op de website van de zorgverzekeraar de formulieren.

Let op!

Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de eerste declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar de zorgverzekeraar op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.hemaverzekeringen.nl.

Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Welke zorg

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op www.overheid.nl. Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationele farmacotherapie. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Advies en begeleiding

In deze zorg is het advies van en de begeleiding door degene die u het geneesmiddel ter hand stelt, inbegrepen.

Let op!

Er gelden beperkingen: preferentiebeleid, indicatie, plaats van toediening en maximale periode.

Preferentiebeleid

Ieder geneesmiddel heeft een werkzame stof. U heeft recht op alle werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Vaak zijn er verscheidene geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof op de markt. Bij sommige geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door de zorgverzekeraar zijn aangewezen. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heeft u recht op een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op www.overheid.nl.

Preferente geneesmiddelen

Als behandeling met een preferent geneesmiddel niet medisch verantwoord is en u dus een ander, niet preferent, geneesmiddel wilt gebruiken, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Als u naar een apotheker gaat waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten geeft deze apotheek u het geneesmiddel meteen mee als u een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts 'medisch noodzakelijk' of MN heeft geschreven. Of als u samen met het recept een door uw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inlevert. Gaat u naar een apotheker waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten dan vraagt u met het Aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan de zorgverzekeraar. Bij dit formulier moet u een gemotiveerde toelichting van uw arts sturen. Als het gaat om medicatie die u voor het eerst gebruikt, heeft u de eerste 15 dagen ook zonder toestemming van de zorgverzekeraar recht op het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij de zorgverzekeraar indienen. Als u de aanvraag niet tijdig indient, of als gebruik van het preferente middel volgens de zorgverzekeraar wel medisch verantwoord is, heeft u na de 15e dag geen recht meer op het niet-preferente geneesmiddel.

Indicatie

Op sommige geneesmiddelen heeft u alleen recht als u een indicatie heeft die in de wettelijke regeling is omschreven. U vindt deze geneesmiddelen en indicaties in Bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op www.overheid.nl. Voor sommige geneesmiddelen die in Bijlage 2 staan gelden ook andere voorwaarden, die u vindt in het Verzekeringsreglement. U kunt het Verzekeringsreglement vinden op www.hemaverzekeringen.nl of opvragen bij onze Klantenservice op 0900 411 41 14.

Plaats van toediening

Sommige geneesmiddelen mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of terhandgesteld, tenzij de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor toediening en/of terhandstelling elders. In tabel 2 in het Verzekeringsreglement staan deze geneesmiddelen vermeld. De geneesmiddelen die in tabel 3 van het Verzekeringsreglement staan, mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of terhandgesteld. Toediening of terhandstelling buiten het ziekenhuis is niet verzekerd. In het Verzekeringsreglement staat ook wat onder een ziekenhuis wordt verstaan.

Maximale periode

Per recept heeft u recht op de geneesmiddelen voor een bepaalde periode. Deze periode is:

- 15 dagen als u het geneesmiddel voor de eerste keer gebruikt.
- 15 dagen als een acute aandoening met antibiotica of chemotherapeutica moet worden bestreden.
- 3 maanden voor geneesmiddelen die een chronische ziekte behandelen en 6 maanden als het daarbij gaat om een middel dat door de zorgverzekeraar als preferent is aangewezen.
- 1 maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen.
- 1 jaar voor orale anticonceptiva (de pil). Als u voor het eerst orale anticonceptiva voorgeschreven krijgt, is de maximale termijn 3 maanden.
- 1 maand voor geneesmiddelen die meer kosten dan € 500 per maand voor de behandeling van kanker.
- 1 maand in alle andere gevallen.

Als u voor de eerste keer vloeibare geneesmiddelen bij uw apotheker of apothekhoudend huisarts haalt, dan worden deze in de kleinste handelsverpakking geleverd.

Eigen bijdrage

Het kan zijn dat u een eigen bijdrage moet betalen. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering staan alle geneesmiddelen waar u recht op heeft. Deze bijlage heeft een onderdeel A en een onderdeel B. In onderdeel A staan alle geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Als u een geneesmiddel gebruikt dat meer kost dan de vergoedingslimiet, moet u het gedeelte dat hoger is dan de limiet zelf betalen. Dit geldt ook als het geneesmiddel dat u gebruikt is bereid uit een geneesmiddel dat meer kost dan de vergoedingslimiet. Als het geneesmiddel dat u gebruikt in onderdeel B staat, is er geen vergoedingslimiet.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op geneesmiddelen:

- In gevallen die zijn aangegeven in de Regeling zorgverzekering.
- In geval van ziekterisico bij reizen.
- Voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet.
- Die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.
- Als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apothekhoudend huisarts. De zorgverzekeraar heeft apotheken en apothekhoudend huisartsen gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. U krijgt voor geneesmiddelen maximaal de apotheekinkoopprijs zoals deze geldt in de maand van aflevering, min een korting van 10%. Deze inkoopprijs is opgenomen in de Z-indextaxe (prijzlijst voor geneesmiddelen die maandelijks door het bedrijf Z-index wordt uitgegeven). De korting bedraagt maximaal € 10 per receptregel. Voor de zorgkosten (bijvoorbeeld advies over geneesmiddelengebruik) geldt een maximum vergoedingsbedrag. U kunt deze bedragen vinden op www.hemaverzekeringen.nl.

Let op!

De zorgverzekeraar heeft een overeenkomst met een landelijke keten van apothekers (Mediq). Als u daarvan gebruik maakt, geniet u het voordeel van online bediening en aflevering per post.

Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts.

Toestemming

Voor sommige geneesmiddelen heeft u voorafgaande toestemming nodig. Welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement in tabel 1. Uw arts kan een bij dit geneesmiddel horende artsenverklaring invullen. Hiervoor zijn speciale formulieren, die u kunt vinden op www.znformulieren.nl. Als u met deze artsenverklaring naar een apotheek gaat waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, beoordeelt de apotheker of u recht heeft op het geneesmiddel. U hoeft dan niet eerst aan de zorgverzekeraar toestemming te vragen. Gaat u voor het geneesmiddel naar een apotheek waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan moet u wel eerst toestemming vragen aan de zorgverzekeraar.

Huisartsenzorg

De huisarts is het eerste aanspreekpunt als u vragen over gezondheid en ziekte heeft. Huisartsenzorg is vrij toegankelijk en persoonsgericht. In de avond, nacht, of het weekend kunt u hulp krijgen op een huisartsenpost.

Welke zorg

U heeft recht op:

- Huisartsenzorg, behalve de griepprik.
- Door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek.
- Medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover de zorgverzekeraar en de huisarts afspraken hebben gemaakt.
- Zorg voor psychische klachten. De huisarts verzorgt de eerste opvang indien u psychische klachten heeft en beoordeelt of hij u zelf kan behandelen of dat u verwezen moet worden naar de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) of naar de gespecialiseerde GGZ (SGGZ).
- Ketenzorg die bekostigd wordt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen als de zorgverzekeraar hierover met uw huisarts afspraken heeft gemaakt. Met welke huisartsen de zorgverzekeraar deze afspraken heeft gemaakt, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl. Ketenzorg is een zorgprogramma speciaal voor mensen met diabetes type 2, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) en VRM (Vasculair Risicomanagement) waaraan meerdere zorgaanbieders deelnemen, waardoor de zorg beter op elkaar afgestemd is. U kunt kiezen of u wilt deelnemen aan ketenzorg. De zorg is gebaseerd op de zorgstandaard voor Diabetes type 2, COPD en VRM.

Welke zorgaanbieder

Voor huisartsenzorg gaat u naar de huisarts. Huisartsenzorg kan ook worden verleend door een hulpverlener die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkt, bijvoorbeeld een doktersassistente, nurse practitioner, praktijkondersteuner of door een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt over huisartsenzorg. In de avond, nacht, of in het weekend kunt u voor huisartsenzorg bij acute, spoedeisende problemen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag naar de huisartsenpost of naar de dienstdoende huisarts. Op een huisartsenpost werken huisartsen samen om de spoedeisende huisartsenzorg te verlenen. Vraag uw huisarts bij welke dienstdoende huisarts of huisartsenpost u terecht kunt. U vindt ook informatie op www.vereniginghuisartsenposten.nl.

Voor door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek kunt u naar een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), een productiesamenwerkingsverband, een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt één van deze zorgaanbieders kiezen. Via de zoekterm Huisartsenzorg, Eerstelijns Diagnostiek of Ketenzorg vindt u in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst voor de desbetreffende zorg hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.

Welke zorg

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. De zorgverzekeraar heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft de zorgverzekeraar in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel

"Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel". Hieronder vallen o.a. diabetestestmaterialen.

Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal uw aanvraag beoordelen. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. U kunt de Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement vinden op www.hemaverzekeringen.nl. Als u wilt weten of een bepaald hulpmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14.

Eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen geldt een (procentuele) wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. U kunt in de Regeling zorgverzekering vinden of dat het geval is en hoe hoog de eigen bijdrage of maximale vergoeding dan is. U betaalt de eigen bijdrage aan de leverancier. De wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een hulpmiddel naar een leverancier van hulpmiddelen gaan. De zorgverzekeraar heeft voor de verschillende hulpmiddelen leveranciers gecontracteerd. U kunt uit deze leveranciers kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een leverancier die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. Als u voor een hulpmiddel naar een door de zorgverzekeraar niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze leverancier soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel lezen in het Verzekeringsreglement.

Let op!

Voor de levering van gehoorhulpmiddelen heeft de zorgverzekeraar met twee landelijk werkende zorgaanbieders overeenkomsten gesloten. Voor gehoorhulpmiddelen kunt u zich tot één van deze zorgaanbieders wenden. Kiest u voor een andere zorgaanbieder, dan krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. U kunt de twee gecontracteerde zorgaanbieders vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Let op!

Voor de levering van stomamaterialen heeft de zorgverzekeraar met één landelijk werkende zorgaanbieder een overeenkomst gesloten. Voor stomamaterialen kunt u zich tot deze zorgaanbieder wenden. Kiest u voor een andere zorgaanbieder, dan krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. U kunt de zorgaanbieder vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Toestemming

In het Verzekeringsreglement staat per hulpmiddel of voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. Het kan hierbij gaan om een eerste verstrekking, maar ook om vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel. Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar voor de meeste hulpmiddelen vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. Als de leverancier niet zeker weet of de zorgverzekeraar u het hulpmiddel verstrekt of vergoedt, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar HEMA Zorgverzekering.

Let op!

- Als u naar een leverancier wilt die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Vermeldt u op de aanvraag voor toestemming dat u gebruik wilt maken van een leverancier die met de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft.
- Als u een 2^e exemplaar van eenzelfde hulpmiddel wilt, heeft u hiervoor voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig.
- In het Verzekeringsreglement wordt per hulpmiddel uitgelegd aan welke andere voorwaarden u moet voldoen, bijvoorbeeld het meesturen van een toelichting van een arts.
- Voor de vergoeding van de meeste verbandmiddelen moet uw arts een speciaal formulier invullen. Verbandmiddelen worden alleen maar vergoed bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling nodig is. Dit speciale verbandmiddelen aanvraagformulier kunt u vinden op www.znformulieren.nl/hulpmiddelen. Meer informatie kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.
- Als de zorgverzekeraar maar één leverancier voor een bepaald hulpmiddel heeft gecontracteerd, kan de zorgverzekeraar de toestemming in kopie rechtstreeks naar die leverancier sturen. Dit geldt ook als de levering niet op zich kan laten wachten omdat er sprake is van een medische noodzaak.

Gebruik hulpmiddel

Als u het hulpmiddel met opzet beschadigt of als schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, heeft u geen recht op vervanging, correctie of herstel van het hulpmiddel voordat de gebruiksduur die in het Verzekeringsreglement staat is verstreken. Als u het hulpmiddel in bruikleen heeft en het is door u met opzet beschadigd of de schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, dan kan de zorgverzekeraar de kosten hiervan op u verhalen.

Let op!

- U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen, tenzij in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat deze vergoed worden. Een voorbeeld van normaal gebruik is het vervangen van batterijen.
- Als in het Verzekeringsreglement gebruikstermijnen of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze bedoeld om een normaal gemiddelde aan te geven. Van deze gebruikstermijnen of gebruiksaantallen kan in individuele gevallen worden afgeweken.
- Als u recht heeft op een hulpmiddel wordt hiermee bedoeld dat u recht heeft op verstrekking (vergoeding), vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.
- Zie voor kosten samenhangend met thuisdialyse: niet klinische dialyse.
- Zie voor hulpmiddelen voor het zelf meten van bloedstollingtijden: trombosedienst.

In-vitrofertilisatie (IVF)

In-vitrofertilisatie is een vorm van medisch specialistische zorg. IVF wordt ook wel reageerbuisbevruchting genoemd. Het is een voortplantingstechniek waarbij een of meer eicellen buiten het lichaam worden bevrucht met zaadcellen. Eén of twee embryo's worden in de baarmoeder geplaatst. Als het nodig is kan dit meerdere keren gebeuren.

Welke zorg

Waar u precies recht op heeft, hangt af van uw leeftijd.

Jonger dan 38 jaar:

U heeft recht op de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Voor de 1e en 2^e poging IVF per te realiseren zwangerschap geldt dat u daarop alleen recht heeft als er maximaal 1 embryo wordt teruggeplaatst. Bij de 3^e poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

38 jaar tot en met 42 jaar:

U heeft recht op de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Bij elke poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

Let op!

- U heeft geen recht op IVF als u 43 jaar of ouder bent. U heeft wel recht op IVF voor zover het een poging IVF betreft die reeds is aangevangen voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatiebehandeling worden gelijkgesteld met IVF. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel, zijn geen verzekerde zorg.

Overgangsbepaling

Als u op 31 december 2012 43 jaar of ouder was en bij u een in-vitrofertilisatiepoging uiterlijk op die datum was aangevangen, heeft u recht op afronding van die poging voor rekening van de zorgverzekering.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor IVF naar een IVF-centrum met de daarvoor wettelijk vereiste vergunningen. De zorgverzekeraar heeft IVF-centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u via de zoekterm 'IVF' een overzicht van centra die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een IVF-centrum dat geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Er gelden maximale vergoedingen. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op IVF als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw medisch specialist heeft.

Extra informatie

Een volledige IVF-poging bestaat uit de volgende 4 fasen:

1. U krijgt hormonen die de rijping van eicellen in uw lichaam bevorderen.
2. Daarna volgt de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen).
3. De eicellen worden bevrucht en in het laboratorium worden embryo's gekweekt.
4. Tenslotte worden 1 of meerdere keren 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte geïmplant.

Een poging gaat pas als een poging tellen als er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen een poging die is geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat sprake is van een doorgaande zwangerschap, telt mee voor het aantal pogingen. Een doorgaande zwangerschap is een zwangerschap van ten minste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie. Of, in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's, is een doorgaande zwangerschap een zwangerschap van ten minste 9 weken en 3 dagen te rekenen vanaf de implantatie. De terugplaatsing van alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een zwangerschap van ten minste 12 weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap.

Voorbeelden voor de bepaling van het aantal verzekerde pogingen

1. Bij uw derde poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 4 weken gaat het mis en wordt deze poging afgebroken. Een volgende poging krijgt u niet vergoed.
2. Bij uw derde poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 4 weken gaat het mis. Omdat er nog een gecryopreserveerd embryo is, wordt deze teruggeplaatst. Dit hoort nog bij dezelfde (derde) poging.
3. Bij uw derde poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 15 weken gaat het mis. U heeft nu weer opnieuw recht op 3 pogingen.
4. U heeft 3 pogingen vergoed gekregen, zonder resultaat. Na enige tijd bent u toch zwanger, zonder medisch ingrijpen. Deze zwangerschap duurt 12 weken. U heeft nu weer opnieuw recht op 3 pogingen.

Overige fertiliteitbevorderende behandelingen

Welke zorg

Medisch specialistische zorg zoals bedoeld in dat artikel omvat bij overige fertiliteitbevorderende behandelingen: gynaecologische behandelingen die de fertiliteit (vruchtbaarheid) bevorderen (bijvoorbeeld O.I. en I.U.I.).

Let op!

Vrouwen van 43 jaar of ouder hebben geen recht op deze zorg.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een gynaecoloog of uroloog. De zorgverzekeraar heeft deze zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Er gelden maximale vergoedingen. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het gemiddelde tarief dat de zorgverzekeraar voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op overige fertiliteitbevorderende behandelingen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Let op!

Er zijn een aantal klinieken die voor IVF/ICSI behandelingen samenwerken met ziekenhuizen in Duitsland of België. Let op dat u geen recht heeft op vergoeding als de behandeling in het buitenland niet voldoet aan wat in dit en het voorgaande artikel is opgenomen.

Kraamzorg

De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of arts tijdens de bevalling, en regelt zaken als het wasgoed in de eerste uren na de bevalling. Daarna helpt de kraamverzorgende doorgaans gedurende een week bij de verzorging van de moeder en de baby. Zij verstrekt informatie en controleert moeder en kind in de eerste dagen na de bevalling.

Welke zorg

U heeft recht op kraamzorg tot maximaal 10 dagen vanaf de dag van uw bevalling.

Protocol

Het aantal uren kraamzorg wordt vastgesteld aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt het protocol vinden op www.hemaverzekeringen.nl.

Eigen bijdrage

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,10 per uur voor kraamzorg bij u thuis. Ook geldt een eigen bijdrage van € 16,50 per dag voor zowel moeder als kind voor kraamzorg die wordt verleend in een ziekenhuis of instelling zonder dat verblijf in het ziekenhuis of de instelling medisch noodzakelijk is. Bedraagt het tarief van de instelling meer dan € 116,50 per dag, dan komen de meerkosten eveneens voor uw rekening.

Welke zorgaanbieder

Kraamzorg wordt verleend door een gediplomeerde kraamverzorgende die verbonden is aan een kraamzorginstelling. De zorgverzekeraar heeft aanbieders van kraamzorg gecontracteerd. U kunt uit deze aanbieders kiezen. Bij uw aanmelding bij de Servicelijn Kraamzorg van de zorgverzekeraar krijgt u hierover informatie. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Aanmelding

Meldt u zich, bij voorkeur voor de 20e week van de zwangerschap, aan bij de Servicelijn Kraamzorg van de HEMA Zorgverzekering. Dit kan door in te loggen in 'mijn zorgoverzicht' op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen op 0900 202 5003. De Servicelijn Kraamzorg verzorgt dan de verdere aanmelding bij de aanbieder.

Logopedie

Een logopedist geeft hulp bij stoornissen van de mondfuncties adem, stem, spraak, taal en horen. Deze hulp kan bestaan uit het behandelen van de stoornis, maar ook uit het afnemen van een onderzoek, het geven van adviezen en voorlichting en het begeleiden van de familie (verzorger) van de patiënt.

Welke zorg

U heeft recht op logopedie als:

- die een geneeskundig doel heeft, en
- van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Let op!

U heeft geen recht op logopedie in verband met: dyslexie, behandelingen met een onderwijskundig doel, taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid, behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor zangers, spreken in het openbaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een logopedist die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op www.kwaliteitsregisterparamedici.nl. De zorgverzekeraar heeft logopedisten gecontracteerd. U kunt uit deze logopedisten kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een logopedist die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist:

- Als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u naar een niet gecontracteerde logopedist gaat.
- Als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt.
- Als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt.

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een logopedist direct toegankelijk is. Let op! Dit geldt niet als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt, of als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt.

Toestemming

U heeft alleen recht op logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar. Uw logopedist kan deze toestemming namens u bij de zorgverzekeraar vragen. Heeft u vragen over logopedie voor uw kind? Belt u dan met de Kinderzorglijn op 088 222 43 43.

Medisch specialistische zorg

Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op:

- Onderzoek en diagnostiek.
- Behandeling.
- Materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen.
- Laboratoriumonderzoek.
- Mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Let op!

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn: De vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating', Audiologische hulp, Erfelijkheidsonderzoek, Een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen, Niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum, Oncologische hulp voor kinderen, Verblijf in verband met medisch specialistische zorg, Plastische chirurgie, Revalidatie, Transplantatie, Trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Let op!

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wordt niet vergoed.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.

Let op!

Spoedeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

Selectieve inkoop

De zorgverzekeraar koopt enkele behandelingen selectief in. Het gaat om deze behandelingen:

- De operatieve behandeling van heupartrose met een totale heupprothese.
- De operatieve behandeling van de rughernia (lumbosacraal radiculair syndroom; lumbale herniaoperatie).

De zorgverzekeraar heeft voor deze behandelingen een aantal speciaal geselecteerde zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Het kan zijn dat u niet meer terecht kunt bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapt. Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen. Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. Op deze behandelingen heeft u alleen recht als u voor de behandeling toestemming heeft gekregen van de zorgverzekeraar:

- Klinische longrevalidatie.
- Zorg in het astmacentrum in Davos, en
- een behandeling die staat vermeld op de limitatieve lijst medische specialistische zorg van Zorgverzekeraars Nederland. Deze lijst kunt u vinden op www.zn.nl.

Niet-klinische dialyse

Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaaldialyse. Haemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruik gemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaaldialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvloeistof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd. Dialyse kan worden gegeven in een dialysecentrum, maar ook thuisdialyse is mogelijk.

Welke zorg

U heeft recht op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis.

Bij thuisdialyse heeft u ook recht op:

- Vergoeding van de kosten van een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen.
- Bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren.
- Regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen).
- Chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse.
- Vergoeding van de kosten van aanpassingen die redelijkerwijs in uw woning verricht moeten worden en het weer ongedaan maken van die aanpassingen, voor zover er geen andere wettelijke regeling is die deze aanpassingen en het ongedaan maken daarvan (gedeeltelijk) vergoedt.

- Vergoeding van kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen en niet op grond van een andere regeling worden vergoed.
- De noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.
- De overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum. De zorgverzekeraar heeft dialysecentra gecontracteerd. U kunt uit deze kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u met de zoekterm 'dialyse' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op niet-klinische dialyse als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Let op!

De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen vallen onder hulpmiddelenzorg. Kijkt u voor meer informatie in het Verzekeringsreglement.

Oncologische hulp voor kinderen

Voor een effectieve behandeling van kanker is, naast het stellen van de juiste diagnose, onderzoek naar de uitbreiding van de ziekte en verdere typering van de tumor nodig. Voor kinderen met bloed- en lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.

Welke zorg

U heeft recht op registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Verwijzing

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Heeft u vragen over oncologische hulp voor uw kind? Belt u dan met de Kinderzorglijn op 088 222 43 43.

Plastische chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- Afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- Verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting.
- Verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

- De volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltaspleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- Primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Let op!

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- Correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden die niet het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- Liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik.
- Het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn.
- Het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.
- Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek.
- Sterilisatie.
- Het ongedaan maken van een sterilisatie.
- Besnijdenis.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum als daaraan een medisch specialist verbonden is. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen.

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). U heeft ook voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig.

Revalidatie

Revalidatie

Revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werkt de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.

Welke zorg

U heeft recht op revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag.

Let op!

U heeft recht op revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling. U wordt voor revalidatie alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met revalidatie in deeltijd of dagbehandeling.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor revalidatie naar een revalidatiecentrum. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u met de zoekterm 'revalidatie' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op revalidatie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben.

Toestemming

Op deze behandelingen heeft u alleen recht als u voor de behandeling toestemming heeft gekregen van de zorgverzekeraar:

- klinische longrevalidatie,
- zorg in het astmacentrum in Davos.

Voor revalidatie bij een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, heeft u voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en behandelplan van de zorgaanbieder.

Let op!

Arbeidsreïntegratie is geen verzekerde zorg.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld door een beroerte of een botbreuk. Deze mensen hebben behoefte aan een revalidatiebehandeling die meerdere soorten zorg combineert zoals verpleging, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtist, maatschappelijk werkende en de specialist ouderengeneeskunde. Dit alles onder de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. De zorg is aangepast aan de individuele herstel mogelijkheden en het trainingstempo van ouderen en houdt rekening met andere al bestaande aandoeningen. Het doel is om deze ouderen te helpen om terug te keren naar huis.

Welke zorg

U heeft recht op geriatrische revalidatie in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leervermogen en trainbaarheid. Geriatrische revalidatie is integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg en moet gericht zijn op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

U heeft recht op geriatrische revalidatie:

- Als de geriatrische revalidatie aansluitend is aan een opname in verband met medische specialistische zorg. Daarbij geldt dat u geen recht heeft op geriatrische revalidatie als u vóór die opname was opgenomen in een verpleeghuis. Met een opname in een verpleeghuis wordt bedoeld verblijf in een instelling op grond van artikel 9 Besluit zorgaanspraken AWBZ en behandeling in diezelfde instelling op grond van artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.
- Als u bij het begin van de geriatrische revalidatie opgenomen wordt.

Geriatrische revalidatie mag niet langer duren dan 6 maanden.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geriatrische revalidatie naar een instelling die geriatrische revalidatiezorg levert volgens de Behandelkaders Geriatrische Revalidatie. De Behandelkaders Geriatrische Revalidatie zijn opgesteld door de beroepsvereniging voor specialisten in ouderengeneeskunde Verenso. De instelling heeft op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg (zelfstandig behandel centrum, ziekenhuis, revalidatiecentrum) of een toelating als instelling voor behandeling en verblijf (verpleeghuis). De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u via de zoekterm 'Geriatrische revalidatie' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op geriatrische revalidatie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de medisch specialist van het ziekenhuis waar u opgenomen bent geweest en de indicatie voor geriatrische revalidatie is gesteld door een specialist ouderengeneeskunde of een revalidatiearts.

Toestemming

- Voor geriatrische revalidatie bij een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, heeft u voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.
- In bijzondere gevallen kan geriatrische revalidatie meer tijd in beslag nemen dan 6 maanden. Voor geriatrische revalidatie die langer duurt dan 6 maanden heeft u voorafgaande toestemming nodig van de zorgverzekeraar.

Second opinion

Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een 2^e, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme of vakgebied als de eerste geconsulteerde arts.

Welke zorg

U heeft recht op een second opinion als u:

- Vooraf een verwijzing heeft voor een second opinion van uw behandelaar.
- De second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar, en
- met de second opinion terugkeert naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over uw behandeling.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een huisarts, medisch specialist, verloskundige, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GGZ-instelling of een (polikliniek van een) psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Zie voor de vergoeding bij het artikel van de betreffende zorgaanbieder (huisarts, medisch specialist, verloskundige, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GGZ-instelling of een (polikliniek van een) psychiatrische afdeling van een ziekenhuis).

Verwijzing

U heeft alleen recht op een second opinion als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw behandelaar heeft.

Stoppen met roken

Een stoppen-met-rokenprogramma bestaat uit op gedragsverandering gerichte interventie (in een groep of individueel), soms met ondersteuning van geneesmiddelen. Bij dit integrale programma vormt de gedragsmatige begeleiding de basis. Dit betekent dat er altijd een vorm van erkende gedragsmatige begeleiding ingezet wordt met mogelijke aanvulling van effectief bewezen geneesmiddelen, maar dat geneesmiddelen nooit zonder gedragsmatige ondersteuning kunnen worden ingezet.

Welke zorg

U heeft eenmaal per kalenderjaar recht op een stoppen-met-rokenprogramma:

- Dat is gericht op gedragsverandering, en
- dat tot doel heeft te stoppen met roken,
- al dan niet in combinatie met een geneesmiddel.

Welke zorgaanbieder

Voor gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken kunt u terecht bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Daarnaast kunt u terecht bij uw huisarts voor gedragsmatige ondersteuning. Voor de nicotinemiddelen en geneesmiddelen kunt u terecht bij een door de zorgverzekeraar hiervoor gecontracteerde leverancier voor nicotinemiddelen en geneesmiddelen. De medicatie dient voorgeschreven te worden via het aanvraagformulier geneesmiddelen bij stoppen met roken. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u via de zoekterm 'Stoppen met roken' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten voor de gedragsmatige ondersteuning en voor het leveren van nicotine-middelen en geneesmiddelen. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, maar die wel voldoet aan onze kwaliteitseisen, krijgt u de kosten vergoed tot maximaal 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten en die ook niet voldoet aan de kwaliteitseisen die de zorgverzekeraar stelt, krijgt u geen vergoeding.

Let op!

1. U heeft alleen recht op nicotinemiddelen en geneesmiddelen als zij onderdeel zijn van een stoppen-met-rokenprogramma; aparte vergoeding van nicotinemiddelen en geneesmiddelen (dus zonder stoppen-met-rokenprogramma) vindt niet plaats.
2. Als u kiest voor een zorgaanbieder voor gedragsmatige ondersteuning die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, dient u de gespecificeerde nota naar de zorgverzekeraar te sturen. Als deze zorgaanbieder niet is geregistreerd in het 'Kwaliteitsregister stoppen met roken', of de geleverde zorg niet voldoet aan de CBO-richtlijn Behandeling bij tabaksverslaving of aan de Zorgmodule Stoppen met roken, krijgt u geen vergoeding.
3. Als u kiest voor een leverancier voor nicotinemiddelen en geneesmiddelen die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen, dient u samen met de nota voor deze middelen een kopie van het aanvraagformulier geneesmiddelen te sturen. Mits geleverd in combinatie met gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken worden de kosten vergoed tot maximaal 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor de betreffende middelen heeft gecontracteerd.

Let op!

Op een stoppen-met-rokenprogramma is het eigen risico van toepassing, ook als de huisarts de gedragsmatige ondersteuning levert.

Tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- Een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Hieronder is tevens begrepen het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen.
- Een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft.
- Een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

Let op!

- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde als deze noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Eigen bijdrage

- Voor bijzondere tandheelkunde betaalt u een eigen bijdrage als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met uw indicatie voor bijzondere tandheelkunde. De eigen bijdrage is dan het bedrag dat u zelf had moeten betalen als u geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde had gehad.
- Betreft de bijzondere tandheelkunde in uw geval het plaatsen van een kunstgebit (een volledige prothetische voorziening), dan betaalt u een eigen bijdrage van € 125 per kaak. Hetzelfde geldt voor een kunstgebit op implantaten. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op www.hemaverzekeringen.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice op 0900 411 41 14.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, kaakchirurg of orthodontist.

Verwijzing

- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde door een orthodontist als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of kaakchirurg.
- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of huisarts. De kaakchirurg moet verbonden zijn aan een ziekenhuis.
- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, tandarts of kaakchirurg.

Toestemming

Voor bijzondere tandheelkunde heeft u voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

Tandheelkunde

U heeft recht op vergoeding van kosten van tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u jonger bent dan 18 jaar of 18 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 17 jaar

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft.
- Incidenteel tandheelkundig consult.
- Het verwijderen van tandsteen.
- 2 fluorideapplicaties per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen.
- Sealing.
- Parodontale hulp (behandeling van tandvlees).
- Anesthesie (verdooving).
- Endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling).
- Restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen).
- Gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen).
- Uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese).
- Tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten:
 - Als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of
 - als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval.
 - Chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,
 - Röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Let op!

Gaat u buiten de normale openingstijden naar de tandarts, dan heeft u alleen recht op vergoeding van kosten van tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

Vanaf 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- Chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties.
- Uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak.

Eigen bijdrage

Bent u ouder dan 18 jaar? U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op www.hemaverzekeringen.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice op 0900 411 41 14.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. Bent u jonger dan 18 jaar, dan kunt u ook naar een vrijgevestigde mondhygiënist. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft, krijgt u de kosten per prestatie vergoed tot het maximumbedrag. U kunt deze bedragen vinden op www.hemaverzekeringen.nl of bel met de Zorgadviseur op 088 222 43 21.

Let op!

Gaat u naar een kaakchirurg in een Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat met De zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft? Dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat door de NZa is vastgesteld.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van behandeling door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van een tandarts of huisarts.

Toestemming

U heeft voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig:

- Voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten.
- Voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg.
- Als een tandarts of tandprotheticus een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt en de totale kosten (inclusief de techniekkosten) meer dan € 650 per kaak zijn.
- Als de volledige en uitneembare prothese voor de boven- en/of onderkaak die u nu draagt, binnen 6 jaar na levering wordt vervangen. Dit geldt niet voor een immediaatprothese.
- Als u moet worden behandeld op de plaats waar u verblijft (bijvoorbeeld thuis of in een instelling).

Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan mee van de zorgaanbieder.

Transplantatie

Transplantatie is een vorm van medisch specialistische zorg. Transplantatie is het vervangen van een slecht of niet meer functionerend orgaan of weefsel van een patiënt door dat van een donor. Organen/weefsels die getransplanteerd kunnen worden, zijn bijvoorbeeld het hart, de huid, de longen, de nieren, de pancreas (alveesklier), de lever, bot en beenmerg. Ook gedeelten van organen kunnen worden getransplanteerd.

Welke zorg

U heeft recht op transplantatie van weefsels en organen als de transplantatie wordt verricht:

- In een lidstaat van de Europese Unie.
- In een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte, of
- in de staat waar de donor woont, als de donor uw echtgenoot, geregistreerd partner of bloedverwant in de 1^e, 2^e of 3^e graad is.

U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van:

- Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor.
- Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor.
- Het onderzoek, het bewaren, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.
- Zorg voor de donor die verband houdt met de opname in een instelling voor selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit die instelling. Deze zorg voor de donor omvat de zorg waar u op grond van deze Basisverzekering recht op heeft.
- Vervoer van de donor binnen Nederland in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis of in verband met de zorg zoals omschreven in het vorige punt van deze opsomming. Vergoed worden de kosten van de laagste klasse van openbaar vervoer binnen Nederland, of als dat medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland.
- Vervoer naar en van Nederland van een buiten Nederland wonende lever-, nier- of beenmerg donor. Overige kosten gemoeid met de transplantatie en het wonen in het buitenland van de donor worden ook vergoed, behalve kosten van verblijf in Nederland en gederfde inkomsten.

Welke zorgaanbieder

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de vergoeding van zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden. U kunt voor transplantatie naar een medisch specialist in een ziekenhuis dat een vergunning heeft om transplantaties uit te voeren. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op transplantatie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Trombosedienst

Trombose is een stolsel in een ader of slagader. Dit kan voorkomen in bijvoorbeeld de beenvaten, kransslagaders, longvaten en de vaten van de hersenen. De trombosedienst is verantwoordelijk voor het instellen, controleren en begeleiden van poliklinische patiënten die bepaalde orale antistollingsmiddelen gebruiken.

Welke zorg

U heeft recht op:

- Het regelmatig afnemen van bloedmonsters.
- Het verrichten van laboratoriumonderzoek als dat nodig is voor het bepalen van de stollingstijd van het bloed.
- Het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten.
- Een opleiding om u wegwijs te maken met de hierboven genoemde apparatuur, en begeleiding bij de metingen.
- Adviezen over de toepassing van geneesmiddelen die bloedstolling beïnvloeden.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een trombosedienst. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op zorg door een trombosedienst als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Verblijf

Patiënten kunnen in overleg met de medisch specialist voor onderzoek, ingreep of ter observatie worden opgenomen. Als een patiënt meerdere dagen moet blijven, is hij 'klinisch' opgenomen. Het verblijf in een ziekenhuis of instelling kan langdurig zijn. In dat geval zijn 365 dagen verzekerd in de Basisverzekering. De AWBZ verzekert verblijf na 365 dagen.

Welke zorg

U heeft recht op verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met verloskundige zorg, chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, medisch specialistische zorg en geriatrische revalidatie. Ook heeft u recht op de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. Het verblijf is verzekerd gedurende een ononderbroken periode van 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Een onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof telt wel mee.

Let op!

Verblijf in verband met GGZ-zorg is niet hier beschreven, maar onder artikel 'Geestelijke Gezondheidszorg'.

Welke zorgaanbieder

Het verblijf vindt plaats in een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandel centrum of een revalidatiecentrum) of een verpleeghuis. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Er gelden maximale vergoedingen. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Toestemming

Als u voor revalidatie wordt opgenomen, heeft u voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. U heeft ook voorafgaande toestemming nodig voor klinische longrevalidatie en voor zorg in het astmacentrum in Davos.

Verloskundige zorg

Het overgrote deel van de verloskundige zorg aan zwangere vrouwen wordt geleverd door verloskundigen. Zij begeleiden en controleren vrouwen tijdens zwangerschap en bevalling.

Welke zorg

U heeft recht op verloskundige zorg en prenatale screening. De prenatale screening bestaat uit:

- Counseling (voorlichting en advies).
- Een combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek) als u 36 jaar of ouder bent, of als u een medische indicatie heeft.
- Structureel echoscopisch onderzoek in het 2^e trimester (de 20 weken echo).

Welke zorgaanbieder

U kunt voor verloskundige zorg naar een huisarts die is ingeschreven in het Register Verloskunde van het College voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden (CHBB) of een verloskundige. Voor door de huisarts of verloskundige aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek kunt u naar een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), een productiesamenwerkingsverband, een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met HEMA Zorgverzekering, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Let op!

Het structureel echoscopisch onderzoek en de combinatietest mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder die een WBO-vergunning heeft of een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum dat een WBO-vergunning heeft. WBO staat voor Wet op het bevolkingsonderzoek. Een WBO-vergunning is niet nodig als er een medische indicatie is voor het onderzoek.

Eigen bijdrage verloskundige zorg

Bevalt u in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie? Dan betaalt u hiervoor een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per opnamedag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 233,- per dag (€ 116,50 voor de moeder en € 116,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 233,- per dag uitkomt.

Verpleging

Als u bent opgenomen in bijvoorbeeld een ziekenhuis, is verpleegkundige zorg bij de medisch specialistische zorg inbegrepen. Als u echter medisch specialistische zorg krijgt in uw eigen omgeving bijvoorbeeld bij u thuis heeft u soms ook verpleging nodig. De verpleging in uw eigen woonomgeving in verband met medisch specialistische zorg wordt vergoed.

Welke zorg

U heeft recht op verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg, zonder dat u verblijft in een instelling.

Let op!

Onder deze zorg valt niet de verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

Welke zorgaanbieder

Verpleegkundige zorg wordt verleend door een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie). De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. In de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Vervoer per ambulance

Er zijn 2 soorten ambulancevervoer: spoedvervoer (meestal aangemeld via 112) en besteld vervoer. De ambulancezorg wordt gedaan door verpleegkundigen en chauffeurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid.

Welke zorg

U heeft recht op:

- Vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering.
- Vervoer naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven.
- Vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de AWBZ.
- Vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de AWBZ.
- Vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld.

U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance (bijvoorbeeld een helikopter) als vervoer per ambulance niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Ambulancevervoer wordt verleend door een door de provincie aangewezen vergunninghouder.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vervoer per ambulance als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten. U heeft alleen recht op vervoer per helikopter als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de Centrale Post Ambulance (CPA) of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

Let op!

- Het recht op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Indien de zorgverzekeraar u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- U heeft geen recht op ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

Zittend ziekenvervoer

Bij sommige indicaties kunt u een beroep doen op deze verzekering voor vervoer of de kosten daarvan. Er zijn 3 soorten zittend ziekenvervoer. U kunt vervoer worden per auto, met het openbaar vervoer of met een ander vervoermiddel, bijvoorbeeld een boot.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van het openbaar vervoer in de laagste klasse, of op vergoeding van de kosten van een auto. Bij gebruik van een particuliere auto heeft u recht op een vergoeding van € 0,31 per kilometer. U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel als vervoer per openbaar vervoer of per auto niet mogelijk is. Als begeleiding noodzakelijk is, of als het gaat om de begeleiding van een kind jonger dan 16 jaar, worden de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van de begeleider ook vergoed. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vergoeding van de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van 2 begeleiders toestaan. U heeft recht op vervoer als:

- het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over vervoer per ambulance, en
- u nierdialyses moet ondergaan, of
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan, of
- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of
- u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of
- u een langdurige ziekte of aandoening hebt en voor de behandeling hiervan langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet toestaan van vervoer of de vergoeding van de kosten voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Let op!

- Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Als de zorgverzekeraar u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- Als u gebruik maakt van eigen vervoer, wordt de vergoeding berekend op de kortst mogelijke gebruikelijke route.
- Het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling wordt niet vergoed.

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage van € 96 per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

Het vervoer wordt verleend door een vervoersbedrijf of een particulier (bijvoorbeeld een familielid of kennis). De zorgverzekeraar heeft vervoersbedrijven gecontracteerd. Welke dat zijn, wordt vermeld bij het verlenen van toestemming. Bij een vervoersbedrijf dat geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u € 0,85 vergoed per beladen kilometer. Bij vervoer door een particulier, krijgt u € 0,31 per kilometer.

Toestemming

U vraagt vooraf toestemming aan de zorgverzekeraar. Belt u met de Servicelijn Vervoer van de zorgverzekeraar op 0317 49 20 51. Of stuur het aanvraagformulier 'zittend ziekenvervoer' op. Het aanvraagformulier kunt u downloaden van www.hemaverzeringen.nl. De zorgverzekeraar stelt vast of u toestemming krijgt en voor welk soort vervoer (openbaar vervoer, eigen vervoer of vervoer met een ander vervoermiddel) u toestemming krijgt.

uw HEMA Aanvullende verzekering

HEMA Zorgverzekering biedt verschillende aanvullende verzekeringen aan. Hieronder vindt u op alfabetische volgorde alle vormen van zorg die in de aanvullende verzekering zijn opgenomen. Bij iedere vorm van zorg staat een tabel. In deze tabel is per aanvullende verzekering aangegeven of de zorg verzekerd is en waar de eventuele vergoeding uit bestaat. Op uw zorgpolis staat welke aanvullende verzekering u heeft.

Basisverzekering of aanvullende verzekering?

Uw aanvullende verzekering is een aanvulling op uw Basisverzekering. De aanvullende verzekering biedt geen vervanging van de Basisverzekering. Wat verzekerd is in de Basisverzekering, wordt niet vergoed door uw aanvullende verzekering. Dat geldt ook voor het eigen risico en de eigen bijdragen die in de Basisverzekering zijn bepaald. Tenzij het in de aanvullende verzekering als vergoeding is opgenomen.

Gecontracteerde of erkende zorgaanbieders

De Zorgverzekeraar maakt afspraken met zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen, artsen en fysiotherapeuten. Die afspraken gaan over het betalen van de rekening, maar ook over de kwaliteit van de zorg. Bijvoorbeeld: waaruit bestaat een beweegprogramma. De zorgverzekeraar kan zorgaanbieders ook erkennen. Bijvoorbeeld bij alternatieve behandelwijzen. Die erkenning hangt af van bijvoorbeeld goede scholing. Voor sommige vormen van zorg krijgt u alleen een vergoeding als u naar een gecontracteerde of erkende zorgaanbieder gaat. Als dat zo is, staat dat bij de vorm van zorg vermeld. U vindt de gecontracteerde en erkende zorgaanbieders in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Hoe werkt de Zorgvinder?

- Selecteer in de Zorgvinder het soort zorg dat u zoekt, bijvoorbeeld fysiotherapie.
- Verfijn zo nodig de selectie (bijvoorbeeld manuele therapie).
- Typ uw postcode of woonplaats in en geef de afstand op waarbinnen u zoekt.
- Vervolgens ziet u de aanbieders die door de zorgverzekeraar gecontracteerd of erkend zijn.

Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 0900 411 41 14.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn (nut hebben). Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Let op!

Alleen de kosten van een zorgaanbieder gevestigd in Nederland worden vergoed. Uitzondering hierop is vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland (zie artikel Buitenland).

Acnebehandeling

Acne is een huidaandoening. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist bepaalt welke vorm van behandeling het beste is. De behandeling houdt de acne rustig of maakt de littekens minder zichtbaar door peeling. Verder geeft de huidtherapeut of schoonheidsspecialist adviezen over de dagelijkse verzorging van de huid.

U krijgt een vergoeding voor acnebehandelingen tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 0	€ 200

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u een verwijzing heeft van een huisarts of medisch specialist, en
- de behandeling wordt verricht door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist, die door de zorgverzekeraar is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder.

Besnijdenis (circumcisie)

U krijgt een vergoeding voor besnijdenis, ook wel circumcisie genoemd, als dit medisch noodzakelijk is.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Nee	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u een verwijzing heeft van uw huisarts,
- de zorgverzekeraar u vooraf toestemming heeft gegeven, en
- de operatie uitgevoerd wordt door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling. Welke dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Bevalling en kraamzorg

De medische zorg rond de bevalling is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. Naast de Basisverzekering biedt de aanvullende verzekering een vergoeding.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Nee	Nee	Ja

Borstvoeding

U krijgt de kosten van de begeleiding en hulpmiddelen van een door de zorgverzekeraar erkende lactatiekundige vergoed tot maximaal € 200. Welke lactatiekundigen dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Kraampakket

U krijgt een kraampakket thuisbezorgd als u zich aanmeldt voor kraamzorg in uw zorgoverzicht op www.hemaverzekeringen.nl.

Kraamzorg

U krijgt de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg vergoed.

Kraamzorg na adoptie

U krijgt kraamzorg na een adoptie vergoed tot een maximum van 16 uur, als u zich aanmeldt voor kraamzorg via www.hemaverzekeringen.nl.

Kraamzorg na opname

U krijgt kraamzorg na een ziekenhuisopname van uw baby vergoed tot een maximum van 16 uur, als u zich aanmeldt voor kraamzorg in uw zorgoverzicht op www.hemaverzekeringen.nl.

Meerlinguitkering

U krijgt een bedrag van € 250 voor een meerling. U heeft recht op deze vergoeding als u uw kinderen bij HEMA verzekert.

Verloskamer

Als er geen medische indicatie is voor een poliklinische bevalling (verblijf korter dan 24 uur), dan geldt er vanuit de Basisverzekering een eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer. U krijgt de eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer in een ziekenhuis of een door de zorgverzekeraar erkende instelling vergoed. Welke ziekenhuizen en erkende instellingen dat zijn, kunt u vinden op www.hemaverzekeringen.nl.

Buitenland

Tijdens verblijf in het buitenland kan het voorkomen dat u snel medische zorg of geneesmiddelen nodig heeft. Bij spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland krijgt u service en ondersteuning van de Alarmcentrale van HEMA Zorgverzekering. De Alarmcentrale verzorgt onder andere contacten met behandelend artsen, repatriëring en garantstellingen. Extra informatie kunt u vinden op www.hemaverzekeringen.nl.

Preventie bij reizen naar het buitenland

In bepaalde landen komen (tropische) infectieziekten voor waartegen u zich kunt laten inenten.

U krijgt een vergoeding voor consulten, inentingen, geneesmiddelen en (herhalings)recepten in verband met een reis naar het buitenland. De vergoeding is tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor consulten, inentingen, geneesmiddelen en (herhalings)recepten worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 100	€ 100	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als de geneesmiddelen zijn voorgeschreven en toegediend door een door de zorgverzekeraar erkende arts. Welke artsen dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland

Er moet sprake zijn van een situatie waarin medische hulp zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is. Het was niet voorzien dat deze medische hulp nodig zou zijn. Dit wordt spoedeisende zorg genoemd.

U krijgt een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Ja	Ja	Ja

U krijgt alleen vergoeding voor kosten als:

- Er sprake is van een situatie waarin zorg en/of geneesmiddelen zo snel nodig zijn dat terugkeer naar Nederland niet meer mogelijk is.
- Het niet te voorzien was dat deze zorg en/of geneesmiddelen nodig zouden zijn.
- Direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale van HEMA Zorgverzekering bij opname in een instelling.
- U niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent.
- U een recept heeft gekregen van een huisarts of medisch specialist in het geval van geneesmiddelen, en de werkzame stof van het geneesmiddel voorkomt in een geneesmiddel dat in Nederland uit de Basisverzekering wordt vergoed, en
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.

Voorbeeld

U breekt een been in de Verenigde Staten en heeft direct medische zorg nodig. Voor de behandeling ontvangt u een nota ter hoogte van € 3.000. In Nederland zou dat € 2.000 hebben gekost. Dat bedrag krijgt u dan uit de Basisverzekering vergoed. De aanvullende verzekering vergoedt dan de resterende € 1.000.

Vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden

Het kan gebeuren dat u in het buitenland ziek wordt of een ongeval krijgt en naar Nederland terug moet keren.

U krijgt vervoer vanuit het buitenland naar een instelling in Nederland vergoed.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de medische noodzaak door de Alarmcentrale van HEMA Zorgverzekering is bepaald en zij ook het vervoer regelt.

Let op!

- Als de Alarmcentrale bepaalt dat begeleiding door een reisgenoot noodzakelijk is, dan worden die kosten ook vergoed.
- Bij overlijden van de verzekerde wordt het stoffelijk overschot vervoerd van de plaats van overlijden naar Nederland.

Camouflagetherapie en camouflagemiddelen

Camouflagetherapie is bedoeld om mensen met een ernstige huidafwijking of littekens in het gezicht of hals, te leren hoe deze huidafwijking het beste gecamoufleerd kan worden met camouflagemiddelen. Camouflagemiddelen zijn producten die gebruikt worden om ernstige huidafwijkingen of littekens in het gezicht of de hals te camoufleren.

U krijgt een vergoeding voor camouflagetherapie en -middelen tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor camouflagetherapie en -middelen worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 200	€ 200

U heeft recht op deze vergoeding als de therapie gegeven en de middelen geleverd worden door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist, die door de zorgverzekeraar is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Dieetadvisering

Dieetadvisering is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Een diëtist is de deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig adviseert over aanpassingen. De diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke gezondheid bevorderen.

Dieetadvisering is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. Als het een aanvulling is op de vergoeding uit de Basisverzekering, dan krijgt u dieetadvisering vergoed voor een maximum aantal behandelingen per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
0	0	4 (alleen voor kinderen tot 18 jaar)

U heeft recht op deze vergoeding als uw diëtist met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke diëtisten dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder.

Let op!

- Kiest u voor een diëtist die geen contract met de zorgverzekeraar heeft? Dan moet de diëtist als 'Kwaliteitsgeregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut heeft u een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist nodig.

Dieetpreparaat

Dieetpreparaten zijn bij bepaalde ziektes verzekerd in de Basisverzekering. Naast de Basisverzekering biedt de aanvullende verzekering een vergoeding als er sprake is van ernstige ondervoeding of ernstig overgewicht.

U krijgt dieetpreparaten vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 150	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u daarvoor een voorschrift heeft van een arts of diëtist, en
- het preparaat wordt geleverd door een apotheek, apotheekhoudend huisarts of een leverancier die met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Epilatie

Epilatie door middel van elektrische stroom, laser en flitslicht maakt nagroei, na verwijdering van het haar, praktisch onmogelijk.

U krijgt 80% van de kosten van epilatie vergoed tot een maximumbedrag als er abnormale haargroei in het gezicht of de hals is. Dit maximum is voor de gehele verzekeringsduur:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 1.000	€ 1.000

U heeft recht op deze vergoeding als de behandeling wordt gegeven door of onder verantwoordelijkheid van een huidtherapeut of schoonheidsspecialist, die door de zorgverzekeraar is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder.

Ergotherapie

Ergotherapie helpt mensen die door lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoeningen problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De ergotherapeut zorgt voor praktische oplossingen in de omgeving van de patiënt, zodat dagelijkse handelingen weer mogelijk zijn. De ergotherapeut kan ook advies geven over het gebruik van hulpmiddelen.

Ergotherapie is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. Als het een aanvulling is op de vergoeding uit de Basisverzekering, dan krijgt u ergotherapie vergoed voor een maximum aantal uren per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
0	5	5

U heeft recht op deze vergoeding als uw ergotherapeut met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl

Let op!

- Kiest u voor een ergotherapeut die geen contract met ons heeft? Dan moet de ergotherapeut als 'Kwaliteitsgeregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut heeft u een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist nodig.

Fysiotherapie, Oefentherapie Cesar/Mensendieck en Beweegprogramma

Bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat kunt u naar de fysiotherapeut of oefentherapeut gaan. Door het toepassen van diverse technieken en oefeningen probeert deze de functie van het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Een normale houding en beweging is dan weer mogelijk, of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

U krijgt vergoeding voor behandelingen fysiotherapie, oefentherapie en een beweegprogramma tot een maximum aantal behandelingen. Dit maximum aantal behandelingen is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
9	12	18

U heeft recht op deze vergoeding als uw therapeut met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden in onze zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

TopZorg fysiotherapie

Wanneer u een fysiotherapeut nodig heeft wilt u uiteraard een uitstekende behandeling. De zorgverzekeraar heeft ruim 400 praktijken gecontracteerd die zich positief onderscheiden op het gebied van service, transparantie en kwaliteit. Zij mogen zich dan ook TopZorg fysiotherapiepraktijk noemen. U kunt bij deze praktijken rekenen op hooggekwalificeerd personeel en ruimere openingstijden. De dichtstbijzijnde fysiotherapiepraktijk vindt u in onze zorgvinder. Onze TopZorg fysiotherapiepraktijken bieden ook vaak online toepassingen (e-Health), zowel voor lage rugklachten als voor arm-, nek-, en schouderklachten.

Let op!

- Kiest u voor een (kinder)fysiotherapeut, (kinder)oefentherapeut Cesar/Mensendieck, psychosomatisch (oefen)therapeut, manueel therapeut, bekentherapeut, geriatriefysiotherapeut, oedeemtherapeut en huidtherapeut (alleen voor oedeemtherapie en littekentherapie) die geen contract met de zorgverzekeraar heeft? Dan moet de therapeut ingeschreven staan in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of als 'Kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.hemaverzekeringen.nl
- Manuele therapie krijgt u per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.
- Medische fitness en zwemmen in warm water zijn behandelingen die niet worden vergoed.

Verwijzing

- Voor therapeuten die geen contract met ons hebben, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist, bedrijfsarts, verloskundige of tandarts.
- Voor een beweegprogramma heeft u een verwijzing van uw huisarts nodig.
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut heeft u een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist nodig.

Beweegprogramma's

Speciaal voor mensen met een chronische aandoening zijn beweegprogramma's ontwikkeld. Een beweegprogramma richt zich op het ontwikkelen van een gezonde (actieve) leefstijl, vindt in groepsverband plaats, duurt gemiddeld 6 maanden en wordt geteld als 6 behandelingen. Kijk op www.hemaverzekeringen.nl welke beweegprogramma's de zorgverzekeraar gecontracteerd heeft en of u hiervoor in aanmerking komt. Welke therapeuten gecontracteerd zijn voor het geven van het beweegprogramma, kunt u vinden in de zorgvinder. Volgt u een beweegprogramma, maar heeft uw therapeut daarvoor geen contract met de zorgverzekeraar? Dan krijgt u geen vergoeding.

Geneesmiddelen (eigen bijdrage GVS)

Geneesmiddelen worden vergoed uit de Basisverzekering, maar soms moet u een eigen bijdrage betalen. De hoogte van de eigen bijdrage wordt geregeld in het GVS (Geneesmiddelenvergoedingensysteem).

U krijgt eigen bijdragen vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 200	€ 200

Griepvaccinatie

Griepvaccinatie tegen de 'gewone' seizoensgriep wordt vergoed uit de AWBZ, maar alleen als u tot een bepaalde risicogroep behoort. Behoort u niet tot een risicogroep? Dan kunt u een vergoeding krijgen vanuit uw aanvullende verzekering.

U krijgt eenmaal per kalenderjaar vergoeding van het griepvaccin en het toedienen ervan.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Nee	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als het vaccin wordt toegediend door een huisarts die met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke huisartsen dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder.

Herstel en Balans

Herstel en Balans is een nazorgprogramma voor personen van 18 jaar of ouder die een vorm van kanker hebben (gehad). Het programma is aansluitend op de medische behandeling. Doel van het programma is de lichamelijke en geestelijke conditie op peil te brengen.

De kosten van Herstel en Balans worden tot een maximumbedrag vergoed. Dit maximumbedrag geldt per diagnose en bedraagt:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 1.000	€ 1.000

U heeft recht op deze vergoeding als de zorg wordt verleend door een door de zorgverzekeraar erkende zorgaanbieder. Welke dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl

Kinderopvang bij ziekenhuisopname

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en u heeft kinderen, dan is het niet altijd mogelijk om zelf opvang te verzorgen. U kunt uw kinderen dan tijdelijk onderbrengen bij een dagopvang (kinderdagverblijf of crèche), buitenschoolse opvang (BSO), of gastouderopvang.

U krijgt een tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang van € 20 per dag vanaf de 11^e dag dat u bent opgenomen in een ziekenhuis. De vergoeding geldt voor maximaal 3 maanden per kalenderjaar.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Nee	Nee	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als 1 of meer kinderen binnen uw gezin jonger zijn dan 12 jaar.

Orthodontie

Orthodontie is zorg die u krijgt bij een tandarts of orthodontist, om uw tanden recht te zetten.

Bent u 17 jaar of jonger dan krijgt u orthodontie vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is voor de gehele verzekeringsduur:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 0	€ 2.000

U krijgt deze vergoeding als de behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts algemeen practicus.

Let op!

U krijgt alle kosten vergoed met uitzondering van de kosten voor een niet nagekomen afspraak.

Plastische chirurgie

Met plastische chirurgie worden operaties bedoeld die bedoeld zijn bedoeld om het uiterlijk te verbeteren. Een veel voorkomende behandeling is de correctie van de oorstand. Bij een correctie van de oorstand worden de oren dichtertegen het hoofd gezet.

U krijgt de kosten voor correctie van de oorstand eenmaal vergoed voor de gehele verzekeringsduur.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Nee	Nee	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als u jonger bent dan 18 jaar en de ingreep wordt verricht door een medisch specialist.

Plaswekker

Wanneer iemand van 7 jaar of ouder regelmatig in bed plast, zonder dat er sprake is van een lichamelijke oorzaak, spreken we van bedplassen. Een plaswekker is een apparaatje dat, door middel van een alarmtoon, direct reageert op het eerste ongewenste urineverlies.

U krijgt een plaswekker in eigendom eenmaal voor de gehele verzekeringsduur.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Nee	Nee	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de leverancier met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl

Heeft u vragen over een plaswekker voor uw kind? Belt u dan met de Kinderzorglijn op 088 222 43 43.

Pruiken en alternatieven

Pruiken zijn tot een maximumbedrag verzekerd in de Basisverzekering. Aanvullend daarop heeft u recht op een vergoeding uit de aanvullende verzekering. Niet alle mensen die een indicatie hebben voor een pruik willen deze dragen. Zij kiezen liever voor een andere hoofdbedekking, zoals sjaals, hoofddoekjes, bandana's, buffs en mutsja's.

U krijgt een vergoeding voor een pruik of het alternatief, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 300	€ 300

U heeft recht op deze vergoeding als u een voorschrift voor een pruik heeft van een huisarts of een medisch specialist.

Reiskosten

Het kan gebeuren dat u wordt opgenomen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland ver van uw woonplaats. Voor uw gezinsleden, die u graag regelmatig willen bezoeken, kunnen de reiskosten dan aardig oplopen.

Wanneer een bezoekend gezinslid bij is verzekerd, krijgt u een vergoeding van de reiskosten tot een maximumbedrag. De eerste 500 kilometer zijn voor eigen rekening. De vergoeding bedraagt € 0,25 per kilometer en er wordt gemeten vanaf het woonadres van het gezinslid naar de plaats waar u bent opgenomen. De afstand wordt bepaald op basis van de snelste route met behulp van de routeplanner van de ANWB. Het maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 250	€ 250

U heeft recht op deze vergoeding als u in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland bent opgenomen, of u na wachttijdbemiddeling van de zorgverzekeraar in een gecontracteerd ziekenhuis in het buitenland bent opgenomen en de opname wordt vergoed uit de Basisverzekering.

Softbrace of spalk

Een softbrace is een hulpmiddel om een gewricht (bijvoorbeeld een knie) te stabiliseren. In bepaalde gevallen is een brace of spalk verzekerd in de Basisverzekering.

U krijgt de aanschafkosten van een softbrace of spalk vergoed, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 50	€ 50	€ 50

U heeft recht op deze vergoeding als u een voorschrift heeft van een huisarts, medisch specialist of (sport)fysiotherapeut.

Sport Medisch Advies

Een Sport Medisch Advies is voor mensen die (willen) sporten, een blessure hebben of klachten hebben tijdens het sporten en willen weten welke sport het beste bij hen past. Gespecialiseerde instellingen bieden diverse onderzoekspakketten om hier een gedegen advies over te geven. De pakketten zijn aangepast aan sportintensiteit en leeftijd en kunnen onder andere bestaan uit een hartfilmpje, longfunctietests, een uitgebreid onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat en een inspanningstest.

Onder Sport Medisch Advies wordt verstaan:

- Basis Sport Medisch onderzoek SMI.
- Basisplus Sportmedisch onderzoek SMI.
- Groot Sportmedisch onderzoek SMI.
- Behandeling en advisering voor sporters met een chronische blessure. Ook voor sporters met vragen over schoeisel, voeding, training en alle andere medische problemen in relatie met sportbeoefening.
- Sportkeuring.

U krijgt een Sport Medisch Advies vergoed, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 100	€ 250	€ 250

U heeft recht op deze vergoeding als het advies wordt gegeven door een sportarts (of iemand die onder zijn verantwoordelijkheid werkt) die werkt bij een door de zorgverzekeraar erkende instelling. Welke dat zijn kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl

Sterilisatie

Sterilisatie bij de man (vasectomie) is een ingreep waardoor u definitief onvruchtbaar wordt. De vasectomie is op zich geen bijzonder lastige of ingewikkelde ingreep. De ingreep kan goed onder plaatselijke verdoving worden uitgevoerd.

Bij sterilisatie van de vrouw worden de eileiders afgesloten. Daardoor kunnen zaadcellen de eicel niet meer bereiken en kan de eicel zich niet meer naar de baarmoeder toe bewegen. Zo wordt zwangerschap voorkomen.

De kosten van sterilisatie worden vergoed.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Nee	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de sterilisatie wordt uitgevoerd door een medisch specialist.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts.

Let op!

- Hersteloperaties worden niet vergoed.
- We raden u aan bij een sterilisatie vooraf een offerte aan uw zorgaanbieder te vragen. Zo kunt u vooraf nagaan welk deel van de kosten onder uw aanvullende verzekering valt en welk deel van de kosten u eventueel zelf moeten betalen.

Stottertherapie

Sommige mensen hebben moeite met vloeiend spreken. Zij kunnen dan baat hebben bij stottertherapie. Stottertherapie is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. U kunt daarvoor terecht bij een gespecialiseerde logopedist. Uit de aanvullende verzekering krijgt u stottertherapie vergoed die is ontwikkeld door ervaringsdeskundigen.

U krijgt stottertherapie vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 0	€ 700

Let op!

U heeft alleen recht op stottertherapie als de therapie wordt gegeven door een door de zorgverzekeraar erkende therapeut. Welke dat zijn kunt u vinden in onze zorgvinder.

Vaat- en/of pigmentbehandeling

Verwijde bloedvaten of pigmentvlekken kunnen behandeld worden door middel van laser en licht.

U krijgt de behandeling bij verwijde bloedvaatjes of pigmentvlekken in het gezicht en hals vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 200	€ 200

U heeft recht op deze vergoeding als de behandeling wordt gegeven door of onder verantwoordelijkheid van een door de zorgverzekeraar erkende huidtherapeut. Welke dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Verblijfskosten logeer- of gasthuis bezoekend gezinslid

Een logeer- of gasthuis is een huis dat verbonden is aan het ziekenhuis waar uw gezinslid tijdelijk kan verblijven als u in het ziekenhuis bent opgenomen. Voorbeelden van logeer- of gasthuizen zijn het Ronald McDonaldhuis, het Familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis, het Kiwanishuis en het Gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

U krijgt een vergoeding voor verblijfskosten in een logeer- of gasthuis van een bezoekend gezinslid tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 0	€ 450

U heeft recht op deze vergoeding als het logeer- of gasthuis door de zorgverzekeraar is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder.

Verblijfskosten logeer- of gasthuis patiënt

Een logeer- of gasthuis is een huis dat verbonden is aan het ziekenhuis waar u tijdelijk kunt verblijven als u naar het ziekenhuis moet of bent geweest. Voorbeelden van logeer- of gasthuizen zijn het Ronald McDonaldhuis, het Familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis, het Kiwanishuis en het Gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

U krijgt een vergoeding voor verblijfskosten in een logeer- of gasthuis tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 0	€ 350

U heeft recht op deze vergoeding als het logeer- of gasthuis door de zorgverzekeraar is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Voetzorg

Onder voetzorg vallen behandelingen en hulpmiddelen die te maken hebben met uw voeten.

Orthopedische steunzolen

Een orthopedische steunzool is een losse inlegzool voor een schoen. Orthopedische steunzolen kunnen een ontlastende, ondersteunende of een corrigerende functie hebben. De voet- en loopstand verbeteren hierdoor.

Pedicurezorg

Een pedicure verzorgt voeten, tenen en nagels bij klachten. In bepaalde gevallen is pedicurezorg verzekerd in de Basisverzekering.

Podologie

De podoloog behandelt voetsfunctiestoornissen en voetklachten. Dit kan met het aan de voet toepassen van corrigerende of beschermende technieken, zoals schoen- en zoolcorrecties, en het adviseren over voetaandoeningen.

Podotherapie

De podotherapeut behandelt alle voorkomende klachten aan voeten, tenen en nagels en klachten elders in het lichaam die ontstaan vanuit een afwijkende voetstand, teenstand of looppatroon.

U krijgt een vergoeding voor pedicure, podologie, podotherapie, orthopedische steunzolen en podozolen tot een maximumbedrag. De behandelingen en hulpmiddelen worden opgeteld tot het maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 100	€ 200	€ 200

U heeft recht op deze vergoeding als de leverancier of zorgaanbieder door de zorgverzekeraar gecontracteerd of erkend is. Welke dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

Let op!

Pedicurezorg wordt alleen vergoed bij bepaalde aandoeningen (zoals reumatoïde artritis) en er is een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist. Wilt u weten welke aandoeningen dat zijn? Kijkt u dan op www.hemaverzekeringen.nl

Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiemiddelen)

Anticonceptiemiddelen of voorbehoedsmiddelen zijn middelen die gebruikt worden om een zwangerschap te voorkomen.

De kosten van de volgende voorbehoedsmiddelen worden vergoed: anticonceptiepil, hormoonhoudende vaginale ring, anticonceptie per injectie, anticonceptie per implantatie, koperhoudend spiraaltje, pessarium en een hormoonhoudend spiraaltje. U krijgt de kosten voor deze middelen vergoed.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als:

- U 21 jaar of ouder bent.
- Het voorbehoedsmiddel wordt voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.
- Het voorbehoedsmiddel wordt geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts, en
- het eventueel inbrengen van het voorbehoedsmiddel wordt uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist.
- Het middel geleverd wordt door een leverancier die door de zorgverzekeraar gecontracteerd is. Welke dat zijn kunt u vinden in de zorgvinder op www.hemaverzekeringen.nl.

uw HEMA Tandartsverzekering

Tandheelkundige zorg

Tandheelkundige zorg is alle zorg die u krijgt bij een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. Wat verzekerd is in de Basisverzekering wordt niet vergoed door uw tandartsverzekering. Dat geldt ook voor het eigen risico en voor de wettelijke eigen bijdragen die in de Basisverzekering zijn bepaald, tenzij het in de tandartsverzekering als vergoeding is opgenomen. De volledige prothese (kunstgebit) is gedeeltelijk verzekerd in de Basisverzekering.

Voor jongeren tot en met 17 jaar is de mondzorg grotendeels verzekerd in de Basisverzekering (orthodontie, kroon- en brugwerk zijn niet verzekerd in de Basisverzekering). In de aanvullend 3 is een vergoeding voor orthodontie opgenomen voor kinderen tot 18 jaar.

U krijgt tandheelkundige zorg vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Tandarts 1	Tandarts 2	Tandarts 3
€ 250	€ 500	€ 750

Let op!

U krijgt alle kosten vergoed met uitzondering van de kosten voor een niet nagekomen afspraak en orthodontie.

Let op!

Alleen de kosten van een zorgaanbieder gevestigd in Nederland worden vergoed.

Trefwoordenlijst

A		Epilatie	56
Aansprakelijkheid	10	Erfelijkheidsonderzoek	21
Acnébehandeling	52	Ergotherapeut, ergotherapie	21
Alarmcentrale	1, 17	F	
Algemene voorwaarden	3	Flaporen	59
Alternatieve behandelwijzen	51	Foto tandarts	44
Ambulancevervoer	49	Fraude	5, 10
Apotheek, apotheekhoudend huisarts	28	Fysiotherapie	22
Audiologische hulp	18	G	
B		Gasthuis/Logeerhuis	62
Basisverzekering	14, 51	Gecontracteerde zorgaanbieders	32
Beademingscentrum, mechanische beademing	36	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ, ambulante-, Klinische-)	14, 17, 25
Bedenktijd	5	Gehandicapten	40
Beëindiging verzekering	5, 12	Geneesmiddelen (medicijnen)	28
Bekkentherapeut	22, 57	Geneesmiddelen (stoppen met roken)	42
Besluit Zorgverzekering	16	Geneesmiddelen (buitenland)	53
Betalingsachterstand	7	Geneesmiddelen (eigen bijdrage)	57
Bevalling	35, 47, 52	Geriatrische revalidatie	41
Bevalling, meerling	53	Geschillencommissie Zorgverzekeringen	9
Beweegprogramma	23, 56	Gezondheidszorgpsycholoog	25
Bezwaar maken, klachten en geschillen	9	Griepvaccinatie, grieprik	30, 58
Bijzondere tandheelkunde	43, 44	H	
Bronheffing	7	Haemodialyse	36
Bruggen en kronen	43	Herstel en balans	58
Buitenland	17, 53	Huidaandoening, huidtherapeut	52
Buitenland (preventie)	53	Huisarts	30
Buitenland (spoedeisende zorg en geneesmiddelen)	53	Hulpmiddelen, verbandmiddelen	18, 31
Buitenland (vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden)	54	I	
C		Implantaten	43
Camouflagemiddelen	54	Inenten	53
Camouflagetherapie	54	In-vitrofertilisatie (IVF)	33
Cesar/Mensendieck (oefen)therapie	23, 56	K	
Contact en service HEMA Zorgverzekering	1	Kaakchirurg	37, 43
D		Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder	58
Declareren, nota	1	Klachten, geschillen en bezwaar maken	7, 9
Diabetes	31	Kraampakket	52
Dialyse	37	Kraamzorg	35, 48, 52
Dieetadvisering	18, 55	Kraamzorg, meerling	53
Dieetpreparaten	19, 55	Kunstgebit	43, 64
Diëtisten	18, 55	L	
Donor	16, 33, 45	Lactatie	52
Dyslexie	20	Laserbehandeling (epilatie)	56
E		Logopedie, logopedist	35, 41
Eigen bijdrage, geneesmiddelen (medicijnen)	28, 57		
Eigen bijdrage, hulpmiddelen en verbandmiddelen	31		
Eigen bijdrage, bevalling en kraamzorg	35, 47		
Eigen bijdrage, (bijzondere) tandheelkunde	44		
Eigen bijdrage, zittend ziekenvervoer	50		
Eigen risico	6, 16		

M			
Machtiging, toestemming	6	Telefoonnummers HEMA Zorgverzekering	1
Manuele therapie, manueel therapeut	57	Thuisdialyse	37
Mechanische beademing	36	Toestemming	16
Medicijnen (geneesmiddelen)	zie geneesmiddelen	Transplantatie	45
Mensendieck/Cesar	23, 56		
Mondhygiënist	45, 64	V	
		Vaat en/of pigmentbehandeling	62
N		Vaccinatie	53, 58
Natura	14	Verbandmiddelen	31
Nederlandse Zorgautoriteit	9	Verblijfskosten logeer of gasthuis	62
Niet nagekomen afspraak	10	Vergoeding	1
Niet-klinische dialyse	37	Verloskamer	53
Nota, declaratie	1	Verloskundige	16, 47
		Verpleging	48
O		Vervoer per ambulance	49
Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	22, 57	Vervoer (zittend ziekenvervoer)	50
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	23, 56	Vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden	54
Ombudsman Zorgverzekeringen	9	Verzekerde	3
Oncologische hulp voor kinderen	38	Verzekeringnemer	3
Oorcorrectie	59	Verzekeringsduur	3
Opzeggen	4,12	Verzekeringsreglement	16
Orthodontist	43, 58	Voetzorg (podothérapie, podologie, pedicure)	62
Orthopedagoog	20, 25	Voorbehoedsmiddel	63
Orthopedische steunzolen	62		
Overeenkomsten met zorgaanbieders	14, 31	W	
Overlijden	5, 54	Wanbetalers	6
		Werkgebied	3
P		Wijzigingen	4, 8, 12
Pedicurezorg	62		
Plastische chirurgie	38, 59	Z	
Plaswekker	59	Zelfstandige behandelcentra	37
Podologie	63	Ziekenvervoer, ambulance of helikopter	49
Podotherapie	63	Ziekenvervoer, zittend	50
Premie	6, 12	Zorgverzekeraar	9
Preventie	53	Zwangerschap	33, 35, 47, 52
Prothese	31		
Pruiken	59		
Psychologische zorg	25		
R			
Regeling zorgverzekering	16		
Reiskosten	60		
Revalidatie, geriatrische	41		
Revalidatie, revalidatie arts	40		
S			
Second opinion	42		
Softbrace of spalk	60		
Sport Medisch Advies	60		
Sterilisatie	61		
Steunzolen	62		
Stoppen met roken	42		
Stottertherapie	61		
T			
Tandarts	64		
Tandheelkunde	43, 64		
Tandprotheticus	45, 64		

De zorgverzekeraar:

Statutaire naam: Menzis Zorgverzekeraar N.V.
 Adres: Lawickse Allee 130, 6709 DZ Wageningen.
 Handelsnaam: Menzis Zorgverzekeraar N.V. KvK-nummer 50544810 Aard van de dienstverlening: aanbieden schade verzekeringen AFM registratienummer: 12020806
 Statutaire naam: Menzis N.V. Adres: Lawickse Allee 130, 6709 DZ Wageningen.
 Handelsnaam: Menzis N.V. KvK-nummer 50544101 Aard van de dienstverlening: aanbieden schade verzekeringen AFM registratienummer: 12020807