



2019

Algemene regels en Vergoedingen

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

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

U inspireren bij een goed en gezond leven

Geachte heer/mevrouw,

Hartelijk dank voor uw vertrouwen in ONVZ. Wij denken dat u een uitstekende keuze heeft gemaakt. Bij ONVZ staan we voor een goed en gezond leven. We helpen en inspireren het hele jaar door om gezondere keuzes te maken.

Uiteraard zijn we er ook voor u als u zorg nodig heeft. Daarbij heeft u ook in 2019 alle vrijheid om zelf uw zorgverlener te kiezen. Zoals u van ons gewend bent.

Onze polisvoorwaarden en andere belangrijke informatie voor u op een rij.

Hierbij hebben we de algemene regels en de vergoedingen van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan 2019 voor u op een rij gezet. U kunt er precies in zien wat u als ONVZ-verzekerde van ons mag verwachten, welke diensten ONVZ u biedt en hoe u daarvan het best gebruik kunt maken.

Op uw polisblad ziet u welke verzekeringen u heeft en welke voorwaarden daarop van toepassing zijn. Deze voorwaarden gaan in per 1 januari 2019 en gelden tot eventuele wijzigingen van kracht worden.

Heeft u nog vragen?

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

Met vriendelijke groet,

Jean-Paul van Haarlem
Bestuursvoorzitter ONVZ

 www.facebook.com/onvz

 www.twitter.com/onvz

Leeswijzer



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

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

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

Inhoudsopgave

Contactgegevens	6
De algemene regels van onze verzekeringen	7
Inleiding	9
De verzekeringen van ONVZ	10
Ik word klant van ONVZ	12
Ik ben verzekerd bij ONVZ	14
Ik verlaat ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering	20
Vergoedingen	23
Huisarts en gezond blijven	26
Ziekenhuis en medisch specialist	47
Verpleging en verzorging	75
Bewegen	88
Revalidatie en herstel	106
Zwangerschap, bevalling en kind	117
Medicijnen en dieet	131
Mond en gebit	142
Psychische zorg	162
Anticonceptie	168
Alternatief	172
Horen, zien en spreken	175
Hulpmiddelen	186
Huid en haar	190
Vervoer	199
Zorg in het buitenland en reizen	206
Compensatie en verhaal	215
Wereldfit	221
Regels ongevallendekking Superfit	231
Uitgebreide voorwaarden Wereldfit	236
Basisregels hulpmiddelen basisverzekering	241
Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering	244
Vergoedingen index	318

Contactgegevens

ONVZ

Postbus 392
3990 GD Houten
Telefoon: 030 639 62 22
Fax: 030 635 12 75
Internet: www.onvz.nl

ONVZ Service Center

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

ONVZ Machtigingen

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

ONVZ ZorgConsulent

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

ONVZ Kraamzorg Service

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

ONVZ Zorgassistance

Hulp en advies over geneeskundige zorg in noodsituaties
Telefoon: +31 (0)88 668 97 67
24 uur per dag bereikbaar

ONVZ Verhaalszaken

Verhaalsbijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde
Telefoon: 030 639 62 64
Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

Taxivoer

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

ONVZ Klachtenservice

Voor het indienen van een klacht
ONVZ
Klachtenservice
Postbus 392
3990 GD Houten
E-mail: klachtenservice@onvz.nl

ONVZ
Algemene regels 2019

De algemene regels van onze verzekeringen

Inhoud

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

Inleiding

Dit zijn de algemene regels van de Vrije Keuze Basisverzekering en de Vrije Keuze aanvullende verzekeringen van ONVZ. Samen met de vergoedingen¹ regelen ze waar u recht op heeft en wat u daarvoor moet doen.

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

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

Deze algemene regels zijn verdeeld in 4 onderwerpen.

1. De verzekeringen van ONVZ
2. Ik word klant van ONVZ
3. Ik ben verzekerd bij ONVZ
4. Ik verlaat ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering

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

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/vergoedingen-a-z

1. De verzekeringen van ONVZ

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

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

Over onze verzekeringen

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

Onze verzekeringen zijn:

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

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

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

3. Iedereen die volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) een basisverzekering moet hebben, kan een Vrije Keuze Basisverzekering afsluiten. Of dat voor zich laten doen.
4. De persoon die een verzekering afsluit, heet officieel **verzekeringnemer**. Die noemen wij hierna **'hoofdverzekerde'**. Een hoofdverzekerde kan een verzekering voor zichzelf afsluiten, maar ook voor iemand anders, zoals een partner of kinderen. De persoon die verzekerd is, is **de verzekerde**. Als u een verzekering voor uzelf afsluit, dan bent u de hoofdverzekerde én de verzekerde.
5. **De hoofdverzekerde krijgt van ons de zorgpolis**. Dat is het bewijs van de verzekering. Op de zorgpolis staat wie er verzekerd is en welke verzekeringen zijn afgesloten.

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

Welke regels de verzekering en de premie bepalen

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

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

2. Ik word klant van ONVZ

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

Een verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd

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

Wanneer uw verzekering ingaat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wat verder van belang is

18. **Bij een nieuwe verzekering heeft u 14 dagen bedenktijd.**
De bedenktijd van 14 dagen gaat in op de dag dat u de zorgpolis ontvangt. U kunt dan zonder reden opzeggen. Dit betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. U krijgt betaalde premies terug en er bestaat geen recht op vergoeding(en).
19. **U kunt lid worden van Vereniging ONVZ.**
Sluit u een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ af? Dan kunt u lid worden van de Vereniging ONVZ. Deze vereniging heeft een belangrijke stem binnen ONVZ. Iedere hoofdverzekerde kan maar 1 keer lid zijn, ook al sluit hij voor meer personen de Vrije Keuze Basisverzekering af. Het lidmaatschap eindigt als de Vrije Keuze Basisverzekering eindigt.
20. **Neemt u per e-mail of via social media contact met ons op? Dan mogen wij ook via die weg reageren.** Dat doen wij niet als dat door privacyregels niet kan, of als u aangeeft dat u via andere weg reactie wilt ontvangen. **Neemt u via de website contact met ons op? Dan reageren wij telefonisch of via e-mail.**

3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

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

Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? Aan de hand van de volgende regels bepalen wij of wij de zorg vergoeden. Meestal gaat de vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt dan rechtstreeks vergoeding van ONVZ en ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener. U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet zonder onze toestemming aan iemand anders overdragen. Of gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een nota van die ander gaat betalen.

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

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op diensten die op onze website onder vergoedingen staan, als aan de voorwaarden is voldaan.** We bedoelen de algemene regels die u nu leest, en de voorwaarden die bij vergoedingen op de website staan.

Voorbeeld

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

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

23. **De verzekering vergoedt de kosten van zorg zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of (bijvoorbeeld bij een geneesmiddel) de datum van aflevering die op de nota staat, moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling als 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de openingsdatum van de dbc bij ons verzekerd zijn.
24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**
- a. waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen, en**
 - b. die naar inhoud en omvang als effectief en veilig wordt beschouwd**
- Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond en in de praktijk is gebleken dat de zorg goed werkt. Is dat niet aangetoond of gebleken dan geldt wat het betrokken vakgebied (de hele groep van zorgverleners) goede zorg vindt. Verder moet de zorg voor u doeltreffend zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
25. **De overheid bepaalt soms het tarief.** Voor sommige behandelingen stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een vaste of maximumprijs vast. Wij vergoeden dan deze vaste prijs, of niet meer dan de maximumprijs.

Is er geen vaste of maximumprijs van de overheid? Dan vergoeden wij een marktconforme prijs.

'Marktconform' betekent dat de nota van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Voor een Zw-pgb voor verpleging en verzorging gelden de maximumbedragen die in het reglement Zw-pgb¹ staan.

Wij betalen altijd in euro's. Is het bedrag op de nota van uw zorgverlener in een andere muntsoort? Dan rekenen wij het bedrag om naar euro's. Wij rekenen met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontvangt.

Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

26. **Soms betaalt u een eigen bijdrage.** Voor sommige zorg van de Vrije Keuze Basisverzekering (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen en een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage². Dat is een bedrag dat u zelf moet betalen als u de zorg krijgt. De overheid bepaalt de eigen bijdragen.
27. **U betaalt ook het verplichte eigen risico³.** De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. **Voor 2019 is het bedrag € 385.** Dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. **Het eigen risico geldt alleen voor de Vrije Keuze Basisverzekering.**

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

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

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-risico

U betaalt geen eigen risico over de eigen bijdrage. Dit werkt als volgt. Als wij een nota van u krijgen, halen we daar eerst uw eigen bijdrage vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico. Bij geneesmiddelen werkt dit anders. Als u de maximale eigen bijdrage van € 250 heeft betaald, vergoedt de basisverzekering de rest. Die kosten vallen dan wel onder het eigen risico.

28. **Het eigen risico gaat in op de 1e dag van de maand na de maand waarin u 18 jaar wordt.** Onder de 18 en in de maand van de 18e verjaardag geldt geen eigen risico.
29. U kunt bovenop het verplichte eigen risico per kalenderjaar een vrijwillig eigen risico kiezen. Ook dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. U krijgt daarvoor korting op de premie. In de premietabel¹ leest u welke bedragen u kunt kiezen als vrijwillig eigen risico, en welke korting u dan krijgt. Wij verrekenen zorgkosten eerst met het verplichte en dan met het vrijwillig eigen risico.
30. Wordt u 18 jaar en wilt u een vrijwillig eigen risico? Dan moet u dat aan ons doorgeven binnen 30 dagen nadat u 18 jaar bent geworden. Doet u dat niet, dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Tot die tijd geldt dan alleen het verplichte eigen risico.
31. **Voor sommige zorgkosten geldt geen (verplicht of vrijwillig) eigen risico.** In de tabel hieronder leggen wij dit uit.

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

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

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

33. **Maakt u in 2019 zorgkosten en stuurt uw zorgverlener ons de nota pas in 2021 of later? Dan brengen we het verplichte eigen risico niet in rekening.** Als het aan u ligt dat wij de nota's niet eerder ontvangen, kunnen wij het eigen risico wel in rekening brengen.

34. **Bent u maar een deel van het jaar bij ons verzekerd? Dan passen wij het verplichte (en een vrijwillig) eigen risico en de maximale eigen bijdrage voor geneesmiddelen daarop aan.** Wij berekenen allebei dan op basis van het aantal dagen dat de verzekering heeft gelopen of dat premie moest worden betaald. De uitkomst ronden wij af op hele euro's. **Wordt u in de loop van het jaar 18? Ook dan passen wij het eigen risico daarop aan, maar niet de eigen bijdrage. Die geldt namelijk ook onder de 18.**

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

Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

35. **Soms moet u voor zorg of hulp naar het zorgkantoor of de gemeente. Dan vergoeden de Vrije Keuze Basisverzekering en aanvullende verzekeringen de zorg of hulp niet.** Ook niet als u de zorg of hulp van zorgkantoor of gemeente niet voldoende vindt.

Het gaat onder meer om:

- intensieve zorg (Wet langdurige zorg, Wlz)
- ondersteuning om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Wmo 2015)
- zorg en hulp voor jongeren (Jeugdwet). Hieronder valt ook geestelijke gezondheidszorg onder de 18 jaar

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

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

37. Als uw zorgkosten het gevolg zijn van terroristische handelingen¹ dan kan het zijn dat u een lagere vergoeding krijgt. Wij hebben onze verplichting om deze zorgkosten te vergoeden verzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Deze verzekering vergoedt maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Zijn er meer kosten? Dan vergoedt de NHT deze voor een deel. Wij vergoeden de zorgkosten dan ook voor dit deel. Hebben wij de kosten niet verzekerd bij NHT? Ook dan vergoeden wij de kosten voor een gelijk deel, alsof ze wel verzekerd zouden zijn bij de NHT. Woont u niet in Nederland? Dan krijgt u zorg die het gevolg is van terroristische handelingen niet vergoed.
38. De overheid kan in uitzonderlijke situaties zoals natuurrampen een deel van de zorgkosten vergoeden. Dan heeft u recht op een aanvullende vergoeding volgens de wettelijke regels.
39. **Voor de aanvullende verzekeringen gelden de volgende 2 beperkingen. In de praktijk merkt u dit niet.** Verzekeraars lossen dit zoveel mogelijk samen op.
1. **De aanvullende verzekering vergoedt niet voor het deel waarvoor een andere regeling geldt.** De aanvullende verzekeringen zijn 'excedent'-verzekeringen. Dit betekent dat de vergoedingen niet gelden voor zover een andere regeling vergoedt. Daarboven vergoeden wij wel, tot de maximale vergoeding. Een regeling is een verzekering, wet of voorziening.
 2. **De aanvullende verzekering vergoedt niet bij samenloop.** Samenloop betekent dat zorg of zorgkosten onder 2 of meer regelingen vallen. Of onder die andere regeling zou vallen, als de aanvullende verzekering niet bestond. Het maakt niet uit of de andere regeling eerder of later is ingegaan.
40. **De aanvullende verzekeringen vergoeden de volgende zorg ook niet.**
- a. Zorg die is voorgeschreven of geleverd:
 - door de verzekerde aan zichzelf
 - door de verzekerde aan een gezinslid
 - door een gezinslid aan een verzekerde binnen het gezin.
 Wij vergoeden deze zorg wel als we vooraf toestemming hebben gegeven.
 - b. Heeft u bij een andere zorgverzekeraar een natura basisverzekering? En gaat u naar een zorgaanbieder waarmee uw verzekeraar geen overeenkomst heeft? Bij een naturaverzekering moet u een (flink) deel van uw zorgkosten zelf betalen als u naar een zorgverlener gaat waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft. Uw aanvullende verzekering vergoedt dat deel niet.

Ik wil zorgkosten declareren

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

41. **Veel zorgverleners dienen de nota rechtstreeks bij ons in. Wij betalen dan rechtstreeks aan de zorgverlener. Zo voldoen wij aan de verplichting om uw nota te vergoeden.** Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop u recht heeft? Dan kunnen wij het verschil bij de zorgverlener terugvragen.
42. **Het kan ook zijn dat u ons zorgkosten moet terugbetalen.** Als wij rechtstreeks met uw zorgverlener afrekenen, betalen wij de hele nota. Dat doen wij ook als u een deel van de nota zelf moet betalen door het eigen risico of een eigen bijdrage. Of doordat niet alle zorg door uw verzekeringen wordt vergoed. Voor het bedrag dat u zelf moet betalen, krijgt u van ons een nota. Die moet u binnen 21 dagen betalen.
43. **Dient u zelf een nota van een zorgverlener bij ons in? Dan moet u zich aan de volgende 3 regels houden.** Anders kan het zijn dat wij de kosten niet vergoeden.
- a. **Dien uw nota's zo snel mogelijk bij ons in. We moeten ze binnen 3 jaar hebben ontvangen.** De 3 jaar gaan in op het moment dat u de zorg gekregen heeft. Dus niet op het moment dat gedeclareerd is.
 - b. **Nota's die u indient moeten duidelijk zijn.** Er moet bijvoorbeeld in staan welke zorg u heeft gekregen, en wie die heeft verleend. De nota's moeten in het Nederlands zijn, of in het Engels, Duits, Frans of Spaans. Anders kunnen wij om een vertaling vragen.
 - c. Dient u de nota digitaal in, bijvoorbeeld via de ONVZ app of onze website? **U moet de originele nota nog 1 jaar bewaren nadat wij deze hebben ontvangen.** Wij kunnen u vragen ons het origineel toe te sturen.

¹ Gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen

44. **Wij kunnen nota's controleren.** Wij gaan dan bijvoorbeeld na of u de zorg wel heeft gekregen en nodig had.

Ik betaal premie

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

46. **Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u voor de volgende 6 verzekeringen geen premie.**

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

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

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

47. **U betaalt de basispremie. Daar kunnen nog kortingen vanaf gaan.** De basispremie en de kortingen staan in de premietabel. Korting krijgt u:

- als u per kwartaal, half jaar of jaar betaalt in plaats van per maand
- als u een vrijwillig eigen risico kiest
- als deelnemer aan de collectiviteit van Vereniging ONVZ
- als u aan een andere collectiviteit deelneemt

48. Combineert u onze aanvullende verzekering(en) niet met een Vrije Keuze Basisverzekering? Dan betaalt u bovenop de premie een toeslag van 50%.

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

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

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

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

Meewerken en informeren

52. **Hebben wij voor controle of onderzoek informatie nodig? Dan moet u daar aan meewerken.** U moet zorgen dat onze medisch adviseur of een andere medewerker die informatie krijgt. Bijvoorbeeld van uw behandelend arts. Hierbij gelden de privacyregels. Werkt u niet mee, dan kan het zijn dat u nota's niet vergoed krijgt, of ons moet terugbetalen.

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

Met belangrijk bedoelen we gebeurtenissen waarvan wij op de hoogte moeten zijn om uw verzekering goed uit te voeren. Bijvoorbeeld:

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

Doet u dit niet, dan kan het zijn dat u nota's niet vergoed krijgt.

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

Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig

55. **Als u bij ons een verzekering heeft of aanvraagt, nemen wij uw gegevens op in onze administratie.** Als u ons belt kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons privacy statement¹. In ons privacy statement vindt u hierover meer informatie.
56. **Wij moeten uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie opnemen.** Wij moeten het ook gebruiken in de contacten met zorgverleners.
57. Wij gebruiken uw gegevens en opgenomen telefoongesprekken:
- om uw verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
 - om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
 - voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
 - voor marketing
 - voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit
- Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen wij alleen als dat nodig is voor deze doelen, behalve marketing. Meer informatie hierover staat in ons privacy statement¹. Daar staat ook in wat uw rechten zijn.
58. De stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nagaan of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via het CIS uitwisselen met andere verzekeraars, als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het CIS heeft een eigen privacyreglement. U vindt het via www.stichtingcis.nl.
59. Om uw verzekeringen uit te voeren vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens aan anderen, zoals zorgverleners en hulpmiddelenleveranciers. Wij doen dat digitaal via het netwerk voor veilige communicatie in de zorg (Vecozo), of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die u krijgt op een makkelijke en veilige manier bij ons worden gedeclareerd. Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij of u (nog) recht op premiekorting heeft. Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden.
60. Wilt u geen post, e-mail of andere uitingen ontvangen met marketing als doel? Geef het aan ons door. Dan sturen wij u deze informatie niet meer.

Ik wil mijn aanvullende verzekering wijzigen

61. Stapt u over naar een andere aanvullende verzekering van ONVZ? Dan tellen zorgkosten die de oude aanvullende verzekering heeft vergoed mee voor de maximale vergoeding van de nieuwe aanvullende verzekering.

Wij kunnen de verzekering wijzigen

62. **Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen wijzigen.** De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen gaat de nieuwe premie na 7 weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in algemene regel 63.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/privacy

4. Ik verlaat ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering

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

Opzeggen

63. **De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen.** Dit kan met een brief, een e-mail of via de website. Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar.

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

- a. Als u nog in de bedenktijd van algemene regel 18 zit.
- b. Als u van werkgever verandert, en u bij uw oude én nieuwe werkgever aan een collectieve verzekering deelneemt. De opzegging moet dan wel binnen 1 maand na het einde van uw oude dienstverband bij ons binnen zijn. De opzegging gaat in op de 1e dag van de volgende maand. Anders loopt de oude verzekering nog door tot 1 januari van het volgende jaar. De korting voor de collectiviteit geldt dan niet meer.
- c. Als de hoofdverzekerde iemand anders verzekerd heeft, en deze verzekerde een nieuwe verzekering krijgt. Dit kan bijvoorbeeld bij scheiding. De oude verzekering eindigt op het moment dat de nieuwe verzekering ingaat. De opzegging moet wel op dat moment bij ons binnen zijn. Anders loopt de oude verzekering nog door in de maand waarin wij de opzegging ontvangen en de maand daarna.
- d. Als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 62. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. U moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat, of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling, of als de wijziging voordelig voor u is.
- e. Als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u laat weten dat wij medische gegevens over u hebben bekeken die niet voor ons bestemd waren. Wij zullen dat ook nooit doen. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa bij ons binnen zijn.

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

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

Soms eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering zonder opzegging

65. Blijkt na het afsluiten van een Vrije Keuze Basisverzekering dat u hierop geen recht heeft? Dan eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering vanaf de ingangsdatum of de datum waarop u er geen recht meer op had. Heeft u al premie betaald? Dan betalen wij die terug. Zorgkosten die wij hebben vergoed, halen wij hier van af. Zijn de door ons betaalde zorgkosten hoger dan de door u betaalde premie? Dan moet u ons het verschil terugbetalen.

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

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

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

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

Soms beëindigen wij de verzekering

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

Als u fraudeert

74. **Bij fraude nemen wij maatregelen.** Wij spreken van fraude als u bewust een regel overtreedt of dat door een ander laat doen om er zelf beter van te worden. Dit is het geval als u met onjuiste of onvolledige informatie bij ons een verzekering afsluit of probeert af te sluiten. Of van ons een vergoeding of dienst krijgt of probeert te krijgen terwijl u daar geen recht op heeft.
- Voorbeelden van fraude zijn:
- u stuurt ons stukken die vervalst zijn
 - u geeft ons opzettelijk een onjuist beeld van uw situatie
 - u vermeldt bij een declaratie iets wat niet waar is
 - u houdt informatie achter die voor ons van belang is
75. Bij een vermoeden van fraude starten wij een onderzoek. Wij houden ons aan het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit¹. In dit Protocol hebben verzekeraars afspraken gemaakt over de aanpak van fraude.
76. Is fraude vastgesteld? Dan kunnen dit de gevolgen zijn:
- nota's waarmee is gefraudeerd vergoeden wij niet
 - nota's die wij onterecht aan u of uw zorgverlener hebben betaald vorderen wij van u terug
 - kosten van het fraudeonderzoek brengen wij bij u in rekening
 - wij kunnen aangifte doen bij de politie
 - wij kunnen uw gegevens (laten) opnemen in de registers die in algemene regel 58 staan
 - wij kunnen uw verzekeringen met terugwerkende kracht tot de datum van de fraude beëindigen
 - wij kunnen u tot 5 jaar daarna weigeren voor een nieuwe verzekering

Als u niet tevreden bent of een klacht heeft

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

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

77. **Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of ontevreden met onze dienstverlening? Dan kunt u bij onze Klachtenservice een klacht indienen.** U ontvangt onze reactie binnen 30 dagen.
78. **Bent u niet tevreden met onze reactie of reageren wij niet? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).** De procedure bij de SKGZ verloopt in 2 stappen.
- Eerst probeert de Ombudsman uw klacht door bemiddeling op te lossen.
 - Als dat niet lukt, kunt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie.

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

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

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

SKGZ
Antwoordnummer 5518
3700 VB Zeist

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

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

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

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

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

Wat verder van belang is

80. De verzekering valt onder Nederlands recht.

Vergoedingen ONVZ

Inhoudsopgave

Vergoedingen ONVZ

Huisarts en gezond blijven	26
De huisarts (huisartsenzorg)	27
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	28
Voetzorg bij diabetes	30
Psychische zorg bij de huisarts	32
Trombosedienst	33
Griepprik	35
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht	36
Stoppen met roken	38
Preventiecurssussen	40
Preventief medisch en farmacogenetisch onderzoek	41
Overgangsconsulente	44
Gezondheidscheck-up / sportcheck-up	45
Ziekenhuis en medisch specialist	47
Medisch specialist	48
Ziekenhuisopname	50
Plastische chirurgie	52
Vruchtbaarheidsbehandeling	54
In-vitrofertilisatie (ivf)	55
Erfelijkheidsonderzoek	57
Borstkanker: aanvullend onderzoek	59
Orgaantransplantatie en -donatie	60
Dialyse	61
Mechanische beademing	63
Voorwaardelijk toegelaten zorg	64
Second opinion	66
Verblijf in een logeerhuis	68
Kinderopvang bij ziekenhuisopname van een ouder	70
Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort	71
Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na	73
Verpleging en verzorging	75
Verpleging en verzorging thuis	76
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	78
Eerstelijns verblijf	80
Vervangende mantelzorg	82
Hulp bij mantelzorg	83
Huishoudelijke hulp	85
Hospice	86
Bewegen	88
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	89
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	91
Podotherapie en podologie	93
Oedeem- en littekentherapie	95
Beweegprogramma bij chronische ziekte	97
Beweegprogramma bij en na kanker	99
Houding, bewegen en sport	100
Loophulpmiddelen	102
Steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus	103
Senioren Fitzwemmen	104
Revalidatie en herstel	106
Revalidatie (medisch-specialistisch)	107
Geriatrische revalidatie	108
Ergotherapie	110
Zorghotel	112
Kuuroord	113
Therapeutisch kamp voor jongeren	114
Lidmaatschap patiënten- of belangenorganisatie	115
Zwangerschap, bevalling en kind	117
Prenatale screening	118
Zwangerschap en bevalling	120
Kraamzorg	122
Kraampakket	124
Bevalling-TENS	126
Borstvoeding: lactatiekundige	127

Zorg bij adoptie	128
Plaswekker	129
Medicijnen en dieet	131
Geneesmiddelen basisverzekering	132
Geneesmiddelen aanvullende verzekering	134
Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers	136
Diëtetiek	138
Dieetpreparaten	140
Mond en gebit	142
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	143
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	145
Tandheelkundige zorg na een ongeval	148
Orthodontie tot 18 jaar	150
Orthodontie vanaf 18 jaar	152
Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar	153
Fronttandvervanging	155
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	157
Bijzondere tandheelkunde	158
DiamondClean Smart tandenborstel	160
Psychische zorg	162
Generalistische basis-ggz	163
Gespecialiseerde ggz	165
Anticonceptie	168
Anticonceptiegeneesmiddelen	169
Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	170
Alternatief	172
Alternatieve geneeswijzen	173
Horen, zien en spreken	175
Audiologische zorg	176
Orthoptie	177
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	179
Logopedie	181
Bril, (contact)lenzen en ooglaseren	182
Stottertherapie	184
Hulpmiddelen	186
Hulpmiddelen	187
Steunpessarium	189
Huid en haar	190
Acnebehandeling	191
Camouflage-instructie	192
Elektrische epilatie en laserbehandeling	194
Psoriasisdagbehandeling	195
Pedicure bij diabetes en reuma	197
Vervoer	199
Ambulancevervoer	200
Zittend ziekenvervoer	201
Reiskosten voor ziekenbezoek	204
Zorg in het buitenland en reizen	206
Buitenland: spoedeisende zorg	207
Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg	209
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen	212
Compensatie en verhaal	215
Vergoeding in bijzondere gevallen	216
Verhaalsbijstand bij letselschade	217
Ongevallendekking Superfit	219
Wereldfit	221
Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland	222
Wereldfit: repatriëring	223
Wereldfit: eerder terugkeren	225
Wereldfit: vergoeding bij overlijden	227
Wereldfit: vervangende chauffeur	229
Regels ongevallendekking Superfit	231
Uitgebreide voorwaarden Wereldfit	236
Basisregels en vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering	241
Basisregels hulpmiddelen basisverzekering	241
Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering	245

Huisarts en gezond blijven

Vergoedingen

De huisarts (huisartsenzorg)
Diagnostiek voor eerstelijns zorg
Voetzorg bij diabetes
Psychische zorg bij de huisarts
Trombosedienst
Grieprik
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht
Stoppen met roken
Preventiecurussen
Preventief medisch en farmacogenetisch onderzoek
Overgangsconsulente
Gezondheidscheck-up / sportcheck-up

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

De huisarts (huisartsenzorg)

Zorg begint bij de huisarts.

Wat u vergoed krijgt

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

De huisarts bespreekt uw vragen en klachten met u en stelt een diagnose. Als het nodig is laat hij uw bloed onderzoeken, of laat hij ander onderzoek doen. Meestal kan de huisarts u zelf behandelen. Soms verwijst hij u door naar een andere zorgverlener, zoals een fysiotherapeut of een specialist.

Soms behandelen andere zorgverleners u

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

Samenwerking voor chronische zorg

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

Dag en nacht

Als u buiten de openingstijden van de praktijk dringend zorg nodig heeft, kunt u terecht bij de waarnemer of de huisartsenpost. Als het nodig is, krijgt u daar een verwijzing voor de Spoedeisende hulp van het ziekenhuis.

Alles samen: huisartsenzorg

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

Andere vormen van huisartsenzorg

Voor sommige vormen van huisartsenzorg gelden (ook nog) andere voorwaarden. Ze staan daarom apart vermeld:

- [voetzorg bij diabetes](#)
- [psychische zorg bij de huisarts](#)
- [stoppen met roken](#)
- [voedselallergieonderzoek bij kinderen](#)
- huisartsenzorg met opname ([eerstelijns verblijf](#))

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

Andere vergoedingen

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

Voor preventief medisch onderzoek kunt u meestal ook gewoon bij de huisarts terecht.

Wilt u meer doen aan preventie? Er zijn aparte vergoedingen voor (ander) [preventief medisch onderzoek](#), [gezondheidscheck-up](#), [preventiecurssussen](#) en [griepvaccinatie](#).

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor huisartsenzorg geldt geen eigen risico. Voor zorg die de huisarts voorschrijft, zoals geneesmiddelen of (laboratorium)onderzoek, geldt het eigen risico wel.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En ook dat de basisverzekering geen keuringen (zoals een rijbewijs- of aanstellingskeuring) vergoedt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Diagnostiek voor eerstelijns zorg

Als de huisarts of andere eerstelijnszorgverlener extra onderzoek laat doen om u goed te kunnen behandelen.

Wat u vergoed krijgt

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

Soms heeft de huisarts voor een goede diagnose extra onderzoek nodig. Bijvoorbeeld bloedonderzoek, een hartfilmpje of een röntgenfoto. Dit kan vaak in de praktijk zelf. Dan hoort het tot de huisartsenzorg. Als het onderzoek niet in de huisartsenpraktijk kan, stuurt de huisarts u naar een laboratorium, een bloedprikpost of de polikliniek van het ziekenhuis. De huisarts krijgt de uitslag van het onderzoek en kan u dan verder behandelen.

Ook de verloskundige of een andere zorgverlener in de eerste lijn¹ kan vragen om zo'n onderzoek of foto voor een goede diagnose. We noemen dit daarom diagnostiek voor eerstelijns zorg, of eerstelijnsdiagnostiek.

De basisverzekering vergoedt deze diagnostiek als het gaat om:

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

De vergoeding geldt alleen als de diagnostiek wordt aangevraagd door:

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

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

De diagnostiek wordt uitgevoerd door:

- een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC)
- een productiesamenwerkingsverband²
- een ziekenhuis
- de jeugdarts, als het gaat om diagnostische tests bij een vermoeden van koemelkallergie bij kinderen tot 4 jaar

Voor diagnostiek in verband met prenatale screening gelden andere voorwaarden. Daarom staat die apart vermeld.

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor huisartsenzorg. Maar wel voor eerstelijnsdiagnostiek.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

² Een samenwerkingsverband van ziekenhuizen dat laboratoriumonderzoeken en andere diensten levert aan instellingen en eerstelijnszorgverleners

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Voetzorg bij diabetes

Ik heb diabetes. Welke voetzorg krijg ik vergoed?

Wat u vergoed krijgt

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

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

De **basisverzekering** vergoedt de jaarlijkse voetcontrole.

Heeft u bij de voetcontrole **zorgprofiel 2, 3 of 4** gekregen? Dan vergoedt de basisverzekering ook de volgende voetzorg, om voetulcera te voorkomen of behandelen:

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

Wij vergoeden de jaarlijkse voetcontrole en de voetzorg hierboven als [huisartsenzorg](#).

Hier kunt u terecht

- huisarts, of een verpleegkundige die werkt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts
- podotherapeut. Soms besteedt de podotherapeut een deel van de voetzorg uit aan een pedicure¹. Hij blijft dan eindverantwoordelijk, en de kosten van de pedicure zitten dan in de nota van de podotherapeut

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

Dit wordt niet vergoed

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

¹ Met aantekening 'Diabetische voet' en ingeschreven in het Kwaliteitsregister Pedicures. Of: een medisch pedicure, ingeschreven in het KwaliteitsRegister Pedicures, het Register Paramedische Voetzorg of het Kwaliteitsregister van Kabiz

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Voetcontrole, bij zorgprofiel 1 en hoger Voetzorg, bij zorgprofiel 2 of hoger
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 150 Podotherapie bij zorgprofiel 1 Maximaal per kalenderjaar, volgens <u>podotherapie en podologie</u>
Benefit	€ 100 / € 250 Bij zorgprofiel 1: • Pedicure € 100 • Podotherapie € 250 Maximaal per kalenderjaar, volgens <u>pedicure bij diabetes en reuma en podotherapie en podologie</u>
Optifit	€ 200 / 100% Bij zorgprofiel 1: • Pedicure € 200 • Podotherapie 100% Maximaal per kalenderjaar, volgens <u>pedicure bij diabetes en reuma en podotherapie en podologie</u>
Topfit	100% Pedicure en podotherapie bij zorgprofiel 1 Volgens <u>pedicure bij diabetes en reuma en podotherapie en podologie</u>
Superfit	100% Pedicure en podotherapie bij zorgprofiel 1 Volgens <u>pedicure bij diabetes en reuma en podotherapie en podologie</u>

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Psychische zorg bij de huisarts

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

Wat u vergoed krijgt

Heeft u gezondheidsproblemen? Dan is uw huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt. Dat is ook zo bij psychische klachten.

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

De basisverzekering vergoedt psychische zorg door de huisarts of door de POH-ggz voor alle leeftijden.

In de gesprekken gaat de huisarts of de POH-ggz ook na of hij u wel de juiste zorg kan leveren. Misschien heeft u meer of andere zorg nodig, bijvoorbeeld omdat uw klachten door een psychische stoornis komen. Dan verwijst de huisarts u door, naar de generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde ggz. Dan gelden die vergoedingen.

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

Dit wordt niet vergoed

- bewegingsgerichte therapie
- anonieme behandeling via internet

Andere vergoedingen

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Trombosedienst

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

Wat u vergoed krijgt

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

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

De basisverzekering vergoedt:

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

Meet u zelf de stollingswaarden van uw bloed? Dan vergoedt de basisverzekering ook:

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

Andere vergoedingen

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

U moet voordat u de zorg krijgt een verwijzing hebben van een arts of medisch specialist.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Griep prik

Als u de jaarlijkse griepgolf voor wilt zijn.

Wat u vergoed krijgt

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

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

Hier kunt u terecht

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	100% 1 keer per kalenderjaar
Optifit	100% 1 keer per kalenderjaar
Topfit	100% 1 keer per kalenderjaar
Superfit	100% 1 keer per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

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

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Meer informatie vindt u bij het RIVM

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

Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht

Voor een blijvende verbetering van uw eetgewoontes en beweeggedrag.

Wat u vergoed krijgt

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

Meestal via uw huisarts

Meestal bespreekt de huisarts zo'n gli met u, maar ook uw medisch specialist kan dat doen. Als u wilt deelnemen, krijgt u van hen een verwijzing naar een gli-begeleider². Vaak is dat een zorgverlener waarmee uw huisarts (buiten de huisartspraktijk) al samenwerkt. Deze begeleidt u in een speciaal ontwikkeld programma. Dat duurt meestal zo'n 2 jaar, en volgt u voor een groot deel in een groep. De precieze duur en inhoud verschillen per programma. Die bespreekt uw gli-begeleider tevoren met u. De huisarts of medisch specialist die u verwijst, blijft betrokken. Uw begeleider, bijvoorbeeld de leefstijlcoach, houdt de huisarts of uw medisch specialist op de hoogte van de resultaten.

Wel de coaching, niet de beweging

Uw begeleider in het gli-programma motiveert en coacht u naar gezonder gedrag, gezonder bewegen en gezonder eten. Samen onderzoekt u bijvoorbeeld wat voor u het beste werkt om meer te bewegen. Aansluiten bij een wandelgroep bijvoorbeeld, of een sportvereniging. Die activiteit zelf is geen onderdeel van de gli. U betaalt deze dus zelf.

De **basisverzekering** vergoedt de gli als u:

- ouder bent dan 16 jaar, en
- gemotiveerd bent om het complete programma van zo'n 2 jaar te doorlopen, en
- een BMI³ heeft van 30 kg/m² of hoger, of
- een BMI heeft van 25-30 kg/m² met daarbij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes type II of een aanwezige ziekte die samenhangt met het overgewicht

De basisverzekering vergoedt alleen door ons erkende gecombineerde leefstijlinterventies⁴.

Aanvullende beweegprogramma's (voor alle leeftijden)

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden een beweegprogramma voor volwassenen die deelnemen aan een gli en voor kinderen die te jong zijn voor een gli. Een beweegprogramma kan interessant zijn als u deelneemt aan een gli, maar het nog niet lukt om bij een beweegactiviteit zoals een wandelgroep of sportvereniging aan te sluiten. Of voor kinderen die te jong zijn voor een gli.

In zo'n beweegprogramma traint u 3 tot 4 maanden lang meerdere keren per week, in een groep. Daarna kunt u zelf verder in het gewone sportaanbod. Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor beweegprogramma's bij gli, bij chronische ziekte en bij en na kanker samen. De maximale vergoeding staat hieronder. Topfit en Superfit vergoeden deze beweegprogramma's volledig.

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

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

³ Zelf uw BMI berekenen? Deel uw gewicht (in kilo's) door uw lengte (in meters). Deel de uitkomst nog een keer door uw lengte (in meters). De uitkomst is uw BMI

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

Hier kunt u terecht

Voor de gecombineerde leefstijlinterventie:

- een zorgverlener die staat ingeschreven in het register¹ van BLCN²
- een andere zorgverlener die bij de door ons erkende gecombineerde leefstijlinterventies³ genoemd staat

Voor het beweegprogramma:

- fysiotherapeut
- oefentherapeut Cesar of Mensendieck
- thuiszorgorganisatie

Andere vergoedingen

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

Wilt u aan uw leefstijl werken, maar is de gecombineerde leefstijl interventie niet voor u? Onze aanvullende verzekering Extrafit en hoger vergoeden ook preventiecurussen voor 'gezond gewicht'.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Gecombineerde leefstijlinterventie (gli)
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar Voor beweegprogramma's bij gli, bij <u>chronische ziekte</u> , en bij en na <u>kanker</u> samen
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar Voor beweegprogramma's bij gli, bij <u>chronische ziekte</u> , en bij en na <u>kanker</u> en tijdens chemotherapie samen
Topfit	100% Beweegprogramma's bij gli, bij chronische ziekte, en bij en na kanker en tijdens chemotherapie
Superfit	100% Beweegprogramma's bij gli, bij chronische ziekte, en bij en na kanker en tijdens chemotherapie

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

² Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland

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

Dit moet u zelf doen

Voor de gli moet u ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de gli alleen als wij toestemming¹ hebben gegeven voordat u aan het programma begint.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

De ZorgConsulent helpt u bij het vinden van een begeleider

Zoekt u een leefstijlcoach of andere gli-begeleider? Uw huisarts kan u hierover informeren. Maar ook onze ZorgConsulenten denken graag met u mee. Zij kunnen ook uw vragen over het beweegprogramma beantwoorden.

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

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

Stoppen met roken

We weten allemaal dat roken ongezond is. Twijfelt u tussen overstappen naar de elektrische sigaret of helemaal stoppen? Wij ondersteunen u bij het stoppen met roken.

Wat u vergoed krijgt

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

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

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

- huisarts
- verpleegkundige
- zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken⁴ van het Partnership Stop met Roken

De **basisverzekering** vergoedt:

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

Wilt u liever deelnemen aan één van de onderstaande programma's? Dat kan. De **aanvullende verzekeringen**

Optifit en hoger vergoeden:

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

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

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

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Stoppen-met-rokenprogramma 1 keer per jaar, met nicotinevervangers/geneesmiddelen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	100% Lasertherapie, Allen Carr-training, training De Opluchting
Topfit	100% Lasertherapie, Allen Carr-training, training De Opluchting
Superfit	100% Lasertherapie, Allen Carr-training, training De Opluchting

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

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

Voor de nicotinevervangers en de geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben

Voor de nicotinevervangers en geneesmiddelen die bij de behandeling horen moet u een voorschrift hebben van uw huisarts. Of van een medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Die laatste 3 moeten een aanvraagformulier¹ invullen. U stuurt dit formulier mee met de declaratie.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

¹ Zie hiervoor: www.znformulieren.nl/337936417/Formulieren?folderid=338591750&title=Stoppen+met+roken

Preventiecurssussen

Fit worden en fit blijven.

Wat u vergoed krijgt

Met een preventiecurcus kunt u gezond blijven en gezondheidsklachten voorkomen. Er zijn ook cursussen die u leren omgaan met een aandoening. Of waarmee u zich voorbereidt op een bevalling.

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden preventiecurssussen. De cursussen waar het om gaat en de maximale vergoeding per kalenderjaar staan hieronder.

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

Zwangerschap

- informatiebijeenkomsten van de Vereniging Borstvoeding Natuurlijk¹
- cursus borstvoeding door een lactatiekundige
- zwangerschapscurcus door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of door de Vereniging Samen Bevallen, of de cursus YVLO-Zwangerfit door een (bekken) fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, ingeschreven in het YVLO-register²
- zwangerschapsyoga door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, of door een gekwalificeerde yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland
- cursus Fit Mama! door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Gezond gewicht

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

Mentale fitheid

- weerbaarheidstraining voor kinderen tot 16 jaar aangeboden door een psycholoog
- Kanjertraining door een pedagoog of psycholoog van het Instituut Kanjertraining B.V. Almere
- Steviger in je schoenen staan door het Instituut Stema Opleidingen en Coaching
- Sta Sterk Training ontwikkeld door Stichting Omgaan met Pesten
- runningtherapie om depressie te voorkomen door een runningtherapeut via Running VOF
- de online (zelfhulp)modules van stichting Mirro³ voor het herkennen, verminderen of voorkomen van psychische klachten

Zelfmanagement

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

Eerste hulp

- basis-, herhaal- en vervolgcursus EHBO of kinder-EHBO door een organisatie aangesloten bij KNV EHBO, bij Nationale Bond EHBO of gecertificeerd door het Oranjekruis, het Nederlandse Rode Kruis of NIKTA
- cursus EHBO Basis, EHBO bij kinderen, EHBO bij volwassenen en EHBO Top van Livis
- basiscurcus reanimeren of AED (automatische externe defibrillator) gecertificeerd door de Nederlandse Reanimatie Raad of gegeven door een reanimatiepartner van de Hartstichting
- basiscurcus Stop de bloeding – Red een leven door een gecertificeerde instructeur⁴

Dit wordt niet vergoed

- cursussen Bedrijfshulpverlening

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

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

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 75 Maximaal per kalenderjaar
Benefit	€ 150 Maximaal per kalenderjaar
Optifit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar
Topfit	€ 325 Maximaal per kalenderjaar
Superfit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Preventief medisch en farmacogenetisch onderzoek

Wilt u weten hoe het met uw gezondheid staat, of welk medicijn voor u het beste werkt?

Wat u vergoed krijgt

Preventief medisch onderzoek

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

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

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

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

Farmacogenetisch onderzoek

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

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

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

Hier kunt u terecht

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

Dit wordt niet vergoed

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

Andere vergoedingen

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding Bij medische reden valt preventief medisch onderzoek onder de vergoeding <u>huisarts</u> of <u>medisch specialist</u>
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	50% tot € 250 Maximaal per kalenderjaar Alleen preventief medisch onderzoek zonder medische reden
Topfit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar Preventief medisch onderzoek zonder medische reden en farmacogenetisch onderzoek
Superfit	€ 750 Maximaal per kalenderjaar Preventief medisch onderzoek zonder medische reden en farmacogenetisch onderzoek

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

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

Voor farmacogenetisch onderzoek moet u een voorschrift van uw arts hebben

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Voor meer informatie kunt u terecht bij de ZorgConsulent

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

Overgangsconsulente

Extra ondersteuning tijdens de overgang.

Wat u vergoed krijgt

In de overgang (menopauze) verandert uw lichaam door hormoonwisselingen. U kunt te maken krijgen met bijvoorbeeld opvliegers, emotionele schommelingen en slaapproblemen. Een overgangsconsulente geeft u voorlichting, advies en zorg tijdens deze periode in uw leven.

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

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

Hier kunt u terecht

Een overgangsconsulente aangesloten bij:

- Care for Women¹, of
- Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten²

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

¹ Meer informatie leest u op: careforwomen.nl

² Meer informatie leest u op: overgangsconsulente.com

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Gezondheidscheck-up / sportcheck-up

Voor meer inzicht in uw gezondheid.

Wat u vergoed krijgt

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

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

Welke check-up past het beste bij u? Onze ZorgConsulenten kunnen u meer uitleg geven over de verschillende check-ups.

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	100% Maximaal 1 keer per kalenderjaar, via de ZorgConsulent
Extrafit	100% Maximaal 1 keer per kalenderjaar, via de ZorgConsulent
Benefit	100% Maximaal 1 keer per kalenderjaar, via de ZorgConsulent
Optifit	100% Maximaal 1 keer per kalenderjaar, via de ZorgConsulent
Topfit	100% Maximaal 1 keer per kalenderjaar, via de ZorgConsulent
Superfit	100% Maximaal 1 keer per kalenderjaar, via de ZorgConsulent

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet de check-up regelen via de ZorgConsulent

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

De check-up is niet geschikt voor kinderen

De leeftijdsgrenzen staan in het document gezondheidscheck-up¹.

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

Ziekenhuis en medisch specialist

Vergoedingen

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

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Medisch specialist

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

Wat u vergoed krijgt

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

De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC)² of in een eigen praktijk.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Hij stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. Hij is voor u de hoofdbehandelaar. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Denk bijvoorbeeld aan een scan of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de hoofdbehandelaar ook een SEH-arts (op de spoedeisende hulp), een verpleegkundig specialist of een physician assistant³ zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

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

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

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

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

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak

Andere vergoedingen

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

- kaakchirurgie
- medisch-specialistische revalidatie
- gespecialiseerde ggz

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

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De meeste ziekenhuiszorg
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg² staan vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Neemt u daarom vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Superfit en Wereldfit moet u voor niet-spoedeisende zorg contact opnemen met de ZorgConsulent en voor spoedeisende zorg met onze alarmcentrale Zorgassistance.

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

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

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

Een second opinion kan ook

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

Wachtlijst? Neem contact op met onze ZorgConsulent

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

Ziekenhuisopname

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

Wat u vergoed krijgt

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

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist¹ of de kaakchirurg² in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

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

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

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

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (ZBC)³
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

Andere vergoedingen

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

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

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

² Een kaakchirurg vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

³ Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Maximaal 3 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 2.500 voor extra comfort Volgens <u>ziekenhuisopname: extra luxe en comfort</u>
Zorgplan	€ 2.500 voor extra comfort Volgens <u>ziekenhuisopname: extra luxe en comfort</u>

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De basisverzekering vergoedt de opname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

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

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

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

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland. Gaat u naar het buitenland voor een ziekenhuisopname? Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Superfit en Wereldfit moet u vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent.

Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

Wat u vergoed krijgt

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

De **basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie alleen bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk die een aantoonbare lichamelijke functiestoornis¹ opleveren
2. verminkingen² door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslaptte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans) vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltepleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urineweg- en geslachtsorganen
8. behandeling van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

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

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

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

Optifit vergoedt plastische chirurgie bij:

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

Topfit en Superfit vergoeden plastische chirurgie bij:

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

Hier kunt u terecht

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

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

¹ Voorbeeld: U kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

² Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie

Dit wordt niet vergoed

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

Meer uitleg over de vergoeding van plastische chirurgie staat in het document [plastische chirurgie](#)¹.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde gevallen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	100% <ul style="list-style-type: none">• Correctie oorstand tot 18 jaar• Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis: correctie bovenoogleden of buikwand, vervanging borstprothesen
Topfit	100% <ul style="list-style-type: none">• Correctie oorstand tot 18 jaar• Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis
Superfit	100% <ul style="list-style-type: none">• Correctie oorstand tot 18 jaar• Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts. Bij acute zorg² is geen verwijzing nodig.

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg³ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Ook voor vergoeding vanuit de aanvullende verzekeringen moet u vooraf toestemming⁴ hebben gekregen.

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

² Zorg die niet kan worden uitgesteld bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

³ Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

⁴ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-medisch-specialistische-zorg

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Wachlijst? Neem contact op met onze ZorgConsulent

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

Vruchtbaarheidsbehandeling

Als het niet lukt om zwanger te worden.

Wat u vergoed krijgt

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

Dan vergoedt de **basisverzekering**:

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

De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden extra pogingen ivf.

Dit wordt niet vergoed

- kosten van eiceldonatie

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Tot 43 jaar, <u>ivf</u> alleen 1e, 2e en 3e poging
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Extra pogingen ivf 4e en volgende pogingen <u>ivf</u> , tot 43 jaar
Superfit	100% ivf 4e en volgende pogingen <u>ivf</u> , tot 43 jaar

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Er is een leeftijdsgrens

De basisverzekering vergoedt geen vruchtbaarheidsbehandeling als de vrouw 43 jaar of ouder is. Bent u voor uw 43e verjaardag gestart met een poging ivf? Dan mag u die poging wel afmaken.

We kijken naar de Hunault-score

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

Ook als u als alleenstaande of homoseksueel een kinderwens heeft, vergoeden wij vruchtbaarheidsbehandeling alleen bij een medisch vruchtbaarheidsprobleem en een verminderde zwangerschapskans.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

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

In-vitrofertilisatie (ivf)

Reageerbuisbevruchting.

Wat u vergoed krijgt

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

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

¹ Intracytoplasmatische sperma-injectie

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

- fase 1: de hormonale behandeling voor eicelrijping
- fase 2: het weghalen van rijpe eicellen bij de vrouw (follikelpunctie)
- fase 3: de laboratoriumfase, waarin de eicellen worden bevrucht met zaadcellen en uitgroeien tot een embryo
- fase 4: het 1 of meer keer terugplaatsen van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder

Als fase 2 succesvol is, telt de behandeling mee als poging.

Als er dan geen doorgaande zwangerschap tot stand komt, dan is de poging mislukt. Besluit u tot een nieuwe behandeling en start u dan weer met fase 1 of 2, dan telt dit als een nieuwe poging. Zijn er ingevroren embryo's over uit een eerdere fase van de poging? Dan valt de terugplaatsing daarvan onder dezelfde poging, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.

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

We spreken van een doorgaande zwangerschap als het embryo leeft:

- 12 weken na de laatste menstruatie als u spontaan zwanger werd
- 10 weken na het moment van de follikelpunctie
- 9 weken en 3 dagen bij implantatie van een ingevroren embryo

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

Hier kunt u terecht

U wordt voor de ivf- of icsi-behandeling verwezen naar een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum¹ (vruchtbaarheidskliniek).

Wilt u in het buitenland behandeld worden? Dan wordt de zorg mogelijk niet volledig vergoed. Om vooraf zekerheid te krijgen over de vergoeding, adviseren wij u om altijd vooraf toestemming² te vragen. Bij Wereldfit moet u vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent.

Dit wordt niet vergoed

- technieken waarvan de effectiviteit niet wetenschappelijk is bewezen, zoals assisted hatching, in vitro maturatie en ivf in de gemodificeerde natuurlijke cyclus (MNC)
- kosten van eiceldonatie

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	3 pogingen tot doorgaande zwangerschap Tot 43 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Extra pogingen 4e en volgende pogingen, tot 43 jaar
Superfit	Extra pogingen 4e en volgende pogingen, tot 43 jaar

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

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

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

Topfit en Superfit vergoeden een 4e of volgende poging alleen als wij vooraf toestemming¹ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

We kijken naar de Hunault score

De zwangerschapskans is sterk afhankelijk van de leeftijd van de vrouw en de kwaliteit van het sperma. De Hunault-score geeft een indicatie van de zwangerschapskans. Wijst de score op een goede kans om op natuurlijke wijze zwanger te worden? Dan vergoedt de basisverzekering ivf alleen als zwanger worden lange tijd niet lukt.

Dit geldt ook als u alleenstaand of homoseksueel bent en een kinderwens heeft. Alleen bij een medisch vruchtbaarheidsprobleem en een verminderde zwangerschapskans, vergoeden wij kosten van ivf.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

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

Erfelijkheidsonderzoek

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

Wat u vergoed krijgt

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

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

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

De basisverzekering vergoedt erfelijkheidsonderzoek en -advisering.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-ivf-of-icsi

Hier kunt u terecht

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

Dit wordt niet vergoed

- onderzoek om ouderschap vast te stellen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Erfelijkheidsonderzoek en -advisering
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

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

Borstkanker: aanvullend onderzoek

Meer zekerheid bij de keuze van een vervolgbehandeling.

Wat u vergoed krijgt

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

Is er twijfel of chemotherapie in uw geval toegevoegde waarde heeft? Soms kunnen de testen MammaPrint of Oncotype DX helpen bij de beslissing.

Deze testen kijken naar de genactiviteit in de tumor. De uitslag geeft aan of de kans op uitzaaiingen of terugkeer van de tumor hoog of laag is.

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

Diagnose en behandeling van borstkanker vallen onder de vergoeding Medisch specialist. De **basisverzekering** vergoedt die zorg, maar niet de testen MammaPrint en Oncotype DX.

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Het aanvullend onderzoek valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Orgaantransplantatie en -donatie

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

Wat u vergoed krijgt

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

Als u zelf een orgaan of weefsel ontvangt, vergoedt de basisverzekering:

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

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

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

Als u zelf donor bent, vergoedt de basisverzekering de kosten van openbaar vervoer (2e klas) naar en van alle hierboven genoemde zorg voor de donor. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto.

De weefsels en organen worden getransplanteerd in een ziekenhuis in:

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Ook de meeste zorg voor de donor
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Als u donor bent, dan betaalt u geen eigen risico voor:

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Dialyse

Als uw nieren niet goed meer werken.

Wat u vergoed krijgt

Uw nieren halen de afvalstoffen uit uw bloed en regelen de hoeveelheid vocht in uw lichaam. Als uw nieren minder dan 10% werken, loopt uw leven gevaar. Misschien komt u in aanmerking voor een [transplantatie](#). In andere gevallen krijgt u een behandeling die de nierfunctie vervangt. Die behandeling heet dialyse.

Er zijn 2 vormen van dialyse:

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

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

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

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

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

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

Andere vergoedingen

Om uw dialyse thuis te kunnen doen, maakt u ook zelf extra kosten. Als er geen andere wettelijke regeling is die hierin voorziet, vergoeden wij:

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

Dit valt onder de vergoeding [Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse](#).

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% In een instelling of bij u thuis
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Dialyse tijdens vakantie in het buitenland

Wilt u op vakantie naar het buitenland? Dan wilt u dat goed voorbereiden. Bel onze ZorgConsulent voor de (vergoedings)mogelijkheden. Ook Nierpatiënten Vereniging Nederland¹ kan u adviseren.

Mechanische beademing

Als ademen niet meer vanzelf gaat.

Wat u vergoed krijgt

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

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

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

Het centrum voor thuisbeademing zorgt ervoor dat de beademingsapparatuur voor u wordt ingesteld bij u thuis. De verpleegkundigen leren u, uw familie of mantelzorgers hoe u ermee om moet gaan. Verder levert het centrum alle medisch-specialistische zorg en medicijnen die u bij de beademing nodig heeft.

De basisverzekering vergoedt mechanische beademing:

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

¹ Meer informatie leest u op: www.nvn.nl/advies/vakantie

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% In een instelling of bij u thuis
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Meedoen aan onderzoek naar nieuwe behandelingen.

Wat u vergoed krijgt

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

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

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

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

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

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

In het document voorwaardelijke toelating tot het basispakket¹ staat:

- welke zorg op dit moment voorwaardelijk is toegelaten tot het basispakket
- welke patiënten de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel kunnen krijgen
- aan welk onderzoek u moet meedoen om de kosten ervan vergoed te krijgen
- voor welke periode de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel is toegelaten
- in welke ziekenhuizen u terecht kunt

Elk kwartaal kan de Minister nieuwe behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen toelaten. Daarom kan het document in de loop van het jaar worden aangepast.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Als u deelneemt aan het onderzoek
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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

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

Niet in alle ziekenhuizen krijgt u vergoeding

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

Second opinion

Als u twijfelt aan de noodzaak van een ingrijpende behandeling.

Wat u vergoed krijgt

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

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

Voor een second opinion moet u altijd een verwijzing van een arts hebben. Dat kan de 1e zorgverlener zijn, of uw huisarts.

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

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

Hier kunt u terecht

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

Dit wordt niet vergoed

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

Andere vergoedingen

Een 'second opinion' over [verpleging en verzorging thuis](#) valt onder die vergoeding.

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet een verwijzing hebben

Wij vergoeden de second opinion alleen als daarvoor een verwijzing heeft van een arts.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die huisartsen, tandartsen, medisch specialisten en kaakchirurgen normaal gesproken verlenen.

De ZorgConsulent helpt u

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

Verblijf in een logeerhuis

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

Wat u vergoed krijgt

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

Daarom is er bij veel ziekenhuizen een logeerhuis, bijvoorbeeld een Ronald McDonald Huis. Daar kunnen ouders en gezinsleden in de buurt van het ziekenhuis overnachten.

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

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

Ziekenhuisbehandeling van een kind onder de 18 jaar

Wordt uw kind behandeld of opgenomen in het ziekenhuis? De aanvullende verzekering Extrafit of hoger van het kind vergoedt de logeerkosten van de ouder, als die ook bij ons verzekerd is. Extrafit, Benfit en Optifit vergoeden maximaal € 12,50 per dag, tot maximaal € 260 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de logeerkosten volledig.

Ziekenhuisopname vanaf 18 jaar

Bent u 18 jaar of ouder? De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden de logeerkosten van 1 gezinslid tijdens uw ziekenhuisopname. Dit gezinslid moet zelf ook bij ons verzekerd zijn. Extrafit, Benfit en Optifit vergoeden maximaal € 25 per dag. Topfit en Superfit vergoeden de logeerkosten volledig.

Na transplantatie of behandeling tegen kanker

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

- na een transplantatie
- bij chemotherapie, bestraling of immunotherapie tegen kanker

Hier kunt u terecht

- logeerhuis van het ziekenhuis
- Ronald McDonald Huis

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Logeerkosten ouders bij behandeling of opname kind + bij opname volwassene (met maximum) <ul style="list-style-type: none">• € 12,50 per dag tot € 260 per kalenderjaar voor ouders bij behandeling of opname kind• € 25 per dag voor gezinslid bij opname volwassene
Benfit	Logeerkosten ouders bij behandeling of opname kind + bij opname volwassene (met maximum) <ul style="list-style-type: none">• € 12,50 per dag tot € 260 per kalenderjaar voor ouders bij behandeling of opname kind• € 25 per dag voor gezinslid bij opname volwassene
Optifit	Logeerkosten ouders bij behandeling of opname kind + bij opname volwassene (met maximum) <ul style="list-style-type: none">• € 12,50 per dag tot € 260 per kalenderjaar voor ouders bij behandeling of opname kind• € 25 per dag voor gezinslid bij opname volwassene
Topfit	100% <ul style="list-style-type: none">• Logeerkosten ouders bij behandeling of opname kind• Logeerkosten gezinslid bij opname volwassene• Logeerkosten na transplantatie of oncologische behandeling
Superfit	100% <ul style="list-style-type: none">• Logeerkosten ouders bij behandeling of opname kind• Logeerkosten gezinslid bij opname volwassene• Logeerkosten na transplantatie of oncologische behandeling

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Het ziekenhuis weet wat de mogelijkheden zijn

Meestal staat het ook op de website van het ziekenhuis. Informatie over de Ronald McDonald Huizen vindt u bij het Kinderfonds¹.

¹ Zie hiervoor: www.kinderfonds.nl

Kinderopvang bij ziekenhuisopname van een ouder

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

Wat u vergoed krijgt

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

Hier kunt u terecht

- kinderopvanginstelling ingeschreven in het Landelijk Register Kinderopvang en Peuterspeelzalen¹ (LRKP)

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 25 per werkdag Maximaal, vanaf 4e opnamedag tot maximaal 60 werkdagen
Superfit	€ 25 per werkdag Maximaal, vanaf 4e opnamedag tot maximaal 60 werkdagen

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Heeft u nog geen opvang? De ZorgConsulent helpt u verder

Heeft u geen contract met een erkende kinderopvanginstelling? Dan helpt de ZorgConsulent u graag met het regelen van kinderopvang.

¹ Zie hiervoor: www.landelijkregisterkinderopvang.nl/pp/StartPagina.jsf

Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

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

Wat u vergoed krijgt

Wordt u onverwacht in het ziekenhuis opgenomen? Of staat een opname in een ziekenhuis gepland voor bijvoorbeeld een operatie? Dan valt dit onder de vergoeding Ziekenhuisopname.

In veel ziekenhuizen kunt u gebruik maken van extra voorzieningen of service om uw ziekenhuisopname iets aangenamer te maken. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan vergoeden de 3 voorzieningen die hieronder staan. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor al die voorzieningen samen. Het moet gaan om een ziekenhuisopname in Nederland, België of Duitsland die noodzakelijk is voor onderzoek of behandeling door de medisch specialist.

Wij vergoeden:

1. een eenpersoonskamer die u op eigen verzoek krijgt in plaats van een meerpersoonskamer. Het gaat dus niet om een eenpersoonskamer die u krijgt omdat u apart moet worden verpleegd, bijvoorbeeld vanwege infectiegevaar, of

een compensatie van € 75 per opnamedag als het ziekenhuis wel deze eenpersoonskamers-op-verzoek heeft, maar ze tijdens uw opname niet beschikbaar zijn. In Nederland geldt deze compensatie bij ziekenhuizen in ons overzicht¹.

2. het luxepakket dat het ziekenhuis aanbiedt. Dat kan zijn voor:

- bellen met een toestel op uw kamer, binnen Nederland
- koelkast, gevuld met dranken
- krant of tijdschrift
- koffie en thee voor uw bezoek
- luxe maaltijden of een extra snack
- gebruik televisie en internet

3. een extra bed op de kamer of extra maaltijd als uw partner tijdens uw opname bij u kan verblijven

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC)² in Nederland, België of Duitsland
- als u buiten Nederland, België of Duitsland woont: een ziekenhuis in ieder land

Dit wordt niet vergoed

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

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

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 2.500 Maximaal per kalenderjaar
Superfit	€ 2.500 Maximaal per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

De eenpersoonskamer regelt u zelf

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

Compensatie declareert u met het formulier privékamer

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Weten welk ziekenhuis eenpersoonskamers biedt?

Kijkt u in ons overzicht¹ van de Nederlandse ziekenhuizen waar u terecht kunt voor een eenpersoonskamer. Of u er tijdens een opname gebruik van kunt maken is afhankelijk van beschikbaarheid op dat moment.

Opgenomen in het buitenland?

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

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

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

Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na

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

Wat u vergoed krijgt

Wordt u onverwacht in het ziekenhuis opgenomen? Of staat een opname in een ziekenhuis gepland voor bijvoorbeeld een operatie? Dan vergoedt de basisverzekering deze [ziekenhuisopname](#).

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

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

Bij opname in een Nederlands ziekenhuis vergoeden wij:

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

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

2. [vervoer](#) van en naar het ziekenhuis
3. aansluitend op uw ontslag uit het ziekenhuis: maximaal 2 overnachtingen voor uzelf in een logeerhuis, zorghotel of andere (betaalde) overnachtingsmogelijkheid bij het ziekenhuis, tot maximaal € 100 per nacht. Zo kunt u een extra dag herstellen in de buurt van het ziekenhuis, bijvoorbeeld als u het gevoel heeft dat het ontslag wat vroeg komt. Moet u vóór 10 uur 's morgens in het ziekenhuis aanwezig zijn? En woont u er meer dan 50 kilometer vandaan? Dan kunt u er ook voor kiezen om 1 overnachting voorafgaand aan de ziekenhuisopname te gebruiken
4. aanvullende zorg en dienstverlening door de ZorgConsulent bij ontslag uit het ziekenhuis. Bijvoorbeeld:
 - maaltijdservice
 - regelen van hulpmiddelen die u thuis nodig heeft voor een goed herstel
 - regelen van ondersteuning in het huishouden of kinderopvang
 - regelen van vervangende mantelzorg

Opname in België of Duitsland?

Woont u in Nederland, maar wordt u in een Belgisch of Duits ziekenhuis opgenomen? Dan vergoeden wij niet de hulp van de Zorgassistent (1), maar wel vervoer, overnachting en dienstverlening door de ZorgConsulent (2, 3 en 4).

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

Dit wordt niet vergoed

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Assistentie, overnachting, vervoer Overnachting: maximaal 2, maximaal € 100 per nacht Vervoer: € 0,27 per km
Superfit	Assistentie, overnachting, vervoer Overnachting: maximaal 2, maximaal € 100 per nacht Vervoer: € 0,27 per km

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze diensten betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Neem contact op met de ZorgConsulent

Is de datum van opname bekend? Neem contact op met de ZorgConsulent over de mogelijkheden voor assistentie en extra services.

Vervoer regelt u zo

U laat de Zorgassistent uw vervoer regelen of u doet het zelf via telefoonnummer 0900 333 33 30.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Opgenomen buiten Nederland, België of Duitsland?

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

Verpleging en verzorging

Vergoedingen

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

Verpleging en verzorging thuis

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

Wat u vergoed krijgt

Heeft u door uw medische situatie verpleging en/of verzorging thuis nodig? Dan komt de verpleegkundige of verzorgende naar u toe.

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

De basisverzekering vergoedt verpleging en verzorging thuis. Soms moet u ons wel eerst toestemming vragen.

Een verpleegkundige beoordeelt welke zorg u nodig heeft, en hoe vaak en hoe lang. De verpleegkundige doet dat bij u thuis, waar u bij bent. Dit wordt ook wel de 'indicatiestelling' genoemd. Het kan zijn dat een deel van de zorg die u nodig heeft, niet onder deze vergoeding valt. Als het bijvoorbeeld om huishoudelijke hulp gaat, dan moet de gemeente dat regelen. De verpleegkundige kijkt ook wat u zelf kunt doen, en waar bijvoorbeeld een partner u mee kan helpen. De verpleegkundige zet de belangrijkste afspraken over hoe de zorg wordt ingevuld samen met u in een zorgplan.

Meestal komt u met de verpleegkundige in contact via de huisarts, of bij ontslag uit het ziekenhuis.

Zorg voor kinderen, en zorg bij dementie of in de laatste levensfase kunnen ook onder deze vergoeding vallen. Dan gelden ook de voorwaarden die hierna staan vermeld.

Verpleging en verzorging voor kinderen jonger dan 18 jaar

Voor kinderen jonger dan 18 jaar geldt deze vergoeding ook. Maar voor hen valt meestal alleen de verpleging onder de basisverzekering. De verzorging valt dan onder de Jeugdwet. De gemeente moet dan de verzorging regelen.

In 3 situaties valt ook de verzorging onder de basisverzekering. Dat is zo als:

- de verzorging nodig is door een medische aandoening¹
- er tegelijk verpleging, verzorging en intensieve begeleiding² nodig is
- het gaat om de laatste levensfase, zoals hieronder staat

Een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige doet de indicatiestelling voor verpleging en eventueel verzorging. Meestal komt u met de kinderverpleegkundige in contact via de kinderarts die uw kind behandelt.

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

Casemanagement bij dementie

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

Verpleging en verzorging in de laatste levensfase

In de laatste levensfase kan de behoefte aan zorg veranderen. Er is dan bijvoorbeeld extra aandacht voor het wegnemen van pijn. Deze zorg wordt ook wel palliatief terminale zorg genoemd. U kunt die thuis krijgen, maar ook in een hospice of bijna-thuishuis. De verpleegkundige doet de indicatiestelling. Daarnaast moet uw huisarts of medisch specialist, een specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten vooraf hebben vastgesteld dat u deze zorg nodig heeft.

Hier kunt u terecht

De indicatiestelling moet worden gedaan door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige of een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige. De zorg wordt geleverd door een verpleegkundige of een verzorgende individuele gezondheidszorg. Of, als het gaat om zorg voor een kind onder de 18, door een kinderverpleegkundige.

¹ Bijvoorbeeld: uw kind krijgt beademing, of nierdialyse

² Bijvoorbeeld: kind en gezin worden begeleid bij het omgaan met kunstmatige beademing

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

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

Andere vergoedingen

- Is het nodig dat u tijdelijk wordt opgenomen, maar hoeft dat niet in een ziekenhuis? Dan valt dat meestal onder eerstelijns verblijf.
- Zorg rond de bevalling valt onder zwangerschap en bevalling.
- Voor kinderen met een lichamelijke handicap, of met meerdere lichamelijke problemen tegelijk en in sommige andere situaties vergoedt de basisverzekering zittend ziekenvervoer van huis naar een zorgverlener en terug.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Volgens indicatie van hbo-gediplomeerde verpleegkundige
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Staat uw zorgverlener in het overzicht¹ toestemmingsvrije zorgverleners V&V? Dan hebben wij afspraken gemaakt over de zorg en de toestemming hiervoor, en hoeft u niets te doen. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan vergoeden wij de verpleging en verzorging alleen als wij vooraf toestemming² hebben gegeven.

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

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-verpleging-en-verzorging-thuis

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de verpleging en verzorging die verpleegkundigen en verzorgenden normaal gesproken verlenen als u (ook) geneeskundige zorg nodig heeft. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden

U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen, door een andere verpleegkundige. De basisverzekering vergoedt de herbeoordeling, maar alleen als wij vooraf toestemming¹ hebben gegeven. Wij kunnen deze andere verpleegkundige aanwijzen. Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Ook wij kunnen dan uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

Zelf meer regie over verpleging en verzorging thuis.

Wat u vergoed krijgt

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

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

Een Zvw-pgb vraagt het nodige van u. Wij kijken daarom samen met u of u aan alle regels kunt voldoen. Of iemand heeft die dit namens u wil doen. Alle voorwaarden staan in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2019². U leest daar ook welke zorgverleners u mag inschakelen en welke tarieven u maximaal mag afspreken.

Wilt u een Zvw-pgb aanvragen? Stuur ons dan het ingevulde aanvraagformulier². Het 'verpleegkundige deel' (deel 1) van het formulier moet door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige worden ingevuld. Of door een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige, als het gaat om zorg voor iemand onder de 18 jaar. Het 'verzekerden deel' (deel 2) moet u zelf invullen. Hierin geeft u aan voor welk bedrag en met welke zorgverleners u de zorg gaat organiseren.

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

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

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Na toestemming
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden verpleging en verzorging alleen via een Zwv-pgb als u vooraf een toestemmingsbrief van ons heeft gekregen. Hoe u toestemming aanvraagt, leest u bij aanvragen Zwv-pgb¹.

U bent zelf verantwoordelijk dat u goede zorg krijgt

Lees daarom vooraf goed het reglement Zwv-pgb verpleging en verzorging 2019 door. Daar staat in waar u allemaal aan moet denken.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Soms moet u het declaratieformulier Zwv-pgb gebruiken

U gebruikt dit formulier² om nota's van informele zorgverleners te declareren, en ook voor formele zorgverleners met een AGB-code die begint met 91. Nota's van andere formele zorgverleners kunt u zonder dat formulier declareren.

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

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

Eerstelijns verblijf

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

Wat u vergoed krijgt

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

Tijdens uw opname krijgt u huisartsenzorg, en zo nodig verpleging en verzorging. U werkt er naar toe om weer naar huis te gaan. Dit is anders als de zorg te maken heeft met de laatste levensfase.

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

De **basisverzekering** vergoedt eerstelijns verblijf. Hierbij hoort ook de andere zorg die te maken heeft met uw opname (de indicatie):

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg zoals fysiotherapie
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

De **aanvullende verzekeringen** Topfit, Superfit en Zorgplan vergoeden extra faciliteiten die horen bij uw verblijf. Bijvoorbeeld meer keuze bij de maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, krant, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Wij vergoeden (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).

Hier kunt u terecht

De arts die u laat opnemen weet waar u terecht kunt voor eerstelijns verblijf. Dit kan bijvoorbeeld een speciale afdeling van een verpleeghuis zijn. Er zijn ook ziekenhuizen met 'huisartsenbedden'. Er is in ieder geval 24 uur per dag een verpleegkundige¹ dichtbij beschikbaar.

Dit wordt niet vergoed

- opname om uw mantelzorger te ontlasten (respijtzorg). Daarvoor is het zorgloket van uw gemeente het aanspreekpunt
- eerstelijns verblijf voor revalidatie of voor zorg rond de bevalling

Andere vergoedingen

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

¹ Deze moet minimaal hbo-gediplomeerd zijn

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% 3 maanden, langer na onze toestemming
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Extra faciliteiten € 50 per dag Maximaal, tijdens opname
Superfit	Extra faciliteiten 100% Tijdens opname
Zorgplan	Extra faciliteiten 100% Tijdens opname

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

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

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

Soms moet u ons toestemming vragen

Duurt het verblijf korter dan 3 maanden? Dan heeft u geen toestemming nodig. Na de 3e maand vergoeden wij de zorg alleen nog als wij (voor de 3e maand om is) toestemming¹ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

De basisverzekering vergoedt eerstelijns verblijf alleen voor verzekerde zorg

De basisverzekering vergoedt het eerstelijns verblijf alleen als het noodzakelijk is voor huisartsenzorg, en de basisverzekering die zorg zelf ook vergoedt.

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

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Vervangende mantelzorg

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

Wat u vergoed krijgt

Mantelzorg is zorg voor chronisch zieken of gehandicapten door bijvoorbeeld gezinsleden, familie of vrienden. Kan uw mantelzorger even geen zorg bieden, doordat hij of zij met vakantie gaat, of een medische behandeling krijgt? Of bent u zelf mantelzorger, maar moet u er even tussenuit?

In beide gevallen is de gemeente van degene die de mantelzorg krijgt uw eerste aanspreekpunt. De gemeente zorgt voor ondersteuning en vervangende mantelzorg. Dit regelt de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).

Heeft u geen recht op hulp van de gemeente? En heeft de mantelzorger 3 maanden of langer minimaal 8 uur per week mantelzorg gegeven? Dan kan de ZorgConsulent een vervangende mantelzorger regelen.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden vervangende mantelzorg die de ZorgConsulent voor u regelt. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat hieronder.

Zijn de mantelzorger(s) en de persoon die de mantelzorg krijgt allebei (of allemaal) aanvullend verzekerd met Benfit of hoger? Dan keren wij de vergoeding voor die situatie 1 keer per kalenderjaar uit. Zijn dit niet dezelfde aanvullende verzekeringen? Dan geldt de hoogste vergoeding.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 800 Maximaal per kalenderjaar
Optifit	€ 1.200 Maximaal per kalenderjaar
Topfit	€ 2.000 Maximaal per kalenderjaar
Superfit	€ 2.500 Maximaal per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

De Wmo gaat voor

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

Vraag de vervangende mantelzorg op tijd aan bij de ZorgConsulent

Anders kunnen wij de vervanging niet op tijd voor u regelen, of krijgt u geen vergoeding.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Hulp bij mantelzorg

Omdat u als mantelzorger veel moet regelen.

Wat u vergoed krijgt

Zorgt u langere tijd intensief voor een familielid, vriend(in) of partner met een ziekte of beperking? Dan bent u mantelzorger. Als mantelzorger kunt u soms zélf ook wat ondersteuning gebruiken.

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

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

De mantelzorgondersteuner en mantelzorgmakelaar bieden vormen van mantelzorgondersteuning. Die krijgt u van de gemeente. Dit regelt de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). De precieze vorm van ondersteuning verschilt per gemeente. Daardoor kan het zijn dat uw gemeente andere vormen van mantelzorgondersteuning heeft.

Biedt uw gemeente geen mantelzorgondersteuning of mantelzorgmakelaar? En heeft u 3 maanden of langer minimaal 8 uur per week mantelzorg gegeven? Als u een aanvullende verzekering Startfit of hoger heeft, kunt u voor mantelzorgondersteuning terecht bij de ZorgConsulent. De aanvullende verzekering Optifit en hoger vergoeden daarnaast de mantelzorgmakelaar die de ZorgConsulent voor u regelt. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat hieronder.

Hier kunt u terecht

- de ZorgConsulent regelt een mantelzorgmakelaar die in het register zelfstandige mantelzorgmakelaars¹ van BMZM² staat

¹ Zie hiervoor: www.bmzm.nl/zelfstandig-mantelzorgmakelaars

² Beroepsvereniging van Mantelzorgmakelaars

Andere vergoedingen

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Mantelzorgondersteuning Door ZorgConsulent
Extrafit	Mantelzorgondersteuning Door ZorgConsulent
Benfit	Mantelzorgondersteuning Door ZorgConsulent
Optifit	Mantelzorgondersteuning + € 350 mantelzorgmakelaar Door/via ZorgConsulent, bedrag maximaal per kalenderjaar
Topfit	Mantelzorgondersteuning + € 500 mantelzorgmakelaar Door/via ZorgConsulent, bedrag maximaal per kalenderjaar
Superfit	Mantelzorgondersteuning + € 750 mantelzorgmakelaar Door/via ZorgConsulent, bedrag maximaal per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Neem altijd contact op met de ZorgConsulent

De ZorgConsulent kan nagaan welke mantelzorgondersteuning uw gemeente biedt, en kijkt samen met u wat (daarnaast) nodig is. De ondersteuning van uw gemeente gaat voor op de vergoeding van uw aanvullende verzekering.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Huishoudelijke hulp

Komt u uit het ziekenhuis en bent u niet in staat uw huishouden te doen?

Wat u vergoed krijgt

Als u na een ziekenhuisopname zelf niet in staat bent om het huishouden te doen, is het zorgloket van uw gemeente het eerste aanspreekpunt. De gemeente moet zorgen voor ondersteuning thuis als u zichzelf niet kunt redden. Dit regelt de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).

Wijst de gemeente uw aanvraag af? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Optifit en hoger de huishoudelijke hulp die u nodig heeft na een ziekenhuisopname. Er is een maximum aan het aantal uren. Dat staat hieronder.

Wij vergoeden de huishoudelijke hulp alleen als:

- deze aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal 4 dagen, en
- u ouder bent dan 18 jaar, en
- de ZorgConsulent de hulp voor u regelt

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	9 uur Maximaal, na ziekenhuisopname
Topfit	18 uur Maximaal, na ziekenhuisopname
Superfit	30 uur Maximaal, na ziekenhuisopname

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet de hulp aanvragen voor uw ontslag uit het ziekenhuis

Anders kan de ZorgConsulent de hulp niet op tijd voor u regelen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden geen eigen bijdragen

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

Hospice

De laatste levensfase doorbrengen in een huiselijke omgeving.

Wat u vergoed krijgt

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

Elk hospice heeft een eigen zorgaanbod. Soms gaat het alleen om eenvoudige zorg. Zo'n hospice wordt ook wel bijna-thuis-huis genoemd. Maar er zijn ook hospices die complexe zorg geven. Het Netwerk Palliatieve zorg¹ weet welke hospices er in uw omgeving zijn en wat er de mogelijkheden zijn.

Hoe u de zorg in een hospice vergoed krijgt, hangt af van uw persoonlijke situatie, en van het hospice. Het kan zijn dat de basisverzekering de zorg vergoedt als eerstelings verblijf, of als verpleging en verzorging thuis. Soms vergoeden de Wlz² en de Wmo³ het verblijf in een hospice. Het hospice kan u vertellen hoe dit in uw geval zit. Onze ZorgConsulent kan u ook verder helpen.

U betaalt bijna altijd een eigen bijdrage aan het hospice, voor bijvoorbeeld de maaltijden die u er krijgt. Bij sommige hospices kunt u ook extra faciliteiten 'bijbestellen'. Bijvoorbeeld een extra bed en maaltijden voor uw partner. Of extra koffie, thee of fruit op uw kamer. De aanvullende verzekeringen Optifit en Hoger en Zorgplan vergoeden die eigen bijdrage (inclusief extra faciliteiten). Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per dag, voor maximaal 3 maanden. Superfit en Zorgplan vergoeden de eigen bijdrage volledig.

Krijgt u het verblijf uit de Wlz of de Wmo vergoed? Dan betaalt u naast de bijdrage aan het hospice meestal ook een wettelijke eigen bijdrage. Die geldt voor alle zorg en ondersteuning uit de Wlz en Wmo. Het CAK⁴ stuurt daarvoor een factuur. Deze wettelijke eigen bijdrage vergoeden wij niet.

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

² Wet langdurige zorg

³ Wet maatschappelijke ondersteuning

⁴ Meer informatie leest u op: www.hetcak.nl/regelingen/zorg-vanuit-de-wlz

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	€ 25 per dag Voor eigen bijdrage, maximaal 3 maanden
Topfit	€ 50 per dag Voor eigen bijdrage, maximaal 3 maanden
Superfit	100% Volledige vergoeding eigen bijdrage
Zorgplan	100% Volledige vergoeding eigen bijdrage

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

De eigen bijdrage

Soms geldt een eigen bijdrage als u de zorg uit de Wlz of de Wmo krijgt.

Dit moet u zelf doen

U moet een indicatie hebben van het CIZ, de huisarts of de medisch specialist

De indicatie moet met de declaratie worden meegestuurd.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Bewegen

Vergoedingen

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

Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen, of door uw houding? Dan kan de fysiotherapeut of oefentherapeut bepalen wat er precies aan de hand is en u behandelen en begeleiden bij uw herstel. Vaak krijgt u oefeningen om te herstellen en om na het herstel te voorkomen dat de klachten terugkeren. Deze oefeningen doet u zelf thuis of in een sportschool.

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

Heeft u behandeling nodig door een aandoening die op de lijst chronische fysiotherapie¹ staat? Dan vergoedt de basisverzekering alle behandelingen. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.

Bij aandoeningen die niet op de lijst chronische fysiotherapie staan¹, vergoedt de basisverzekering maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Als u na deze 9 behandelingen wel verbetering merkt, maar nog niet van de klachten af bent, vergoedt de basisverzekering nog 9 extra behandelingen. U moet voor de start van deze 2e serie een verwijzing hebben van de huisarts of de medisch specialist.

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

Hier kunt u terecht

- fysiotherapeut
- kinderfysiotherapeut²
- manueel therapeut²
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar
- bekkenfysiotherapeut²
- oedeemfysiotherapeut²
- voor de aanvullende verzekering: psychosomatisch fysiotherapeut²
- bij aandoeningen 'lymfoedeem' en 'littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma' van de lijst chronische fysiotherapie ook: huidtherapeut³

Andere vergoedingen

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

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

² Deze moet geregistreerd staan als kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, oedeemfysiotherapeut of psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie

³ Deze moet als volwaardig lid ingeschreven staan bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	18 behandelingen; bij sommige aandoeningen alle behandelingen <ul style="list-style-type: none">• Lijst chronische fysiotherapie: volledig (tot maximale behandelduur)• Andere indicaties: 9 behandelingen, en na verwijzing 9 extra behandelingen
Startfit	9 behandelingen
Extrafit	9 behandelingen
Benfit	12 behandelingen Van de 12 behandeling maximaal 9 behandelingen manuele therapie
Optifit	35 behandelingen Van de 35 behandelingen maximaal 9 behandelingen manuele therapie
Topfit	100% Maximaal 9 behandelingen manuele therapie
Superfit	100% Maximaal 18 behandelingen manuele therapie

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Soms moet u een verwijzing hebben

Wordt u behandeld voor een aandoening die niet op de lijst chronische fysiotherapie staat en valt de zorg onder de basisverzekering? Dan moet u voor de 2e serie van 9 behandelingen een verwijzing hebben. U vraagt deze verwijzing bij de huisarts of de medisch specialist.

Afwijkende praktijklocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen

Fysiotherapie of oefentherapie krijgt u in de praktijk van de therapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders moet u ons vooraf toestemming¹ vragen. Er moet dan een medische reden zijn voor zorg op een afwijkende locatie. Afwijkende praktijklocaties zijn bijvoorbeeld scholen, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als de zorg niet doeltreffend is. En ook niet als u fysiotherapie of oefentherapie krijgt om een hoger sportniveau te bereiken. Om dat te beoordelen kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de fysiotherapie en oefentherapie die fysio- en oefentherapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Vanaf uw 18e geldt een andere vergoeding

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

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen, of door uw houding? Dan kan de fysiotherapeut of oefentherapeut bepalen wat er precies aan de hand is en u behandelen en begeleiden bij uw herstel. Vaak krijgt u oefeningen om te herstellen en om na het herstel te voorkomen dat de klachten terugkeren. Deze oefeningen doet u zelf thuis of in een sportschool.

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

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

Heeft u behandeling nodig door een aandoening die op de lijst chronische fysiotherapie² staat? Dan vergoedt de basisverzekering vanaf de 21e behandeling. De basisverzekering vergoedt de eerste 20 behandelingen dus niet. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.

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

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

Bij **COPD** vergoedt de basisverzekering gesuperviseerde oefentherapie, vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat bij u sprake is van COPD in GOLD⁴-stadium II of hoger, en in welke klasse uw symptomen vallen. De basisverzekering vergoedt bij:

- klasse A 1 keer maximaal 5 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden
- klasse B maximaal 27 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 3 behandelingen per 12 maanden
- klasse C en D maximaal 70 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden en daarna steeds maximaal 52 behandelingen per 12 maanden

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

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

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

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

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

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

Hier kunt u terecht

- fysiotherapeut
- manueel therapeut¹
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar
- bekkenfysiotherapeut¹
- geriatriefysiotherapeut¹
- oedeemfysiotherapeut¹
- Voor de aanvullende verzekering: psychosomatisch fysiotherapeut¹
- Bij aandoeningen 'lymfoedeem' en 'littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma' van de lijst chronische fysiotherapie ook: huidtherapeut²

Andere vergoedingen

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde gevallen <ul style="list-style-type: none">• Lijst chronische fysiotherapie: vanaf de 21e behandeling (tot maximale behandelduur)• Etalagebenen: maximaal 37 behandelingen in 12 maanden• Artrose heup of knie: maximaal 12 behandelingen in 12 maanden• COPD: afhankelijk van GOLD-stadium 0 tot 70 behandelingen in eerste 12 maanden, daarna 0 tot 52 behandelingen per 12 maanden• Urine-incontinentie: maximaal 9 behandelingen
Startfit	9 behandelingen
Extrafit	9 behandelingen
Benefit	12 behandelingen Van de 12 behandelingen maximaal 9 behandelingen manuele therapie
Optifit	35 behandelingen Van de 35 behandelingen maximaal 9 behandelingen manuele therapie
Topfit	100% Maximaal 9 behandelingen manuele therapie
Superfit	100% Maximaal 18 behandelingen manuele therapie

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

² Deze moet als volwaardig lid ingeschreven staan bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

Dit moet u zelf doen

Afwijkende praktijklocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen

Fysiotherapie of oefentherapie krijgt u in de praktijk van de therapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders moet u ons vooraf toestemming¹ vragen. Er moet dan een medische reden zijn voor zorg op een afwijkende locatie. Afwijkende praktijklocaties zijn bijvoorbeeld het verpleeghuis, een school of een sportaccommodatie.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als de zorg niet doeltreffend is. En ook niet als u fysiotherapie of oefentherapie krijgt om een hoger sportniveau te bereiken. Om dat te beoordelen kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de fysiotherapie en oefentherapie die fysio- en oefentherapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee

Bent u dit jaar 18 jaar geworden? Vanaf dat moment geldt fysiotherapie vanaf 18 jaar. Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee in het maximum aantal behandelingen.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

Podotherapie en podologie

Als uw voeten klachten geven.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u voetklachten? Of klachten door een afwijkende stand van uw voeten of uw manier van lopen? Dan kunt u terecht bij een podotherapeut, registerpodoloog³ of podoposturaal therapeut³. Die onderzoekt en behandelt uw klachten. Als het nodig is, krijgt u podotherapeutische zooltjes, een orthese⁴ of een nagelbeugel.

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

Hier kunt u terecht

- podotherapeut
- registerpodoloog
- podoposturaal therapeut³

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

Steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus staan apart vermeld.

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

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

³ Deze moet in het kwaliteitsregister van KABIZ staan

⁴ Een hulpmiddel om bijvoorbeeld uw tenen in een bepaalde stand te houden

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 150 Maximaal per kalenderjaar
Benefit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar
Optifit	100%
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt rechtstreeks naar de zorgverlener gaan.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Oedeem- en littekentherapie

Heeft u klachten door lymfoedeem of een litteken? Een (oedeem)fysiotherapeut of een huidtherapeut kan u behandelen.

Wat u vergoed krijgt

Lymfevaten voeren het vocht af uit uw lichaam. Als ze door bijvoorbeeld een operatie of bestraling minder werken, kunt u oedeem krijgen. Dan hoopt het vocht zich op. Dat kan pijnlijke zwellingen en stijve gewrichten geven, waardoor u moeilijker beweegt. Lymfoedeemtherapie kan helpen het vocht weer af te voeren. Ook littekens kunnen last geven bij het bewegen, of ander ongemak veroorzaken. Met littekenmassage wordt de huid rondom het litteken versoepeld en de doorbloeding gestimuleerd.

Heeft u lymfoedeemtherapie of littekentherapie nodig? Wat u vergoed krijgt, hangt af van welke verzekering u heeft en naar welke therapeut u gaat. We zetten het voor u op een rij.

De **basisverzekering** vergoedt fysiotherapie en oefentherapie voor aandoeningen die op de lijst chronische fysiotherapie¹ staan. 'Lymfoedeem' en 'littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma' staan ook op die lijst. Dat betekent dat de basisverzekering de zorg vergoedt. Tot 18 jaar zijn dat alle behandelingen. Bent u 18 jaar of ouder dan vergoedt de basisverzekering vanaf de 21e behandeling. De eerste 20 behandelingen vergoedt de basisverzekering niet.

Heeft u een aanvullende verzekering? Dan krijgt u een aantal van de eerste 20 behandelingen mogelijk ook vergoed. Dit hangt af van naar welke therapeut u gaat.

De **aanvullende verzekeringen** vergoeden lymfoedeem- en littekentherapie als fysiotherapie. U kunt dan terecht bij een fysiotherapeut of een oedeemfysiotherapeut². Het maximale aantal behandelingen staat hieronder.

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

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

Hier kunt u terecht

- fysiotherapeut
- oedeemfysiotherapeut²
- huidtherapeut³

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

² Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van de KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie

³ Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Tot 18 jaar: alle behandelingen, vanaf 18 jaar: vanaf 21e behandeling Volgens de vergoeding <u>fysiotherapie tot 18 jaar</u> of <u>fysiotherapie vanaf 18 jaar</u>
Startfit	Vanaf 18 jaar: 9 behandelingen door (oedeem)fysiotherapeut Maximaal per kalenderjaar Volgens de vergoeding <u>fysiotherapie vanaf 18 jaar</u>
Extrafit	Vanaf 18 jaar: 9 behandelingen door (oedeem)fysiotherapeut en alle behandelingen door een huidtherapeut ¹ Maximaal per kalenderjaar Behandeling door (oedeem)fysiotherapeut valt onder de vergoeding <u>fysiotherapie vanaf 18 jaar</u>
Benfit	Vanaf 18 jaar: 12 behandelingen door (oedeem)fysiotherapeut en alle behandelingen door een huidtherapeut ¹ Maximaal per kalenderjaar Behandeling door (oedeem)fysiotherapeut valt onder de vergoeding <u>fysiotherapie vanaf 18 jaar</u>
Optifit	Vanaf 18 jaar: 35 behandelingen door (oedeem)fysiotherapeut en alle behandelingen door een huidtherapeut ¹ Maximaal per kalenderjaar Behandeling door (oedeem)fysiotherapeut valt onder de vergoeding <u>fysiotherapie vanaf 18 jaar</u>
Topfit	100% Volledige vergoeding van behandelingen door een (oedeem)fysiotherapeut of huidtherapeut ¹
Superfit	100% Volledige vergoeding van behandelingen door een (oedeem)fysiotherapeut of huidtherapeut ¹

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Afwijkende praktijklocatie? Dan moet u vooraf toestemming vragen

Oedeem(fysio)therapie krijgt u in de praktijk van de therapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders moet u ons vooraf toestemming² vragen. Er moet dan een medische reden zijn voor zorg op een afwijkende locatie. Afwijkende praktijklocaties zijn bijvoorbeeld het verpleeghuis, een school of een sportaccommodatie.

¹ Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

² Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

Beweegprogramma bij chronische ziekte

Om zo fit mogelijk te blijven.

Wat u vergoed krijgt

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

Een extra beweegprogramma kan u helpen om zo fit mogelijk te blijven en nieuwe klachten zoveel mogelijk te voorkomen.

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

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

Hier kunt u terecht

- KNGF gecertificeerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck

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

² Zie hiervoor: www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/beweeginterventies

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar Voor beweegprogramma's bij chronische ziekte, <u>bij en na kanker</u> en bij een <u>gecombineerde leefstijlinterventie</u> voor overgewicht samen
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar Voor beweegprogramma's bij chronische ziekte, <u>bij en na kanker</u> en tijdens chemotherapie en bij een <u>gecombineerde leefstijlinterventie</u> voor overgewicht samen
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

De ZorgConsulent staat voor u klaar

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

Beweegprogramma bij en na kanker

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

Wat u vergoed krijgt

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

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden:

- beweegprogramma's die voldoen aan de KNGF-standaard! 'Oncologie'
- revalidatieprogramma's bij kanker door een fysiotherapeut, of een oefentherapeut Cesar of Mensendieck. Het programma duurt maximaal 3 maanden en u traint maximaal 2 keer per week, in groepsverband

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

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

- CytoFys
- OncoMove
- Sportplan TegenKracht

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

Andere vergoedingen

Bij de behandeling in het ziekenhuis krijgt u meestal ook advies en begeleiding. Dat valt onder de vergoeding Medisch specialist.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar Voor beweegprogramma's bij en na kanker, bij <u>chronische ziekte</u> en bij een <u>gecombineerde leefstijlinterventie voor overgewicht</u> samen
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar Voor beweegprogramma's bij en na kanker, tijdens chemotherapie, bij <u>chronische ziekte</u> en bij een <u>gecombineerde leefstijlinterventie voor overgewicht</u> samen
Topfit	100%
Superfit	100%

¹ Zie hiervoor: www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/beweeginterventies

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

De ZorgConsulent staat voor u klaar

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

Houding, bewegen en sport

Om gezond te bewegen en actief te zijn.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen, of door uw houding? Dan kunt u terecht bij de fysiotherapeut of de oefentherapeut. Die zorg kan onder de basisverzekering of de aanvullende verzekering vallen.

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

Sportarts

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

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

Chiropractie, osteopathie en manuele therapie

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden daarnaast nog:

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

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

Hier kunt u terecht

- sportarts
- voor duikkeuring: duikerarts²
- chiropractor³
- osteopaat⁴
- manueel therapeut E.S. (eggshell)⁵

Dit wordt niet vergoed

- onderzoek en keuring voor of via uw werkgever of sportvereniging

¹ Voor duikkeuring mag dit ook een gecertificeerde duikerarts zijn

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

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

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

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Soms valt de sportarts onder de basisverzekering

De sportarts¹ behandelt ook klachten met een medische oorzaak. Bijvoorbeeld een gescheurde meniscus of een beschadigde knie. Dan geldt de vergoeding voor de medisch specialist. U heeft dan vooraf een verwijzing van de huisarts nodig.

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

Loophulpmiddelen

Als u (tijdelijk) moeilijk loopt.

Wat u vergoed krijgt

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

De **basisverzekering** vergoedt eenvoudige loophulpmiddelen niet.

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

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

Hier kunt u terecht

- hulpmiddelenleverancier

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Zie hiervoor: www.hulpmiddelenwijzer.nl

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus

Als uw voeten extra ondersteuning nodig hebben.

Wat u vergoed krijgt

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

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

Gaat u voor steunzolen naar een podotherapeut of podoloog? Dan geldt de vergoeding voor podotherapie en podologie.

Voor steunzolen geleverd door een orthopedisch schoentechnicus geldt de vergoeding die u nu leest.

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden steunzolen geleverd door een orthopedisch schoentechnicus. Extrafit en Benfit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. Optifit, Topfit en Superfit vergoeden de steunzolen volledig.

Orthopedische aanpassing van de schoen zelf valt onder de vergoeding voor Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen.

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Senioren Fitzwemmen

Om uw conditie op peil te houden.

Wat u vergoed krijgt

Uw conditie houdt u op peil door regelmatig te bewegen. Bewegen in water heeft als voordeel dat uw spieren en gewrichten soepel blijven, maar niet zwaar worden belast.

Veel zwembaden organiseren voor mensen van 50-plus of 65-plus training in groepsverband. Onder leiding van een instructeur traint u 1 of meer keren per week in extra verwarmd water.

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Revalidatie en herstel

Vergoedingen

Revalidatie (medisch-specialistisch)

Geriatrische revalidatie

Ergotherapie

Zorghotel

Kuuroord

Therapeutisch kamp voor jongeren

Lidmaatschap patiënten- of belangenorganisatie

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Revalidatie (medisch-specialistisch)

Heeft u door ziekte of ongeval (tijdelijk) problemen met bijvoorbeeld bewegen? Revalidatie zorgt dat u weer zo goed mogelijk vooruit kunt in uw leven.

Wat u vergoed krijgt

Vaak kunnen problemen bij bijvoorbeeld bewegen worden verholpen met fysiotherapie, oefentherapie of ergotherapie. Dan valt het revalideren onder die vergoedingen. Is uw situatie daarvoor te complex? Dan krijgt u een verwijzing naar de revalidatiearts, voor medisch-specialistische revalidatie. Daarvoor geldt de vergoeding die u nu leest.

U gaat voor medisch-specialistische revalidatie naar de polikliniek van het ziekenhuis, of naar een revalidatie-instelling.

De revalidatiearts begint met het stellen van een indicatie: hij bepaalt of medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is. Is dat het geval? Dan krijgt u medisch-specialistische revalidatie van de revalidatiearts.

De revalidatiearts kan ook vaststellen dat intensieve behandeling door een team van zorgverleners nodig is. Dit heet interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dit staat dan in de indicatie.

De basisverzekering vergoedt medisch-specialistische revalidatie door de revalidatiearts.

De basisverzekering vergoedt interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie alleen als elk van de volgende situaties voor u geldt:

- u heeft problemen met communiceren, uw denkvermogen of gedrag. Dit komt door stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat, of door een aandoening van het centrale zenuwstelsel
- u heeft problemen op meer gebieden (bijvoorbeeld mobiliteit, zelfverzorging en communicatie), en die problemen hangen met elkaar samen
- behandeling door een team van zorgverleners geeft beter resultaat om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen
- behandeling in de eerste lijn (door bijvoorbeeld huisarts of fysiotherapeut) levert onvoldoende resultaat op
- u kunt door deze zorg zelfstandig blijven functioneren, of de zelfstandigheid behouden die met uw beperkingen redelijkerwijs mogelijk is
- een revalidatiearts is eindverantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de revalidatiezorg

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Revalidatie en medisch noodzakelijke opname
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de revalidatiearts gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, de jeugdarts of een medisch specialist¹.

Voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie zonder opname moet u ons soms vooraf toestemming vragen

Stelt de revalidatiearts vast dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is? En wordt u daarvoor niet opgenomen? Dan heeft u soms toestemming vooraf nodig.

Staat uw zorgverlener in ons overzicht toestemmingsvrije revalidatiecentra²? Dan hebben wij afspraken gemaakt over de revalidatiezorg en de toestemming daarvoor, en hoeft u niets te doen. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan vergoeden wij de interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie alleen als wij toestemming³ hebben gegeven voordat de behandeling begint.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Voor geriatrische revalidatie gelden andere voorwaarden

Geriatrische revalidatie is revalidatie voor ouderen die uit het ziekenhuis komen.

Geriatrische revalidatie

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

Wat u vergoed krijgt

Moet u revalideren? Dan krijgt u fysiotherapie, oefentherapie of ergotherapie. Of, als u specialistische revalidatiezorg nodig heeft, medisch-specialistische revalidatie. De zorg valt dan onder die vergoedingen.

Speciaal voor mensen op leeftijd met meer gezondheidsproblemen tegelijk, is er **geriatrische revalidatie**. Daarvoor geldt de vergoeding die u nu leest.

U krijgt geriatrische revalidatie als u na een opname of een specialistische behandeling in het ziekenhuis niet meteen terug kunt naar uw thuissituatie en 'gewone' revalidatie voor u te zwaar is. Dat betekent dat 1 van deze 2 situaties voor u moet gelden:

- U bent opgenomen in het ziekenhuis voor behandeling door de medisch specialist¹. Bijvoorbeeld vanwege een gebroken heup, of na een beroerte. De geriatrische revalidatie start binnen een week na uw ontslag uit het ziekenhuis.

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

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

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

- U heeft plotselinge gezondheidsklachten gekregen waardoor u niet meer mobiel bent, of zich niet meer zelf kunt redden. Een medisch specialist heeft u voor de klachten behandeld, bijvoorbeeld op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis, of op de polikliniek voor ouderenzorg (geriatrie). Uw klachten zijn daarmee nog niet verholpen.

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

Voor geriatrische revalidatie wordt u opgenomen in een Wlz-instelling ('verpleeghuis'), of een vergelijkbare instelling. U krijgt daar zorg van een team van specialisten. Bijvoorbeeld een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een verpleegkundige. Een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts') stelt samen met u een behandelplan op en zorgt er voor dat de zorg op uw situatie is afgestemd.

De bedoeling is dat u zó herstelt dat u weer terug kunt naar uw thuissituatie. Soms gaat dat stapsgewijs. Dan slaapt u bijvoorbeeld al wel thuis, maar gaat u overdag nog naar de instelling voor therapie.

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Maximaal 6 maanden
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Extra faciliteiten € 50 per dag Maximaal, tijdens opname
Superfit	Extra faciliteiten 100% Tijdens opname
Zorgplan	Extra faciliteiten 100% Tijdens opname

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet een indicatie hebben

Bent u opgenomen in het ziekenhuis? Dan stelt de medisch specialist de indicatie, in overleg met een specialist ouderengeneeskunde. Was u niet opgenomen? Dan stelt een klinisch geriater of internist-ouderengeneeskunde de indicatie, op basis van een geriatrisch onderzoek.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de geriatrische revalidatiezorg die specialisten ouderengeneeskunde normaal gesproken verlenen in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (verschillende gezondheidsproblemen tegelijk) en afgenomen leer- en trainbaarheid, en die is gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Deze vergoeding geldt niet als u in een Wlz-instelling woont

Verbleef u voor u naar het ziekenhuis ging in een Wlz-instelling en kreeg u daar ook behandeling? Dan krijgt u als u uit het ziekenhuis komt verblijf en behandeling ook weer in die instelling. Dat valt niet onder de basisverzekering, maar onder de Wet langdurige zorg. Wij vergoeden dan de extra faciliteiten niet.

Na de 6e maand heeft u toestemming nodig

Wij vergoeden de zorg voor maximaal 6 maanden. Heeft u langer geriatrische revalidatie nodig? Dan kunnen wij daar in bijzondere gevallen toestemming voor geven. Meestal vraagt uw arts deze toestemming voor u aan. Wij moeten de aanvraag ontvangen voordat de 6e maand om is. Bij de aanvraag moeten een medische indicatie en een gemotiveerde verklaring van uw behandelend arts zitten.

Ergotherapie

Als de dagelijkse handelingen niet meer vanzelfsprekend zijn.

Wat u vergoed krijgt

Kunt u uw dagelijkse handelingen door lichamelijke of psychische problemen niet meer goed uitvoeren? Een ergotherapeut kan u helpen om weer zo zelfstandig mogelijk te functioneren.

Samen met de ergotherapeut werkt u eraan om dat wat niet meer goed gaat, toch weer mogelijk te maken. Van de ergotherapeut krijgt u advies, instructie, training of behandeling om uw doelen te bereiken.

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

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt zonder verwijzing naar de ergotherapeut gaan.

Afwijkende praktijklocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen

Ergotherapie krijgt u in de praktijk van de ergotherapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders moet u ons vooraf toestemming¹ vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die ergotherapeuten normaal gesproken verlenen en die als doel heeft om uw zelfredzaamheid en zelfzorg te verbeteren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

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

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

Zorghotel

Weer op krachten komen na ziekte of een medische behandeling.

Wat u vergoed krijgt

Moet u na een operatie of door een lichamelijke ziekte herstellen? Als dat nodig is, regelt uw arts of de transferverpleegkundige van het ziekenhuis dat u een indicatie krijgt voor de juiste zorg. Bijvoorbeeld voor revalidatie, geriatrische revalidatie (voor ouderen), of eerstelijns verblijf.

Voor andere herstellzorg kunt u terecht in een zorghotel. Dit wordt ook wel een herstellingsoord genoemd. Het zorghotel lijkt op een gewoon hotel. Maar er is extra aandacht voor uw herstel. Een zorghotel biedt daarom bijvoorbeeld ook verpleging en fysiotherapie. Het aanbod verschilt per zorghotel.

Bij de start van uw verblijf stelt de verpleegkundige¹ van het zorghotel samen met u een zorgplan op. Daarin staan het doel van uw verblijf, en afspraken over de zorg.

De aanvullende verzekeringen Topfit, Superfit en Zorgplan vergoeden het verblijf in een zorghotel. Wij vergoeden het verblijf niet voor herstel van een psychische aandoening, of als u een indicatie heeft of had kunnen krijgen voor (geriatrische) revalidatie, eerstelijns verblijf of voor Wlz²-zorg.

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

Hier kunt u terecht

- een door ons erkend zorghotel³

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	100% In een door ons erkend zorghotel
Superfit	100% In een door ons erkend zorghotel
Zorgplan	100% In een door ons erkend zorghotel

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

¹ Deze moet minimaal hbo-gediplomeerd zijn

² Wet langdurige zorg, via zorgkantoor

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet een indicatie voor een zorghotel hebben van uw arts, en ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden het verblijf in een zorghotel alleen als wij vooraf toestemming¹ hebben gegeven. Onze toestemming geldt voor een bepaalde periode. Moet u langer blijven dan verwacht? Vraag dan voor de toestemming eindigt, toestemming voor de langere periode. Leg in uw aanvraag uit waarom u langer moet blijven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Kuuroord

Als u reuma of psoriasis heeft.

Wat u vergoed krijgt

Bij reumatoïde artritis (reuma) of psoriasis kan een verblijf in een kuuroord uw klachten verlichten. U volgt een persoonlijk kuurprogramma, afgestemd op uw medische klachten.

De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden voor behandeling en verblijf in een kuuroord maximaal € 500 per kalenderjaar.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar, bij reuma of psoriasis
Superfit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar, bij reuma of psoriasis

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij kunnen u om een verklaring van uw reumatoloog of dermatoloog vragen

Dat doen wij als wij niet kunnen vaststellen of u reumatoïde artritis of psoriasis heeft. Soms kunnen wij dat aan eerdere declaraties zien. Maar door de privacyregels mogen wij die niet altijd (zonder uw toestemming) voor dat doel gebruiken.

Therapeutisch kamp voor jongeren

Heeft uw kind astma, diabetes of een andere aandoening?

Wat u vergoed krijgt

Een therapeutisch kamp is een actief vakantiecamp voor kinderen met bijvoorbeeld diabetes (suikerziekte), astma of overgewicht. Uw kind ontmoet er leeftijdgenoten met dezelfde aandoening. Het werkt onder begeleiding aan de conditie, en leert er omgaan met de ziekte of aandoening.

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

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 6 per dag bij astma Maximaal, tot 42 dagen per jaar
Benfit	€ 250 (bij 5 aandoeningen) Maximaal, 1 keer per kalenderjaar Bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker
Optifit	€ 300 (bij 5 aandoeningen) Maximaal per kalenderjaar Bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker
Topfit	100% (bij 5 aandoeningen) Bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker
Superfit	100% (bij 5 aandoeningen) Bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Lidmaatschap patiënten- of belangenorganisatie

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

Wat u vergoed krijgt

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

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

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

Wij vergoeden ook het 'lidmaatschap voor mantelzorgers' van Mezzo⁴.

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	€ 25 Maximaal per kalenderjaar
Topfit	100% De minimale bijdrage
Superfit	100% De minimale bijdrage

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Wij vragen een bewijs van het lidmaatschap en van betaling

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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

² Meer informatie leest u op: iederin.nl

³ Meer informatie leest u op: www.platformggz.nl/lpggz

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

Zwangerschap, bevalling en kind Vergoedingen

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

Prenatale screening

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

Wat u vergoed krijgt

Prenatale screening is het tijdens de zwangerschap bepalen van de kans dat het ongeboren kind een afwijking heeft. Bijvoorbeeld het syndroom van Down of een open ruggetje. U kiest zelf of u prenatale screening wilt laten doen. Om u bij die beslissing te helpen, bespreekt de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog (als u dat wilt) met u, welke soorten prenatale screening er zijn. En wat de voor- en nadelen zijn. Dit gesprek wordt 'counseling' genoemd. De basisverzekering vergoedt de counseling.

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

In deze periode kunt u een combinatie¹ of een NIPT² laten doen. U betaalt de kosten zelf, behalve als de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog bepaalt dat er in uw geval een medische indicatie is. Bijvoorbeeld door uw leeftijd, het verloop van een eerdere zwangerschap, of een erfelijke aandoening in de familie. Bij een medische indicatie vergoedt de basisverzekering de combinatie¹ of de NIPT. Voor de NIPT zonder medische indicatie geldt een subsidieregeling. Die staat verderop beschreven.

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

Prenatale screening rond de 20e week van de zwangerschap

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

De overheid heeft een website³ met informatie over prenatale screening.

Meer over NIPT

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

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

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

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

² Niet-invasieve prenatale test (een bloedonderzoek)

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

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor:

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

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Soms heeft u een verwijzing nodig

Niet eerst de combinatietest gehad? Dan heeft u voor de NIPT, GUO of prenataal vervolgonderzoek een verwijzing nodig van de verloskundige, een huisarts of een medisch specialist.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de prenatale screening die verloskundigen en medisch specialisten normaal gesproken als onderdeel van verloskundige zorg verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

U kunt de NIPT in het buitenland laten uitvoeren

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

Zwangerschap en bevalling

Bent u zwanger?

Wat u vergoed krijgt

Een zwangerschap is een spannende periode in uw leven waarin een hoop gebeurt. Er moet van alles worden geregeld – in huis, verlof, kraamzorg – en misschien heeft u veel vragen.

Met uw vragen kunt u terecht bij een verloskundige. Als u zwanger bent, kunt u zonder verwijzing een afspraak maken. De verloskundige beantwoordt uw vragen, begeleidt u tijdens de zwangerschap en bereidt u voor op de bevalling. Sommige huisartsen leveren ook verloskundige zorg. Dan kunt u natuurlijk ook bij uw huisarts terecht.

Al aan het begin van de begeleiding bespreekt de verloskundige of de huisarts met u de mogelijkheden voor prenatale screening. Ook vragen zij waar u wilt bevallen: thuis, in een geboortecentrum of in het ziekenhuis.

Als u medische problemen krijgt tijdens de zwangerschap, zoals een hoge bloeddruk of zwangerschapssuiker, dan verwijst de huisarts of verloskundige u naar de gynaecoloog. Dat gebeurt ook als u een verhoogd risico heeft op complicaties tijdens de zwangerschap of de bevalling. De gynaecoloog neemt de begeleiding dan over, en u bevalt in het ziekenhuis.

De **basisverzekering** vergoedt verloskundige zorg door de huisarts, verloskundige of gynaecoloog. We vergoeden het hele traject van de begeleiding tijdens de zwangerschap tot en met de controles na de bevalling. De vergoeding hangt af van waar u bevalt. Er zijn 3 mogelijkheden:

1. U bevalt thuis

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

2. U bevalt in een geboortecentrum, of in het ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is

Heeft u liever extra medische zorg dicht in de buurt? U kunt bevallen in de polikliniek van het ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is, of in een geboortecentrum¹. Meestal begeleidt uw eigen verloskundige of huisarts de bevalling daar. De basisverzekering vergoedt ook dan de verloskundige zorg. Maar let op: u betaalt dan een hogere eigen bijdrage. Die staat vermeld bij kraamzorg. Als er complicaties zijn, waardoor bevalling in het ziekenhuis noodzakelijk is, dan geldt situatie 3. De eigen bijdrage geldt dan niet.

3. U bevalt in een ziekenhuis op medische indicatie

Is er een risico op complicaties tijdens de bevalling of bent u al onder begeleiding van de gynaecoloog? Dan bevalt u in de polikliniek van het ziekenhuis op medische indicatie. De gynaecoloog begeleidt de bevalling. De basisverzekering vergoedt de verloskundige zorg door de gynaecoloog. Is ziekenhuisopname nodig? Dan vergoeden wij die ook.

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

Dit wordt niet vergoed

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

¹ Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (excl. eigen bijdrage)
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	€ 250 Maximaal, per bevalling, voor eigen bijdrage basisverzekering en extra <u>kraamzorg</u>
Optifit	€ 400 Maximaal, per bevalling, voor eigen bijdrage basisverzekering en extra <u>kraamzorg</u>
Topfit	€ 550 Maximaal, per bevalling, voor eigen bijdrage basisverzekering en extra <u>kraamzorg</u>
Superfit	€ 550 Maximaal, per bevalling, voor eigen bijdrage basisverzekering en extra <u>kraamzorg</u>

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

De eigen bijdrage

Voor verloskundige zorg betaalt u geen eigen bijdrage, voor de kraamzorg wel. Deze eigen bijdrage voor kraamzorg is hoger als u zonder medische noodzaak in het ziekenhuis bevalt, of in het geboortecentrum.

Dit moet u zelf doen

Voor de gynaecoloog moet u een verwijzing hebben

Voor u naar de gynaecoloog gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of verloskundige. Bij acute¹ zorg is geen verwijzing nodig.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

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

Kraamzorg

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

Wat u vergoed krijgt

Als uw zwangerschap zonder complicaties verloopt, dan kiest u zelf waar u wilt bevallen: thuis, in een geboortecentrum¹ of in een ziekenhuis. Als er complicaties zijn, zal de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden. Waar u ook bevalt: u heeft recht op kraamzorg na de bevalling.

Als u thuis of in een geboortecentrum bevalt, begeleidt uw verloskundige of huisarts de bevalling. Een kraamverzorgende of verpleegkundige ondersteunt dan de verloskundige of huisarts tijdens de bevalling. Dat noemen we 'partusassistentie'. Dit telt niet als kraamzorg maar als verloskundige zorg.

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

De **basisverzekering** vergoedt:

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

Hoeveel uren kraamzorg u krijgt, hangt af van uw persoonlijke situatie en waar u bevalt. Het kraamcentrum of geboortecentrum stelt dit vast op basis van een protocol. U krijgt minimaal 24 en maximaal 80 uur. Dit wordt verdeeld over maximaal 10 dagen vanaf de bevalling. De dagen dat u in het ziekenhuis ligt, worden hiervan afgehaald.

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

- a. voor kraamzorg thuis: € 4,40 per uur
- b. voor kraamzorg als u in de polikliniek bevalt zonder medische noodzaak of kraamzorg in het geboortecentrum. Deze bestaat uit 2 delen:
 1. een vast bedrag van € 17,50 per persoon per dag (dus € 35 voor moeder en 1 kind)
 2. daar bovenop een variabel bedrag: de extra kosten als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 125 per persoon per dag

We zetten de situaties die mogelijk zijn voor u op een rij.

1. **Bent u thuis bevallen?** Dan stelt het kraamcentrum het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben. Daarbij geldt de eigen bijdrage (zie a).
2. **Bent u bevallen in een ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk was?** En is alles zonder problemen verlopen? Dan kunt u met uw baby al snel weer naar huis. Het kraamcentrum stelt dan het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben. Voor de dag van de bevalling geldt de hogere eigen bijdrage (zie b). Daarna geldt voor de kraamzorg thuis de eigen bijdrage (zie a).
3. **Bent u zonder medische problemen bevallen in een geboortecentrum?** Dan kunt u daar meestal nog een paar dagen blijven met uw pasgeboren baby. In dat geval stelt het geboortecentrum het aantal uren kraamzorg vast waarop u na thuiskomst nog recht heeft. Let op dat voor de opnamedagen de hogere eigen bijdrage (zie b) geldt. Als u thuis nog kraamzorg ontvangt, geldt daarvoor de eigen bijdrage (zie a).
4. **Bent u bevallen in het ziekenhuis met een medische indicatie? Of bent u met uw baby minder dan 10 dagen in het ziekenhuis geweest?** Dan wordt het aantal uren kraamzorg na uw thuiskomst vastgesteld. Voor de dagen in het ziekenhuis betaalt u geen eigen bijdrage. Voor de kraamzorg thuis geldt de eigen bijdrage (zie a).

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

¹ Dit wordt ook geboortehotel of kraamhotel genoemd

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

- de hogere eigen bijdrage (zie b) bij bevallen zonder medische noodzaak in het ziekenhuis, of in het geboortecentrum
- de eigen bijdrage (zie a) voor kraamzorg thuis
- couveusenazorg na thuiskomst van de baby die meer dan 4 dagen in de couveuse heeft gelegen of die in de couveuse heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van 8 of meer dagen
- aanvullende kraamzorg, als u om medische redenen meer kraamzorg nodig heeft dan de basisverzekering vergoedt
- uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet kan starten in de 10 dagen na de geboorte van uw baby. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de gewone kraamzorg

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

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

Dit wordt niet vergoed

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (excl. eigen bijdrage) Volgens Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Maximaal, per bevalling, voor eigen bijdrage basisverzekering en extra kraamzorg
Optifit	€ 400 Maximaal, per bevalling, voor eigen bijdrage basisverzekering en extra kraamzorg
Topfit	€ 550 Maximaal, per bevalling, voor eigen bijdrage basisverzekering en extra kraamzorg
Superfit	€ 550 Maximaal, per bevalling, voor eigen bijdrage basisverzekering en extra kraamzorg

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor kraamzorg.

De eigen bijdrage

- de wettelijke eigen bijdrage van € 4,40 per uur bij kraamzorg thuis
- de wettelijke eigen bijdrage van € 17,50 per persoon per dag
- de meerkosten boven € 125 per persoon per dag voor het geboortecentrum, of voor het ziekenhuis als u daar zonder medische noodzaak bevalt

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

Dit moet u zelf doen

U moet de kraamzorg op tijd aanvragen

Dit kan eenvoudig online. Telefonisch kan ook. Neemt u dan contact op met onze Kraamzorg Service via telefoonnummer 088 668 97 05. Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

Voor couveusenazorg, aanvullende kraamzorg en uitgestelde kraamzorg heeft u een medische verklaring nodig

Heeft u behoefte aan couveusenazorg, of aan aanvullende of uitgestelde kraamzorg? Dan heeft u een verklaring van uw behandelend arts of verloskundige nodig waaruit de medische noodzaak blijkt. U stuurt deze verklaring mee met uw declaratie.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Kraamzorg volgens Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg

Het kraamcentrum of het geboortecentrum stelt het aantal uren kraamzorg vast volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg¹.

Kraampakket

Het kraampakket, onmisbaar bij de bevalling.

Wat u vergoed krijgt

In het kraampakket zitten producten die onmisbaar zijn wanneer u thuis bevalt, zoals matrasbeschermers en onderleggers. Ook zitten er producten in voor na de bevalling, bijvoorbeeld kraamverband. Daarom is het kraampakket ook handig om in huis te hebben als u in een geboortecentrum of ziekenhuis wilt bevallen.

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden het kraampakket van onze Kraamzorg Service. Als u **kraamzorg** via ons heeft geregeld dan krijgt u het automatisch uiterlijk in de 34e week van uw zwangerschap thuis bezorgd. U hoeft daar niets voor te doen.

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

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

Het kraampakket bevat:

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Bevalling-TENS

Minder pijn bij bevallen.

Wat u vergoed krijgt

Ziet u op tegen pijn tijdens uw bevalling? De bevalling-TENS is een apparaatje dat de pijn van weeën kan verminderen. Lichte stroomstootjes zorgen ervoor dat u minder last heeft van pijnprikkels.

U kunt een bevalling-TENS huren of kopen. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden hiervoor maximaal € 75 per bevalling.

U kunt de bevalling-TENS ook bij de ZorgConsulent aanvragen. Die zorgt dan dat u het apparaatje krijgt thuisgestuurd. U mag dit houden.

Hier kunt u terecht

- leverancier van TENS-apparaten
- ZorgConsulent

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Borstvoeding: lactatiekundige

Een goede start voor uw kind.

Wat u vergoed krijgt

Borstvoeding geven klinkt eenvoudig. Maar in de praktijk gaat het niet altijd (meteen) vanzelf. Bijvoorbeeld bij problemen met het aanleggen, of als u onvoldoende melkproductie heeft.

In de kraamtijd kan de kraamverzorgende u helpen bij het geven van borstvoeding. Dat valt dan onder de vergoeding [Kraamzorg](#).

Kunt u met uw vragen niet bij een kraamverzorgende terecht? Dan kunt u naar een lactatiekundige. Die kan u ook helpen in bijzondere situaties, bijvoorbeeld als u of uw kind een beperking heeft.

U krijgt de zorg meestal na de bevalling. Maar ook tijdens de zwangerschap kunt u al naar een lactatiekundige gaan.

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

Hier kunt u terecht

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

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor borstvoeding, zoals speciale flesjes

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

¹ Zie hiervoor: www.nvlborstvoeding.nl

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Zorg bij adoptie

Uw adoptiekind het beste geven.

Wat u vergoed krijgt

Adopteert u een kind? Dan heeft u misschien vragen over de verzorging, voeding of andere zaken waar nieuwe ouders mee te maken krijgen. In de eerste weken na de geboorte kan een kraamverzorgende u dan helpen. En misschien wilt u ook de gezondheid van uw kind laten controleren met een medische screening.

De **basisverzekering** vergoedt **kraamzorg**. Het kraamcentrum stelt het aantal uren vast volgens een protocol. U betaalt dan een eigen bijdrage. Bij adoptie heeft u volgens het protocol meestal geen recht op kraamzorg.

Is uw adoptiekind jonger dan 12 maanden en bij ons verzekerd?

Dan vergoeden de **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger:

- de kosten van (extra) kraamzorg
- de eigen bijdrage voor kraamzorg uit de basisverzekering
- de kosten van medische screening door een kinderarts

Er geldt een maximale vergoeding per geadopteerd kind. Het bedrag staat hieronder.

Hier kunt u terecht

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

De kraamzorg aanvragen

Dit kan eenvoudig online. Telefonisch kan ook. Neemt u dan contact op met onze Kraamzorg Service via telefoonnummer 088 668 97 05. Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg

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

Voor de screening heeft u geen verwijzing nodig

U kunt rechtstreeks met uw kind naar de kinderarts gaan.

Wij vergoeden 1 keer per adoptiekind

Ook als u en uw partner allebei bij ons verzekerd zijn.

Plaswekker

Droog de nacht door.

Wat u vergoed krijgt

Heeft uw kind last van bedplassen? Een plaswekker kan helpen bij het zindelijk worden. Het apparaatje maakt uw kind wakker als het sensorbroekje nat wordt.

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden een plaswekker. U kiest zelf of u die huurt of koopt. Bij Extrafit, Benfit en Optifit geldt een maximale vergoeding van € 85. Topfit en Superfit vergoeden een plaswekker volledig.

Hier kunt u terecht

- leverancier van plaswekkers

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 85 Maximaal, voor 3 maanden huur, of koop, 1 keer per verzekerde
Benfit	€ 85 Maximaal, voor 3 maanden huur, of koop, 1 keer per verzekerde
Optifit	€ 85 Maximaal, voor 3 maanden huur, of koop, 1 keer per verzekerde
Topfit	100% Huur of koop, 1 keer per verzekerde
Superfit	100% Huur of koop, 1 keer per verzekerde

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

De verzekering van uw kind bepaalt de vergoeding

Koopt of huurt u een plaswekker voor uw kind? Dan valt dat niet onder uw eigen verzekering, maar onder die van het kind. Als de naam van het kind op de nota staat, kunnen wij de declaratie sneller afhandelen.

Medicijnen en dieet

Vergoedingen

Geneesmiddelen basisverzekering
Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers
Diëtetiek
Dieetpreparaten

Geneesmiddelen basisverzekering

Wordt mijn geneesmiddel vergoed?

Wat u vergoed krijgt

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

De basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. De door de overheid aangewezen geneesmiddelen die in bijlage 1¹ van de Regeling zorgverzekering staan. Bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen vallen hier onder.
2. Geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of laat maken ('doorgeleverde bereidingen'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed.
3. Geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald.
4. Bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland.

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen voor rationele farmacotherapie. Dat betekent dat het middel op basis van wetenschappelijk onderzoek als werkzaam geldt, en dat het ook doelmatig is. Hoe dat zit bij doorgeleverde bereidingen staat in doorgeleverde (apotheek)bereidingen².

Sommige geneesmiddelen vergoedt de basisverzekering alleen als aan voorwaarden is voldaan. Bijvoorbeeld dat u een bepaalde indicatie heeft. Die geneesmiddelen en de voorwaarden staan in bijlage 2¹ van de Regeling zorgverzekering. Voorbeelden hiervan zijn zelfzorggeneesmiddelen³ en maagzuurremmers.

Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Weet u de werkzame stof of de naam van uw geneesmiddel? Op medicijnkosten.nl ziet u snel of het geneesmiddel onder de basisverzekering valt en wat de maximale vergoeding is.

En de eigen bijdrage?

De overheid bepaalt hoeveel wij maximaal voor een geneesmiddel mogen vergoeden. De werkelijke prijs is soms hoger. In dat geval betaalt u het prijsverschil zelf. Dit is de wettelijke eigen bijdrage. U betaalt nooit meer dan € 250 per jaar aan wettelijke bijdragen voor geneesmiddelen. De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden de wettelijke eigen bijdragen tot een maximaal bedrag per kalenderjaar. Dit valt onder de vergoeding [Geneesmiddelen aanvullende verzekering](#).

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

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

U heeft keuzevrijheid

Ook als het gaat om geneesmiddelen. Wij hebben geen 'preferentiebeleid'. Maar uw geneesmiddel mag ook niet onnodig duur zijn.

Dit vergoedt de basisverzekering niet

- geneesmiddelen die gebruikt worden in klinisch onderzoek
- geneesmiddelen die nog niet zijn toegelaten
- [vaccinaties en preventieve geneesmiddelen](#) voor uw (vakantie)reis
- [homeopathische en antroposofische geneesmiddelen](#)

Andere vergoedingen

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

- [dieetpreparaten](#)
- [voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen](#)
- [zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers](#)

¹ Deze vindt u op wetten.overheid.nl

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (exclusief de eigen bijdrage) De meeste geneesmiddelen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	De eigen bijdrage Volgens <u>geneesmiddelen aanvullende verzekering</u>
Benfit	De eigen bijdrage Volgens <u>geneesmiddelen aanvullende verzekering</u>
Optifit	De eigen bijdrage Volgens <u>geneesmiddelen aanvullende verzekering</u>
Topfit	De eigen bijdrage Volgens <u>geneesmiddelen aanvullende verzekering</u>
Superfit	De eigen bijdrage Volgens <u>geneesmiddelen aanvullende verzekering</u>

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

De eigen bijdrage

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

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door uw behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant¹.

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Dit geldt voor de geneesmiddelen die in toestemming geneesmiddelen² staan en voor de geneesmiddelen waarvoor nog geen vergunning is (vermeld bij 3). Hoe u de toestemming aanvraagt staat ook in toestemming geneesmiddelen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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

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

Sommige geneesmiddelen vallen onder de medisch-specialistische zorg

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepill
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt de meeste gangbare geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Dit valt onder de vergoeding [Geneesmiddelen basisverzekering](#). In sommige gevallen betaalt u een eigen bijdrage.

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

- de eigen bijdrage
- de meeste geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt (de uitzonderingen staan in de 'andere vergoedingen' en bij 'dit wordt niet vergoed')
- verbandmiddelen als u bij een arts in behandeling bent voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding [Vergoeding Verbandmiddelen](#) vallen

Optifit, Topfit en Superfit vergoeden ook nog:

- [zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers](#) voor de eerste 15 dagen, of als u ze korter dan 6 maanden gebruikt
- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

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

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

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen en eigen bijdragen waarvoor een terugbetalingsregeling² van de fabrikant geldt
- geneesmiddelen voor erectieproblemen
- geneesmiddelen voor [vruchtbaarheidsbehandeling](#) bij Extrafit en Benfit

Andere vergoedingen

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

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

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

² Van bepaalde geneesmiddelen kunt u de kosten of uw wettelijke bijdrage bij de fabrikant terugvragen. Wij vergoeden die dan niet. Ook niet als de fabrikant bepaalt dat u eerst bij ons om vergoeding moet vragen. Meer informatie staat op terugbetaalregeling.nl en hevoconsult.nl

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 100 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• diensten apotheek• verbandmiddelen Geen vergoeding voor: <ul style="list-style-type: none">• zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers• anticonceptiegeneesmiddelen• geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandeling
Benfit	€ 200 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• diensten apotheek• verbandmiddelen Geen vergoeding voor: <ul style="list-style-type: none">• zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers• geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandeling
Optifit	€ 4.540 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• melatonine 0,3 mg en hoger• diensten apotheek• verbandmiddelen
Topfit	€ 4.540 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• melatonine 0,3 mg en hoger• diensten apotheek• verbandmiddelen
Superfit	100% Voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• melatonine 0,3 mg en hoger• diensten apotheek• verbandmiddelen

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering. Voor de (genees)middelen en zorgdiensten die onder de aanvullende verzekeringen vallen betaalt u geen eigen risico.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die eigen bijdrage, volgens de voorwaarden die u nu leest.

Dit moet u zelf doen

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

Wij vergoeden geneesmiddelen, verbandmiddelen en melatonine alleen als ze zijn voorgeschreven door uw behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant¹.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepill
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Soms vallen geneesmiddelen onder de ziekenhuisbehandeling

Dan krijgt u het geneesmiddel in of van het ziekenhuis. De kosten vallen dan niet onder deze vergoeding, maar onder de vergoeding Medisch specialist.

Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Gebruikt u chronisch zelfzorggeneesmiddelen of maagzuurremmers?

Wat u vergoed krijgt

De meeste geneesmiddelen haalt u met een recept bij de apotheek. Er zijn ook geneesmiddelen waar u geen recept voor nodig heeft. Die kunt u ook bij de drogist en de supermarkt kopen. We noemen die 'zelfzorggeneesmiddelen'. Ook sommige maagzuurremmers zijn zelfzorggeneesmiddelen, en dus zonder recept te koop.

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

1. laxemiddelen (laxantia)
2. kalktabletten
3. middelen bij allergie
4. middelen tegen diarree
5. middelen tegen droge ogen
6. middelen om de maag te legen (maagledigingsmiddelen)
7. andere geneesmiddelen dan 1 t/m 6 met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm
8. maagzuurremmers en combinatiepreparaten met een maagzuurremmer

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

U moet wel aan 3 voorwaarden voldoen:

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

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

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

- de eerste 15 dagen dat u deze geneesmiddelen gebruikt
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers als u ze korter dan 6 maanden gebruikt

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

Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Weet u de werkzame stof of de naam van het geneesmiddel? Op medicijnkosten.nl ziet u snel of het onder de basisverzekering valt en wat de maximale vergoeding is.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Let op

Deze vergoeding is een onderdeel van de vergoeding voor geneesmiddelen. De daar vermelde voorwaarden gelden ook. Bijvoorbeeld dat u soms een eigen bijdrage betaalt.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, vanaf 16e dag Sommige zelfzorggeneesmiddelen, maagzuurremmers bij chronisch gebruik
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	€ 4.540 Voor eerste 15 dagen of tijdelijk gebruik zelfzorggeneesmiddelen/maagzuurremmers en andere <u>geneesmiddelen</u> <u>aanvullende verzekering</u> samen
Topfit	€ 4.540 Voor eerste 15 dagen of tijdelijk gebruik zelfzorggeneesmiddelen/maagzuurremmers en andere <u>geneesmiddelen</u> <u>aanvullende verzekering</u> samen
Superfit	100% Eerste 15 dagen of tijdelijk gebruik zelfzorggeneesmiddelen/maagzuurremmers

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

De eigen bijdrage

Voor sommige zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers betaalt u een wettelijke eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

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

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Diëtetiek

Als u advies nodig heeft over voeding en gezondheid.

Wat u vergoed krijgt

Bent u te zwaar of juist te licht door bijvoorbeeld ziekte, eetproblemen of een voedselallergie? Of heeft u andere klachten die samenhangen met voeding, zoals darmklachten, hoge bloeddruk of verhoogd cholesterol? Een diëtist geeft voorlichting en advies over voeding, dieet en eetgewoonten. Dit noemen we diëtetiek.

Wij vergoeden diëtetiek in 3 situaties:

- als onderdeel van ketenzorg bij chronische ziekte
- bij overgewicht
- als er een andere medische reden is

Heeft u een chronische ziekte, zoals diabetes (suikerziekte), een hart- of vaatziekte, of chronische longproblemen (COPD)? Dan krijgt u via de huisarts mogelijk ketenzorg. Daarbij werken meer zorgverleners intensief samen om u zorg te geven. De diëtist maakt daar dan onderdeel van uit.

Heeft u overgewicht? Dan kunt u zorg krijgen bij de diëtist als:

- uw BMI² minstens 30 kg/m² is, of
- uw BMI tussen 25 en 30 kg/m² is en u daarnaast extra risico loopt door bijvoorbeeld een ziekte (zoals hart- en vaatziekte)

Heeft u een ander medisch probleem waarvoor het nodig is een diëtist te raadplegen? Dan kan de huisarts u naar de diëtist verwijzen. Ook kunt u op eigen initiatief naar de diëtist gaan. Een verwijzing is namelijk niet nodig.

De **basisverzekering** vergoedt per kalenderjaar maximaal 3 uur diëtetiek met een medische reden door een diëtist. Maakt de zorg door de diëtist onderdeel uit van uw ketenzorg? Dan vergoedt de basisverzekering die zorg ook. Deze ketenzorg telt niet mee voor het maximum van 3 uur.

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

² Zelf uw BMI berekenen? Deel uw gewicht (in kilo's) door uw lengte (in meters). Deel de uitkomst nog een keer door uw lengte (in meters). De uitkomst is uw BMI

Heeft u na de 3 uur van de basisverzekering nog begeleiding en advies nodig? De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden extra diëtetiek met een medische reden door een diëtist. Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor extra diëtetiek. Topfit en Superfit vergoeden extra diëtetiek volledig.

Heeft u geen medische reden, maar wilt u wel uw eetgewoonten veranderen? De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger bieden vergoeding voor preventiecurussen.

Dit wordt niet vergoed

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

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de diëtetiek met een medische reden die diëtisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

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

Dieetpreparaten

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

Wat u vergoed krijgt

Dieetpreparaten zijn voedingsmiddelen met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Bijvoorbeeld sondevoeding en drinkvoeding. Ze worden voorgeschreven bij ziekte of ondervoeding.

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

De basisverzekering vergoedt dieetpreparaten wel, en dieetproducten niet. U moet wel aan 2 voorwaarden voldoen.

De 1e voorwaarde is:

- u heeft een stofwisselingsstoornis, opnamestoornis (resorptiestoornis) of voedselallergie, of
- u bent ondervoed door een ziekte of er is een risico dat dit gebeurt en dit is gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument, of
- u heeft dieetpreparaten nodig volgens de richtlijnen van artsen en diëtisten

De 2e voorwaarde is:

- dat aangepaste normale voeding, en andere soorten bijzondere voeding dan dieetpreparaten, voor u onvoldoende effect hebben

De vergoeding geldt voor polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Deze termen verwijzen naar de moleculaire structuur van het dieetpreparaat.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts
- gespecialiseerde leverancier

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% In bepaalde situaties
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift of artsverklaring hebben

U moet voor dieetpreparaten een voorschrift (recept) hebben van uw huisarts, of een artsverklaring dieetpreparaten¹ van een arts of medisch specialist², verpleegkundig specialist, physician assistant of diëtist.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

¹ Zie hiervoor: www.znformulieren.nl/337936417/Formulieren?folderid=1300660227&title=Dieetpreparaat

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

Mond en gebit

Vergoedingen

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

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Voor een sterk en gezond gebit.

Wat u vergoed krijgt

Goede mondzorg op jonge leeftijd voorkomt problemen later. Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de **basisverzekering** de meest voorkomende tandartsbehandelingen. Dit zijn:

- controle (preventief tandheelkundig onderzoek), één keer per jaar
- extra controles als die nodig zijn
- incidentele consulten
- verwijderen van tandsteen
- fluoridebehandeling van het blijvende gebit, 2 keer per jaar
- extra fluoridebehandelingen als die nodig zijn
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag)
- behandeling van tandvleesproblemen
- verdoving
- wortelkanaalbehandeling
- vullingen
- zorg bij klachten aan het kaakgewricht
- uitneembare prothetische voorzieningen (zoals een plaatje en een kunstgebit)
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve implantaten
- röntgenfoto's, behalve die voor orthodontie
- kaakoverzichtsfoto, behalve die voor orthodontie

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

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden tot 18 jaar de algemene tandheelkundige zorg die niet onder de basisverzekering valt. Optifit vergoedt maximaal € 500 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Voor tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar, orthodontie tot 18 jaar, fronttandvervanging en bijzondere tandheelkunde gelden (ook) andere voorwaarden. Daarom staan die apart vermeld.

Hier kunt u terecht

Voor zorg die onder de basisverzekering valt kunt u terecht bij de:

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

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

- tandarts
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

De basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- uitwendig bleken van tanden en kiezen
- gebits- en mondbeschermer
- niet-restauratief behandelen van het melkgebit

De aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- algehele anesthesie (volledige narcose)
- MRA¹ (mandibulair repositie apparaat)

¹ Dit valt onder de vergoeding: MRA

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Gebruikelijke tandheelkundige zorg
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	€ 500 Algemene tandheelkundige zorg
Topfit	100% Algemene tandheelkundige zorg
Superfit	100% Algemene tandheelkundige zorg

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Voor de kaakchirurg moet u vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, tandarts, een medisch specialist of een jeugdarts. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms heeft u vooraf toestemming nodig

Dit geldt voor:

- de 3e en volgende fluoridebehandeling(en) in hetzelfde kalenderjaar
- een kaakoverzichtsfoto
- behandelingen bij de kaakchirurg die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie² staan
- zorg onder volledige narcose
- een kunstgebit dat duurder is dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak
- het vervangen van een kunstgebit dat minder dan 5 jaar oud is
- een klikgebit, en het repareren of rebasen (opvullen) van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor bijzondere tandheerkunde

De toestemming³ vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van uw zorgverlener. Daar moeten een behandelplan en een begroting bij zitten.

Komt de zorgverlener naar u toe? Dan moet u een verklaring van uw arts hebben

Mondzorg krijgt u in de praktijk van de zorgverlener. Mondzorg op andere plaatsen vergoeden wij alleen als u daarvoor een advies van uw arts heeft. Stuur het advies mee met de declaratie. Of bewaar het als de zorgverlener rechtstreeks bij ons declareert.

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

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

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Voor een goed gebit in een gezonde mond.

Wat u vergoed krijgt

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

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

Superfit

Superfit vergoedt 100% van de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.600 per kalenderjaar. De eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder.

Tandfit A

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

Tandfit B

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

- controle (C11)¹
- preventieve voorlichting en/of instructie (M01)
- consult voor evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M10 of M20)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30 of V35)

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

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

Tandfit C

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

- controle (C11)¹
- preventieve voorlichting en/of instructie (M01)
- consult voor evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M10 of M20)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30 of V35)

¹ De codes tussen haakjes vindt u terug op de nota van de tandarts

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

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

Tandfit D

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

Tandfit Preventief

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

- controle (C11)¹
- consult (C13)
- aanvullende anamnese (C22)
- toeslag voor behandeling thuis (C80)
- preventieve voorlichting en/of instructie (M01)
- consult voor evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M10 of M20)
- onderzoek bacteriën en enzymen (M32)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30 of V35)

Tandfit Preventief vergoedt ook 100% van de kosten van de meeste andere codes voor tandheelkundige zorg², tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. In het kalenderjaar waarin uw Tandfit Preventief is ingegaan, kunt u van dat bedrag maximaal € 300 aan vullingen (alle V-codes behalve V30 en V35) besteden. En maximaal € 500 aan tandvleesbehandelingen (parodontologie, alle T-codes). Had u in 2018 al Tandfit Preventief? Dan geldt de beperking voor vullingen en tandvleesbehandelingen niet voor u. Ze worden dan samen met de andere codes tot € 2.000 vergoed.

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

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

- kronen, bruggen en inlays³
- kunstgebit
- implantaten
- wortelkanaalbehandeling
- orthodontie

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

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose
- uitwendig bleken en facings
- MRA (mandibulair repositie apparaat)
- gebits- en mondbeschermer
- materiaal- en techniekkosten voor zorg die niet wordt vergoed
- tandartsabonnementen

Ongeluk?

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

¹ De codes tussen haakjes vindt u terug op de nota van de tandarts

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

³ Op maat gemaakte vullingen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Beperkte vergoeding Volgens vergoedingen <u>kaakchirurg</u> , <u>kunstgebit</u> , <u>fronttandvervangng</u> en <u>bijzondere tandheekunde</u>
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 1.600 Maximaal per kalenderjaar Algemene tandheekundige zorg (100%)
Tandfit A	€ 250 (75%) Maximaal per kalenderjaar Algemene tandheekundige zorg (75%)
Tandfit B	€ 750 (75% - 100%) Maximaal per kalenderjaar Controle en preventie 100% Algemene tandheekundige zorg 75%
Tandfit C	€ 1.500 (75% - 100%) Maximaal per kalenderjaar Controle en preventie 100% Algemene tandheekundige zorg 75%
Tandfit D	€ 1.500 (100%) Maximaal per kalenderjaar Algemene tandheekundige zorg (100%)
Tandfit Preventief	Controle en preventie (100%) + andere codes tandheekundige zorg (100% tot € 2.000, waarvan 1e jaar max. € 300 voor vullingen en max. € 500 voor tandvleesbehandeling) + elektrische tandenborstel + opzetborsteltjes Vergoedingen: maximaal per kalenderjaar Tandenborstel: 1 per 3 jaar Opzetborsteltje: 1 per kwartaal Geen vergoeding voor: kronen, bruggen, wortelkanaalbehandelingen, implantaten en protheses

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Tandheelkundige zorg na een ongeval

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

Wat u vergoed krijgt

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

Bent u jonger dan 18 jaar?

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

Bent u 18 jaar of ouder?

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

Extra dekking na een ongeval

Krijgt u de zorg die u nodig heeft niet (helemaal) vergoed volgens de vergoedingen hierboven? Dan vergoeden Superfit en Tandfit A, B, C, D en Preventief vergoeden tandheelkundige behandeling die nodig is door een ongeval. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een gedeeltelijk kunstgebit. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar.

Het moet gaan om een ongeval dat gebeurde terwijl u 1 van deze 6 verzekeringen had. En u moet de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval hebben gekregen.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose

¹ Met ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: Een onverwacht geweld van buitenaf waardoor u lichamelijk letsel oploopt

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Sommige gevallen Volgens tandheelkundige zorg tot 18 jaar, of (vanaf 18 jaar) volgens <u>kaakchirurg</u> , <u>kunstgebit</u> , en <u>bijzondere tandheelkunde</u>
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 5.000 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit A	€ 2.500 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit B	€ 5.000 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit C	€ 5.000 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit D	€ 5.000 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit Preventief	€ 10.000 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden tandheelkundige zorg na een ongeval alleen als wij vooraf toestemming¹ hebben gegeven. Voor spoedeisende zorg kunt u de toestemming ook achteraf aanvragen. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Daar moeten een behandelplan en een begroting bij zitten.

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Die kan vaak worden verholpen met orthodontie. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

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

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

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

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

De tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij ernstige aandoeningen Volgens <u>bijzondere tandheelkunde</u>
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 1.500 Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden maximaal € 750 2e 12 maanden maximaal € 750
Optifit	€ 3.000 Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden maximaal € 1.000 2e 12 maanden maximaal € 1.000 3e 12 maanden maximaal € 1.000
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico. Voor bijzondere tandheelkunde betaalt u tot 18 jaar geen eigen risico. Daarboven geldt het eigen risico wel.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wij bepalen de startdatum als wij de eerste declaratie ontvangen

Wij kijken dan naar de datum van het consult of de behandeling. Vindt de orthodontist tijdens een eerste consult dat uw kind beter kan wachten met een beugel? Dan kan het bij Benfit en Optifit voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaat de 2 of 3 jaar vergoeding al lopen voordat de behandeling echt begint. Meld dan bij de orthodontist dat u zelf betaalt. Veel orthodontisten sturen de declaratie namelijk rechtstreeks naar ons. Was uw behandeling al voor 2018 gestart? Dan geldt als startdatum: de 1e datum van consult of behandeling in 2018.

Orthodontie vanaf 18 jaar

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

Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking van de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Die kan vaak worden verholpen met orthodontie. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door ernstige aandoeningen, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een beugel nodig? De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden orthodontie vanaf 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest. Topfit vergoedt maximaal € 500 per kalenderjaar. Superfit vergoedt de orthodontie volledig.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij ernstige aandoeningen Volgens <u>bijzondere tandheelkunde</u>
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de orthodontie alleen als wij vooraf toestemming¹ hebben gegeven. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Daar moeten een behandelplan en een begroting bij zitten.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar

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

Wat u vergoed krijgt

Natuurlijk probeert u zo lang mogelijk uw eigen gebit gezond te houden. Maar soms zal uw tandarts u aanraden een kunstgebit te nemen. Dat wordt ook wel prothese of prothetische voorziening genoemd.

Voor de vergoeding maakt het verschil of het gaat om een gedeeltelijk kunstgebit of een volledig kunstgebit. Bij een gedeeltelijk kunstgebit heeft u nog tanden of kiezen in een kaak. Het gedeeltelijk kunstgebit vervangt de tanden of kiezen die ontbreken. Een volledig kunstgebit vervangt alle tanden en kiezen in een kaak. U kunt het volledige kunstgebit hebben voor de onderkaak, de bovenkaak of voor allebei de kaken.

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de **basisverzekering** het **volledige uitneembare kunstgebit**, dus het kunstgebit dat u zelf uit de mond kunt halen. De basisverzekering vergoedt het gedeeltelijk kunstgebit niet.

Er zijn 4 soorten volledige uitneembare kunstgebitten die de basisverzekering vergoedt. We zetten ze voor u op een rij.

- (1) De immediaatprothese. Dat is een tijdelijk kunstgebit dat u krijgt na het trekken van alle tanden en kiezen. U draagt het tot de mond genezen is.
- (2) Een gewone prothese (niet op implantaten). Dat is het kunstgebit dat u krijgt ná de immediaatprothese. Het wordt ook wel 'vervangingsprothese' genoemd.
- (3) Een overkappingsprothese (niet op implantaten). Dat is een kunstgebit dat over uw eigen tandwortels wordt geplaatst.
- (4) Een kunstgebit op implantaten ('implantaat gedragen'). Dat heet ook wel klikgebit.

U krijgt een gedeeltelijke vergoeding. Dit is een percentage van de totale kosten inclusief materiaal- en techniekkosten. Dus de kosten van de tandarts of de tandprotheticus en de materiaal- en techniekkosten. Bij het gebit op implantaten tellen ook de magneetjes, staafjes of drukknoppen die boven het tandvlees uitsteken ('het vaste gedeelte van de suprastructuur') mee in de totale kosten.

De basisverzekering vergoedt deze percentages van de totale kosten (inclusief materiaal- en techniekkosten):

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of de onderkaak: 75% (eigen bijdrage 25%)
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 90% (eigen bijdrage 10%)
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 92% (eigen bijdrage 8%)
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 83% (eigen bijdrage 17%)

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

Het percentage dat de basisverzekering niet vergoedt, is uw wettelijke eigen bijdrage. Die moet u zelf betalen. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Tandfit vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage, volgens de vergoeding [Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar](#).

En hoe zit het met de implantaten?

Krijgt u voor het eerst een klikgebit, dan moeten er ook implantaten worden aangebracht. De basisverzekering vergoedt de implantaten alleen als u een heel erg geslonken kaak zonder tanden heeft. Het aanbrengen van de implantaten valt dan onder [bijzondere tandheelkunde](#). Heeft u geen ernstig geslonken kaak zonder tanden? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit of Tandfit het aanbrengen van implantaten door de tandarts, volgens de vergoeding [Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar](#).

En als het gebit niet meer past of kapot is?

Dan kunt u het laten repareren of rebasen (opvullen) door een tandprotheticus of een tandarts. Als uw gebit niet meer dan 2 maanden oud is, hoort het op maat maken daarvan bij de aanschaf. U hoeft er dan niet apart voor te betalen. Is uw gebit ouder dan 2 maanden? Dan vergoedt de basisverzekering:

- reparatie en rebasen (opvullen): 90% (eigen bijdrage 10%)

Hier kunt u terecht

- tandarts
- tandprotheticus

Andere vergoedingen

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vallen het kunstgebit en andere protheses onder [Tandheelkundige zorg tot 18 jaar](#).

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Afhankelijk van soort: 75% tot 92% Volledig kunstgebit met reparatie/rebasen
Superfit	€ 1.600 Maximaal per kalenderjaar Voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, volgens tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit A	€ 250 Maximaal per kalenderjaar Voor 75% van: eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, volgens tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit B	€ 750 Maximaal per kalenderjaar Voor 75% van: eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, volgens tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit C	€ 1.500 Maximaal per kalenderjaar Voor 75% van: eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, volgens tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit D	€ 1.500 Maximaal per kalenderjaar Voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, volgens tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit Preventief	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het volledig uitneembare kunstgebit valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

De eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u een wettelijke eigen bijdrage van 8, 10, 17 of 25%. De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B, C en D vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U heeft vaak vooraf toestemming nodig

De volgende zorg vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven:

- een kunstgebit (1), (2) of (3) dat duurder is dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak
- het vervangen van een kunstgebit (2) of (3) als dat minder dan 5 jaar oud is
- het klikgebit (4)
- het repareren of rebasen van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor bijzondere tandheelkunde

De toestemming¹ vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van uw zorgverlener. Daar moeten een behandelplan en een begroting bij zitten.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Fronttandvervangning

Ontbreken bij u de blijvende snij- of hoektanden en bent u jonger dan 23 jaar?

Wat u vergoed krijgt

Als uw blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd, of als ze bij een ongeval verloren zijn gegaan, dan is het mogelijk om (weer) snij- of hoektanden aan te brengen. Dat gebeurt meestal met een implantaat en een kroon.

De **basisverzekering** vergoedt het vervangen van een of meer helemaal ontbrekende blijvende snij- of hoektanden. Dit moet gebeuren met niet-plastisch materiaal zoals een kroon of een brug. Implantaten die daarbij nodig zijn worden ook vergoed.

De tandarts moet vóór uw 18e verjaardag hebben vastgesteld dat dit bij u nodig is. De vergoeding stopt als u 23 jaar wordt.

Is de noodzaak pas na uw 18e vastgesteld? Of ontbreekt een snij- of hoektand maar gedeeltelijk? Dan vergoedt de basisverzekering de zorg niet. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Tandfit vergoeden de zorg dan (gedeeltelijk), als de tandarts die uitvoert. Dit valt onder tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

Heeft u naast ontbrekende snij- of hoektanden andere ernstige gebitsproblemen? Dan kan fronttandvervangning onder bijzondere tandheelkunde vallen.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- kaakchirurg²

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

² Kaakchirurgen vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Tot 23 jaar (als noodzaak is vastgesteld voor 18e verjaardag)
Superfit	Beperkte vergoeding Volgens tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit A	Beperkte vergoeding Volgens tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit B	Beperkte vergoeding Volgens tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit C	Beperkte vergoeding Volgens tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit D	Beperkte vergoeding Volgens tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit Preventief	Beperkte vergoeding Volgens tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze zorg alleen als wij toestemming¹ hebben gegeven voordat de behandeling begint. Deze toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van uw zorgverlener. Daar moeten een behandelplan, een begroting en een röntgenfoto van uw gebit bij zitten.

Soms moet u een verwijzing hebben

Moet u voor deze zorg naar de kaakchirurg of een centrum voor bijzondere tandheelkunde? Dan moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of de tandarts.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

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

Kaakchirurgie vanaf 18 jaar

Voor specialistische mondzorg.

Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische mondzorg gaat u naar de Mond-Kaak-Aangezichts chirurg (MKA-chirurg). Die wordt meestal kaakchirurg genoemd. Dat doen wij hierna ook.

De kaakchirurg werkt in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC)¹. U kunt niet rechtstreeks naar de kaakchirurg: u heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u van de tandarts, bijvoorbeeld bij een moeilijk te verwijderen verstandskies. Of van de orthodontist, bij problemen met de kaak. De huisarts of een medisch specialist kunnen ook verwijzen.

De basisverzekering vergoedt chirurgische tandheelkundige zorg. Het röntgenonderzoek dat daarbij nodig is vergoeden wij ook. Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering ook de ziekenhuisopname.

Hier kunt u terecht

- kaakchirurg²

Dit wordt niet vergoed

- chirurgie aan het tandvlees (parodontale chirurgie)
- trekken van tanden en kiezen als de tandarts dat kan doen
- implantaten (behalve als het gaat om bijzondere tandheelkunde)

Moet u naar de kaakchirurg voor een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking? Dan kan dat onder bijzondere tandheelkunde vallen. Bent u jonger dan 18 jaar? Dan geldt de vergoeding voor tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

² Kaakchirurgen vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van de tandarts, orthodontist, huisarts of een medisch specialist. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms heeft u vooraf toestemming van ons nodig

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard die kaakchirurgen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Bijzondere tandheelkunde

Als gewone tandzorg niet voldoende is.

Wat u vergoed krijgt

Voor een gezond en goed werkend gebit hebben de meeste mensen genoeg aan de 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist.

Soms is die zorg niet voldoende. Bijvoorbeeld omdat u een bijzondere aandoening heeft aan uw gebit, kaak of mond. Of omdat u een lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. In zo'n geval kan extra of andere mondzorg nodig zijn. We noemen die zorg 'bijzondere tandheelkunde'.

Alleen in bijzondere situaties

De **basisverzekering** vergoedt bijzondere tandheelkunde in 3 situaties:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een niet-aangeboren afwijking van tanden, kaak of mond heeft. Bijvoorbeeld: het ontbreken van tanden of kiezen door een erfelijke oorzaak. Of gebitsproblemen door chemotherapie, of door de ziekte van Sjögren.
2. Bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. Bijvoorbeeld: ernstige Parkinson, een verstandelijke beperking of extreme angst.
3. Als u een medisch-noodzakelijke behandeling moet krijgen die zonder bijzondere tandheelkundige zorg geen goed resultaat zal hebben. Bijvoorbeeld: een orgaantransplantatie of een hartoperatie, waarvoor de mond ontstekingsvrij moet worden gemaakt.

Is situatie 1 of 2 voor u van toepassing? Dan krijgt u de zorg alleen vergoed als uw gebit zonder de bijzondere tandheelkunde niet op de voor u normale manier kan (blijven) functioneren. De basisverzekering vergoedt de bijzondere tandheelkunde die nodig is om er voor te zorgen dat u de voor u normale tandfunctie terugkrijgt of behoudt.

Is situatie 3 voor u van toepassing? Dan vergoedt de basisverzekering de bijzondere tandheelkunde die nodig is om de andere behandeling mogelijk te maken én de zorg om uw gebit op de voor u normale manier functionerend te houden.

Soms: implantaten

Krijgt u een volledige uitneembare prothese (kunstgebit) op implantaten? Dan vallen de implantaten onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als u een heel erg geslonken kaak heeft, zonder tanden.

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

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

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

Meestal niet: orthodontie

Orthodontie valt alleen onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als:

- u een heel ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis heeft aan tanden, kaak of mond, en
- die stoornis ook door andere zorgverleners dan een tandarts of een orthodontist moet worden behandeld

Als het nodig is: opname

Is het voor deze zorg nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering ook de ziekenhuisopname.

Let op: meestal betaalt u een eigen bijdrage

Dit geldt als u 18 jaar of ouder bent en tegelijk met de bijzondere tandheelkunde ook zorg krijgt die niet direct met situatie 1, 2 of 3 te maken heeft. Bijvoorbeeld: als u ernstige Parkinson heeft en er een gaatje wordt gevuld. U betaalt dan als eigen bijdrage het bedrag dat u had moeten betalen als u 'gewoon' voor dat gaatje was behandeld.

Heeft u een **aanvullende verzekering** Superfit of Tandfit? Dan valt de eigen bijdrage onder tandheeskundige zorg vanaf 18 jaar.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- kaakchirurg
- orthodontist
- Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% In bijzondere situaties, soms met eigen bijdrage
Superfit	De eigen bijdrage Volgens <u>tandheeskundige zorg vanaf 18 jaar</u>
Tandfit A	De eigen bijdrage Volgens <u>tandheeskundige zorg vanaf 18 jaar</u>
Tandfit B	De eigen bijdrage Volgens <u>tandheeskundige zorg vanaf 18 jaar</u>
Tandfit C	De eigen bijdrage Volgens <u>tandheeskundige zorg vanaf 18 jaar</u>
Tandfit D	De eigen bijdrage Volgens <u>tandheeskundige zorg vanaf 18 jaar</u>
Tandfit Preventief	De eigen bijdrage Volgens <u>tandheeskundige zorg vanaf 18 jaar</u>

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt vanaf 18 jaar het eigen risico.

De eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage voor tandheeskundige behandelingen die niet rechtstreeks met de aandoening te maken hebben.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Om uw aanvraag¹ te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting² van uw zorgverlener nodig. Daar moet een behandelplan bij zitten en, als die zijn gemaakt, (röntgen)foto's van uw kaak en uw gebit. Let op: wij kunnen de toestemming intrekken als u instructies van de zorgverlener niet volgt (bijvoorbeeld: een beugel niet draagt).

Soms moet u een verwijzing hebben

Gaat u voor deze zorg naar een kaakchirurg of een Centrum voor bijzondere tandheelkunde? Dan moet u daarvoor een verwijzing hebben van uw tandarts, huisarts, een medisch specialist, een jeugdarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

DiamondClean Smart tandenborstel

Uw gebit gezond houden, begint met goed poetsen. Het geheim van goed poetsen? De DiamondClean Smart tandenborstel.

Wat u vergoed krijgt

Tandfit Preventief biedt een uitstekende vergoeding voor preventieve en andere mondzorg.

Heeft u Tandfit Preventief? Dan krijgt u ook:

- 1 keer per 3 jaar een Philips DiamondClean Smart 9300 tandenborstel (zwart), met oplaadglas, reisetui en app
- 1 startpakket met 3 opzetborstels: Premium Plaque Defense, Premium Gum Care en Premium White, voor grondige tandplakverwijdering, voor gezonder tandvlees en voor witte tanden
- ieder kwartaal een nieuw opzetborsteltje

Wanneer krijg ik de tandenborstel?

U ontvangt de DiamondClean Smart als uw Tandfit Preventief definitief is ingegaan. De opzetborsteltjes krijgt u automatisch thuisgestuurd.

En als ik een vraag heb?

Heeft u een vraag over uw verzekering? Belt u ons gerust. Wij helpen u graag. Heeft u een vraag over de tandenborstel? Bel dan met Philips. Het nummer is 0900 202 11 77.

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding
Tandfit A	Geen vergoeding
Tandfit B	Geen vergoeding
Tandfit C	Geen vergoeding
Tandfit D	Geen vergoeding
Tandfit Preventief	1 tandenborstel per 3 jaar, 1 opzetborstel per kwartaal

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

DiamondClean Smart valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

U betaalt voor de DiamondClean Smart geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Levering kan alleen in Nederland en België

Verhuist u naar een ander land? Dan krijgt u geen opzetborstels meer toegestuurd. U kunt de DiamondClean Smart wel blijven gebruiken en uw Tandfit Preventief blijft gewoon van kracht.

Betaalt u de premie niet? Dan heeft u geen recht meer op de borstel.

De borstel blijft van ONVZ.

U heeft 3 jaar garantie op de borstel

De garantie gaat in als u de borstel ontvangt. Er gelden garantiebepalingen¹. Uw garantiebewijs vraagt u op bij ons Service Center. U kunt voor de garantie terecht bij Philips.

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

Psychische zorg

Vergoedingen

Generalistische basis-ggz
Gespecialiseerde ggz

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Generalistische basis-ggz

Als u lichte psychische problemen heeft.

Wat u vergoed krijgt

Bij psychische problemen is uw huisarts of bedrijfsarts het eerste aanspreekpunt. Als die een psychische stoornis vermoedt, verwijst hij u door voor generalistische basis-ggz. Of bij ernstige klachten, voor gespecialiseerde ggz.

De vergoeding die u nu leest, gaat over generalistische basis-ggz. De behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gezondheidszorgpsycholoog¹ of psychotherapeut. Ook een internetbehandeling is mogelijk.

U krijgt altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. De regiebehandelaar stelt een diagnose, maakt samen met u een behandelplan, en behandelt u. Hij kan daarnaast andere behandelaars inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en afstemming. Hij beheert ook uw dossier. Wie regiebehandelaar mogen zijn, staat hieronder bij 'Hier kunt u terecht'.

De **basisverzekering** vergoedt generalistische basis-ggz vanaf 18 jaar, als er een vermoeden is dat u een psychische stoornis heeft of als zo'n stoornis al is vastgesteld. De basisverzekering vergoedt niet: behandeling van werkproblemen², relatieproblemen en aanpassingsstoornissen³.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden de behandeling van werk- of relatieproblemen en aanpassingsstoornissen, voor alle leeftijden, tot een maximumbedrag per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

Valt de zorg onder de basisverzekering? Dan kunt u terecht bij een

- zelfstandige zorgverlener met nummer 1, 2, 3 of 4 hieronder
- ggz-instelling, bij een regiebehandelaar met nummer 1, 2, 3, 4, 5, 6 of 7 hieronder

Valt de zorg onder de aanvullende verzekering? Dan kunt u terecht bij

- zorgverleners met nummer 1, 2, 3, 8 of 9 hieronder

1. gezondheidszorgpsycholoog¹
2. klinisch psycholoog
3. psychotherapeut
4. klinisch neuropsycholoog
5. verpleegkundig specialist ggz
6. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
7. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts
8. kinder- of jeugdpsycholoog, geregistreerd bij NIP of SKJ
9. orthopedagoog-generalist, geregistreerd bij NVO of SKJ

Overgangsregeling 18-jarigen

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na de 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar (een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist) dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen naar een basisverzekering-regiebehandelaar.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van vliegangst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- opname
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het dynamisch overzicht psychologische interventies ggz⁴

Andere vergoedingen

Soms kan de huisarts u zelf helpen. Dat valt onder psychische zorg bij de huisarts.

¹ Ook: gz-psycholoog

² Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid

³ Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar Bij aanpassingsstoornissen en werk- en relatieproblemen
Topfit	€ 1.000 Maximaal per kalenderjaar Bij aanpassingsstoornissen en werk- en relatieproblemen
Superfit	€ 1.500 Maximaal per kalenderjaar Bij aanpassingsstoornissen en werk- en relatieproblemen

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of de bedrijfsarts. Als het gaat om een aanpassingsstoornis (alleen aanvullende verzekering) mag de verwijzing ook van een jeugdarts komen. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

Als u onder behandeling bent in de gespecialiseerde ggz, dan kan uw regiebehandelaar u ook verwijzen naar de generalistische basis-ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Een psychische stoornis volgens de DSM

Ggz valt onder de basisverzekering, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Uw zorgverlener moet een kwaliteitsstatuut hebben

Daar staat in aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de generalistische basis-ggz die klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Gespecialiseerde ggz

Als u ernstige psychische problemen heeft.

Wat u vergoed krijgt

Bij ernstige psychische problemen krijgt u een verwijzing voor gespecialiseerde ggz. De behandeling bestaat vaak uit gesprekken met bijvoorbeeld een psychiater of psychotherapeut. Als dat nodig is, wordt u opgenomen in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

U krijgt altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. De regiebehandelaar stelt een diagnose, maakt samen met u een behandelplan, en behandelt u. Hij kan daarnaast andere behandelaars inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en afstemming. Hij beheert ook uw dossier. Wie regiebehandelaar mogen zijn, staat hieronder bij 'Hier kunt u terecht'.

De basisverzekering vergoedt gespecialiseerde ggz vanaf 18 jaar. Is opname nodig voor een goed resultaat van de behandeling? Dan vergoedt de basisverzekering die ook. Met daarbij, als dat nodig is: verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen en hulp- en verbandmiddelen. Krijgt u tijdens de opname ook dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

Hier kunt u terecht

- zelfstandige zorgverlener met nummer 1, 2, 3 of 4 hieronder
- ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Daar kan uw regiebehandelaar elk van de 8 zorgaanbieders hieronder zijn, maar bij opname alleen nummers 1 en 4. Zij mogen wel toestemming geven dat u de regiebehandelaar van voor uw opname houdt

1. klinisch psycholoog
2. psychotherapeut
3. klinisch neuropsycholoog
4. psychiater
5. gezondheidszorgpsycholoog¹
6. verpleegkundig specialist ggz
7. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
8. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts

Overgangsregeling 18-jarigen

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na de 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar (een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist) dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen naar een basisverzekering-regiebehandelaar.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van eenvoudige psychische stoornissen die in de generalistische basis-ggz of met psychische zorg bij de huisarts kunnen worden behandeld
- behandeling van werkproblemen², relatieproblemen en aanpassingsstoornissen³
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het dynamisch overzicht psychologische interventies ggz⁴

¹ Ook: gz-psycholoog

² Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid

³ Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een gerichte verwijzing hebben van uw huisarts of een medisch specialist. Dit betekent dat de huisarts of medisch specialist vindt dat de gespecialiseerde ggz de meest geschikte behandelvorm is. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

Als u onder behandeling bent in de generalistische basis-ggz, dan kan uw regiebehandelaar u doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

Voor opname moet u ons soms vooraf toestemming vragen

Dit geldt voor:

- behandeling met opname van: aan alcohol gebonden stoornis, overige aan een middel gebonden stoornis of eetstoornis. Bij acute zorg moet u de toestemming binnen de eerste behandelmaand (laten) aanvragen
- opname langer dan 1 jaar. U moet dan uiterlijk in de 10e maand een aanvraag indienen

Uw zorgverlener kan de toestemming¹ voor u aanvragen.

Als u de aanvraag ter attentie van onze medisch adviseur laat sturen, wordt deze door haar ingezien en beoordeeld.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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

Een psychische stoornis volgens de DSM

Ggz valt onder de basisverzekering, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de gespecialiseerde ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uw zorgverlener moet een kwaliteitsstatuut hebben

Daar staat in aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor gespecialiseerde ggz en opname dan in Nederland. Daardoor is misschien niet alles verzekerd. Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf.

Er kan een diagnose op uw rekening staan

Wilt u dat niet? Dan kunt u met uw behandelaar een 'privacyverklaring' ondertekenen en die naar ons sturen. Uw zorgverlener weet hoe dit werkt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Anticonceptie

Vergoedingen

Anticonceptiegeneesmiddelen
Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)

Anticonceptiegeneesmiddelen

Om zwangerschap te voorkomen.

Wat u vergoed krijgt

Anticonceptiemiddelen zijn middelen om zwangerschap te voorkomen. Ze worden ook wel voorbehoedsmiddelen genoemd.

De meeste anticonceptiemiddelen zijn geneesmiddelen. Dit zijn bijvoorbeeld de (prik)pil, de anticonceptiepleister en het hormoonspiraaltje. Daarvoor geldt de vergoeding die u nu leest.

Het pessarium en het koperspiraaltje zijn geen geneesmiddelen, maar hulpmiddelen. Ze vallen onder de vergoeding [Hulpmiddelen voor anticonceptie](#).

De **basisverzekering** vergoedt [geneesmiddelen](#) voor anticonceptie tot 21 jaar.

De basisverzekering vergoedt geneesmiddelen voor anticonceptie ook vanaf 21 jaar, maar dan alleen bij deze 2 indicaties:

- endometriose (aandoening van het baarmoederslijmvlies)
- menorrhagie (hevig bloedverlies), als u daardoor bloedarmoede heeft

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden geneesmiddelen voor anticonceptie vanaf 21 jaar.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- condooms

Andere vergoedingen

- Een spiraaltje koopt u zelf, maar laat u plaatsen (en verwijderen) door de huisarts of een verloskundige. Die kosten vallen onder de vergoeding [De huisarts](#). Plaatsen en verwijderen kunnen ook in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Dat valt onder de vergoeding [Medisch specialist](#). Dan koopt u het spiraaltje niet zelf, en vergoeden wij het niet apart.
- De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook [sterilisatie](#).

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Tot 21 jaar 100%, vanaf 21 jaar alleen bij bepaalde aandoeningen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	100%
Optifit	100%
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

De eigen bijdrage

Voor geneesmiddelen voor anticonceptie geldt soms een wettelijke eigen bijdrage. Op medicijnkosten.nl kunt u zien of er een wettelijke eigen bijdrage geldt. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden de eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben

Wij vergoeden geneesmiddelen voor anticonceptie alleen als ze zijn voorgeschreven door een (huis)arts, medisch specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant¹.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)

Om zwangerschap te voorkomen. Of juist weer mogelijk te maken.

Wat u vergoed krijgt

Wilt u geen kinderen (meer)? Een sterilisatie is een meestal blijvende manier om zwangerschap te voorkomen. Dit kan bij een vrouw, maar ook bij een man. Dan spreken we ook wel van 'vasectomie'. Met een hersteloperatie (refertilisatie) kan de sterilisatie soms weer ongedaan worden gemaakt.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden alleen sterilisatie. Topfit en Superfit vergoeden sterilisatie en een hersteloperatie. Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- medisch specialist
- voor vasectomie: huisarts

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Sterilisatie man: € 350 Sterilisatie vrouw: € 1.000 Maximaal, voor hele looptijd verzekering Geen vergoeding voor hersteloperatie
Optifit	Sterilisatie man: € 400 Sterilisatie vrouw: € 1.200 Maximaal, voor hele looptijd verzekering Geen vergoeding voor hersteloperatie
Topfit	100% sterilisatie en hersteloperatie
Superfit	100% sterilisatie en hersteloperatie

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die de huisarts of de medisch specialist normaal gesproken bij sterilisatie en refertilisatie verleent. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Alternatief Vergoedingen

Alternatieve geneeswijzen

Alternatieve geneeswijzen

Een aanvulling op reguliere behandelingen.

Wat u vergoed krijgt

Alternatieve geneeswijzen zijn onderzoeken en behandelingen waarvan de werking (nog) niet wetenschappelijk is vastgesteld.

De **basisverzekering** vergoedt alternatieve geneeswijzen niet.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden alternatieve consulten en behandelingen gericht op (het genezen van) een aandoening. De maximale vergoeding per consult of behandeling staat hieronder. Wij vergoeden maximaal 1 consult of behandeling per dag.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook geregistreerde¹ homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, en (laboratorium)onderzoek dat voor uw behandeling nodig is.

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor de consulten en behandelingen en (bij Optifit en hoger) geneesmiddelen en (laboratorium)onderzoek samen.

Hier kunt u terecht

- arts
- behandelaar die volwaardig lid is van een door ons erkende beroepsorganisatie², en voldoet aan de PLATO-eisen³
- voor geneesmiddelen: apotheek of apotheekhoudende huisarts

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 30 per consult of behandeling, tot € 400 Maximaal per behandeling/kalenderjaar Geen geneesmiddelen en (lab)onderzoek
Benfit	€ 30 per consult of behandeling, tot € 500 Maximaal per behandeling/kalenderjaar Geen geneesmiddelen en (lab)onderzoek
Optifit	€ 65 per consult of behandeling + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen samen tot € 750 Maximaal per behandeling/kalenderjaar
Topfit	€ 65 per consult of behandeling + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen samen tot € 1.000 Maximaal per behandeling/kalenderjaar
Superfit	€ 75 per consult of behandeling + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen samen tot € 1.500 Maximaal per behandeling/kalenderjaar

¹ Deze hebben een RVG of RVH nummer gekregen van het CBG

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

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/plato-eisen

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Let er op dat uw zorgverlener arts is, of volwaardig lid is van een door ons erkende beroepsorganisatie en voldoet aan de PLATO-eisen

Zorg van andere zorgverleners vergoeden wij niet.

Voor laboratoriumonderzoek en geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw arts of behandelaar

Geneesmiddelen haalt u bij de apotheek of apotheekhoudende huisarts

De geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die u ergens anders haalt, vergoeden wij niet.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die normaal gesproken binnen het beroepsprofiel van de arts of behandelaar valt. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is. Activiteiten die niet gericht zijn op (genezing van) een aandoening vergoeden wij niet. Dit geldt bijvoorbeeld voor Yoga en Mindfulness.

Wij vergoeden maximaal de gebruikelijke tarieven van de beroepsgroep

U vindt die meestal op internet.

Horen, zien en spreken

Vergoedingen

Audiologische zorg

Orthoptie

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Logopedie

Bril, (contact)lenzen en ooglaseren

Stottertherapie

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Audiologische zorg

Ik hoor het gesprek wel, maar kan het niet goed verstaan. Herkenbaar?

Wat u vergoed krijgt

Gehoorproblemen ontstaan geleidelijk, bijvoorbeeld door ouderdom. Of plotseling, door bijvoorbeeld ziekte. Als u uw gehoorprobleem als storend ervaart, kan de huisarts of een andere zorgverlener u verwijzen naar een audiologisch centrum.

In een audiologisch centrum werkt een team van specialisten op het gebied van gehoorproblemen en problemen die daarmee samenhangen, zoals spraakproblemen.

De basisverzekering vergoedt audiologische zorg door een audiologisch centrum. Daaronder valt:

- onderzoek naar uw gehoor
- advies over het kopen van een hoortoestel
- voorlichting over het gebruik van uw hoortoestel
- psychosociale zorg als u die nodig heeft door uw gehoorprobleem
- hulp bij het stellen van een diagnose bij taal- en spraakstoornissen voor kinderen

Heeft u hoorapparatuur nodig? Dan geldt daarvoor de vergoeding Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij een audiologisch centrum
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar het audiologisch centrum gaat, moet u een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, kinderarts of KNO-arts.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Orthoptie

Een lui oog, scheel zien ... de orthoptist helpt u weer goed te kijken.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u of uw kind een lui oog, last van scheelzien of dubbelzien? Of problemen met scherp zien? Dan kunt u terecht bij een orthoptist. Die onderzoekt en behandelt oogandoeningen die te maken hebben met de stand en de samenwerking van de ogen, en het kijken. We noemen deze zorg orthoptie.

Wij vergoeden orthoptie voor kinderen en voor volwassenen.

De meeste orthoptisten werken op de afdeling oogheelkunde van een ziekenhuis, of in een oogkliniek. Als de huisarts u of uw kind naar de oogarts verwijst, krijgt u vaak ook met een orthoptist te maken. De orthoptist voert dan voor de oogarts een deel van het onderzoek uit. Onderzoek en behandeling door de orthoptist vallen dan onder de vergoeding Medisch specialist.

De orthoptist kan ook zelfstandig werken, in het ziekenhuis of in een eigen praktijk. Dan geldt de vergoeding die u nu leest. U kunt de orthoptist dan rechtstreeks bezoeken, zonder verwijzing.

De **basisverzekering** vergoedt zorg door een zelfstandig werkende orthoptist, maar alleen als het gaat om onderzoek en behandeling van de volgende 5 aandoeningen:

- lui oog (amblyopie)
- scheelzien (strabismus)
- dubbelzien (diplopie)
- vermoeide ogen (asthenopie)
- problemen met scherp zien (refractieafwijkingen)

Wilt u voor andere klachten naar de orthoptist, bijvoorbeeld omdat u leesproblemen heeft, of hoofdpijn? Dat kan. De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden orthoptie tot een maximumbedrag per kalenderjaar.

Gaat u naar de zelfstandig werkend orthoptist? Als deze de indicatie op de nota vermeldt, kunnen wij uw declaratie sneller afhandelen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij 5 aandoeningen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar
Optifit	€ 750 Maximaal per kalenderjaar
Topfit	€ 1.000 Maximaal per kalenderjaar
Superfit	€ 1.500 Maximaal per kalenderjaar

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Voor de zelfstandig werkende orthoptist heeft u geen verwijzing nodig

Voor de oogarts moet u wel vooraf een verwijzing hebben. Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zo zelfstandig mogelijk functioneren bij problemen met horen, zien of taal.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u ernstige problemen met zien of horen, of ernstige spraak- en taalmoelijkheden? Zintuiglijk gehandicaptenzorg is de zorg die u helpt om daarmee zo zelfstandig mogelijk te functioneren.

De zorg kan bestaan uit onderzoek van de beperking, maar kan ook gericht zijn op het opheffen of compenseren ervan, door bijvoorbeeld het aanleren van brailleschrift of gebarentaal. Gezinsleden of verzorgers kunnen bij de behandeling betrokken worden, zodat ook zij bijvoorbeeld gebarentaal kunnen leren. Ook het psychisch leren omgaan met de handicap maakt onderdeel uit van de zorg.

U wordt voor deze zorg meestal niet opgenomen.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg krijgt u van een team van specialisten uit verschillende vakgebieden, bijvoorbeeld een psycholoog, orthopedagoog en een ergotherapeut. We noemen dat multidisciplinair.

De basisverzekering vergoedt de multidisciplinaire zintuiglijk gehandicaptenzorg als u 1 of meer van deze 3 beperkingen heeft:

- u bent doof of slechthorend (een auditieve beperking)
- u bent blind of slechtziend (een visuele beperking)
- u bent jonger dan 23 en heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal (een communicatieve beperking die het gevolg is van een taalontwikkelingsstoornis)

Kan de behandeling alleen slagen als u daarvoor tijdelijk wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering ook de opname.

Bent u blind of slechtziend en kunt u zich niet zonder begeleiding verplaatsen? Dan vergoeden wij mogelijk zittend ziekenvervoer voor u.

Hier kunt u terecht

Een instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg. De instelling moet de kwaliteitskeurmerken ISO of HKZ hebben, en wettelijk toegelaten zijn voor de zorg of aangesloten bij VIVIS¹ of SIAC².

Een multidisciplinair team verleent de zorg.

Dit wordt niet vergoed

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolk)
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan volwassen doofblinden en prelinguaal doven³

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

² Meer informatie leest u op: www.siac.nu

³ Mensen die doof zijn vanaf de geboorte of heel jonge leeftijd, voordat de taalontwikkeling begint

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% De zorg en medisch noodzakelijke opname
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben:

- bij een auditieve of communicatieve beperking moet een medisch specialist of klinisch fysicus-audioloog van een audiolologisch centrum u verwijzen, volgens de richtlijnen van de FENAC¹
- bij een visuele beperking moet een medisch specialist u verwijzen volgens de richtlijnen 'Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing' van het NOG². Volwassenen met een eenvoudige revalidatievraag hebben geen nieuwe verwijzing nodig

Als u na deze eerste verwijzing een nieuwe zorgvraag heeft, zonder dat er iets aan uw aandoening is veranderd, dan kan ook uw huisarts of de jeugdarts verwijzen.

Voor opname moet u vooraf toestemming hebben

Moet u voor de zorg worden opgenomen? Dan moeten wij vooraf toestemming³ hebben gegeven. De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van de hoofdbehandelaar.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van uw beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

¹ Federatie van Nederlandse Audiologische Centra

² Meer informatie leest u op: www.oogheelkunde.org

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

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Logopedie

Lo-go-pe-die: bij problemen met de stem of het spreken.

Wat u vergoed krijgt

Als er iets misgaat bij een alledaagse bezigheid als spreken, ademen of slikken kan dat een grote invloed hebben op uw leven. Bij kinderen kan het ook hun ontwikkeling in de weg staan.

De logopedist behandelt problemen die te maken hebben met de stem, spreken en slikken. Bij kinderen en volwassenen. Stotteren is een bekend voorbeeld van zo'n probleem. Maar het kan bijvoorbeeld ook gaan om vaak hees zijn of verslikken, of het niet kunnen uitspreken van bepaalde woorden of klanken. De zorg van een logopedist heet logopedie.

De basisverzekering vergoedt logopedie die een geneeskundig doel heeft. Dat betekent dat de behandeling te maken moet hebben met het functioneren van bijvoorbeeld uw mondspieren, uw stembanden of de ademhaling.

De basisverzekering vergoedt niet:

- behandeling van dyslexie
- behandeling van taalproblemen veroorzaakt door dialect of doordat u een andere moedertaal heeft
- behandeling om onderwijs te ondersteunen
- muziektherapie

Hier kunt u terecht

- logopedist

Voor 4 soorten behandelingen kunt u alleen terecht bij een gespecialiseerde logopedist. Deze behandelingen zijn:

- behandeling van stotteren
- behandeling van afasie
- preverbale logopedie
- het Hanen ouderprogramma

U vindt de gespecialiseerde logopedisten in de registers van de NVLF¹.

¹ Meer informatie leest u op: www.nvlf.nl/paginas/openbaar/vakgebied/kwaliteit/kwaliteitsregisters/nvlf-registers

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

Bril, (contact)lenzen en ooglaseren

Ziet u niet scherp meer?

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt brillenglazen en lenzen alleen als u ze op medische indicatie moet gebruiken, bijvoorbeeld omdat u een oogaandoening heeft. Ze vallen dan onder de vergoeding Brillen en lenzen bij medische indicatie.

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

Heeft u geen medische indicatie, maar wel een bril of lenzen nodig vanwege bij- of verziendheid? Of overweegt u ooglaseren?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden:

- brillenglazen met of zonder montuur
- prismabril¹
- contactlenzen, nachtlenzen, torische lenzen
- geïmplanteerde lenzen
- ooglaserverhandeling
- reparatie van de bril

De brillenglazen en lenzen moeten versterkend zijn of een corrigerende werking hebben.

Er geldt een maximale vergoeding per 2 aansluitende kalenderjaren. Voor de maximale vergoeding in dit jaar telt de vergoeding in het vorige kalenderjaar mee. Wij vergoeden dus nooit meer dan de maximale vergoeding min het bedrag dat u vorig jaar vergoed heeft gekregen. De maximale vergoeding voor de 2 jaren staat hieronder.

Hier kunt u terecht

- bril en contactlenzen: opticien
- ooglaseren en geïmplanteerde lenzen: ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC)²

Dit wordt niet vergoed

- contactlensvloeistof
- los brilmontuur
- brillenkoker en andere accessoires
- oogmeting (refractiemeting) en oogcontrole, aanmeetkosten en aanpassingskosten
- duikbril
- floaterlaseren³

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij medische indicatie Volgens vergoeding <u>brillen en lenzen bij medische indicatie</u>
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	€ 175 Maximaal per 2 aansluitende kalenderjaren, voor brillenglazen, lenzen en ooglaseren samen
Topfit	€ 350 Maximaal per 2 aansluitende kalenderjaren, voor brillenglazen, lenzen en ooglaseren samen
Superfit	€ 500 Maximaal per 2 aansluitende kalenderjaren, voor brillenglazen, lenzen en ooglaseren samen

¹ Een bril tegen dubbelzien

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

³ Laseren tegen vlekken die u ziet zweven

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Declareer bij een nieuwe bril montuur en glazen samen

Heeft u een nieuwe bril? Declareer deze dan als één geheel. Een los montuur vergoeden wij namelijk niet.

Zorg dat notagegevens compleet zijn

Dit moet op de nota voor een bril of (contact)lenzen staan:

- naam en geboortedatum
- soort brillenglazen of (contact)lenzen
- correctie of sterkte
- gegevens van het montuur
- bedrag van de brillenglazen, (contact)lenzen en het montuur
- als u korting krijgt: voor welke onderdelen die geldt

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Stottertherapie

Komt u door stotteren niet uit uw woorden?

Wat u vergoed krijgt

Bij stotteren verloopt de spraak niet vloeiend. U herhaalt klanken of woorden, of blokkeert bij het spreken. Met stottertherapie is daar vaak wat aan doen. Voorbeelden van stottertherapie zijn de Del Ferro methode, het McGuire programma en de BOMA-methode.

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden stottertherapie. Voor Extrafit, Benfit en Optifit geldt een maximale vergoeding per verzekerde. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- instituut voor stottertherapie

Dit wordt niet vergoed

- overnachting
- maaltijden tijdens de therapie

Andere vergoedingen

U kunt ook naar een logopedist gaan als u stottert. Dat valt onder de vergoeding [Logopedie](#).

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 350 Maximaal, 1 keer per verzekerde
Benfit	€ 350 Maximaal, 1 keer per verzekerde
Optifit	€ 500 Maximaal, 1 keer per verzekerde
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt rechtstreeks naar het instituut gaan.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Hulpmiddelen Vergoedingen

Hulpmiddelen
Steunpessarium

Hulpmiddelen

Heeft u hulpmiddelen nodig voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging?

Wat u vergoed krijgt

Hulpmiddelen helpen om het dagelijkse leven met een ziekte of een aandoening makkelijker te maken. Of helpen u om (langer) thuis te kunnen blijven wonen. Er zijn veel soorten hulpmiddelen, en ook verschillende manieren waarop u ze vergoed krijgt. Voor sommige hulpmiddelen moet u bijvoorbeeld naar de gemeente, of naar het zorgkantoor.

De vergoeding die u nu leest, gaat over hulpmiddelen die onder de basisverzekering vallen. De **basisverzekering** vergoedt hulpmiddelen en verbandmiddelen die nodig zijn als u herstelt van een ziekte of aandoening, of met een ziekte of aandoening moet leven. Welke (groepen van) hulpmiddelen dat zijn staat hieronder, bij 'Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering'. Via die lijst kunt u doorklikken naar de vergoeding. Daar staat in waar u recht op heeft en wat de voorwaarden zijn. Bijvoorbeeld of u een voorschrift nodig heeft, of vooraf toestemming moet vragen. En hoe het zit met het eigen risico en de eigen bijdrage.

Voor deze hulpmiddelen zijn altijd de basisregels hulpmiddelen van toepassing. Daar staat bijvoorbeeld in dat u hulpmiddelen zorgvuldig moet gebruiken en onderhouden. En hoe het zit met vervanging, reparatie en onderhoud.

Staat in de vergoeding dat u voor het hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage betaalt? De **aanvullende verzekeringen** Benefit en hoger vergoeden de wettelijke eigen bijdrage. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat hieronder.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

- [borstprothesen](#)
- [brillen en lenzen bij medische indicatie](#)
- [CPAP-apparatuur](#)
- [Daisyspelers](#)
- [hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#)
- [hulphonden](#)
- [hulpmiddelen bij diabetes](#)
- [hulpmiddelen bij huidproblemen](#)
- [hulpmiddelen bij pijnbestrijding \(TENS\)](#)
- [hulpmiddelen bij problemen met ademen](#)
- [hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting](#)
- [hulpmiddelen bij problemen met horen](#)
- [hulpmiddelen bij problemen met spreken](#)
- [hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [hulpmiddelen bij trombose](#)
- [hulpmiddelen bij vaatproblemen](#)
- [hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)
- [hulpmiddelen voor anticonceptie](#)
- [incontinentiemateriaal](#)
- [infuuspomp](#)
- [injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen](#)
- [kappen voor schedelbescherming](#)
- [kortdurende uitleen van hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [MRA](#)
- [orthesen](#)
- [orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen](#)
- [persoonsalarmering](#)
- [pruik](#)
- [prothesen](#)
- [steunkousen](#)
- [verbandmiddelen](#)
- [verbandsschoenen](#)
- [voedingssonde en voedingspomp](#)
- [woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse](#)
- [zuurstofapparatuur](#)

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

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

Andere vergoedingen

De hulpmiddelen hierboven vallen onder de basisverzekering. Er zijn ook hulpmiddelen die onder de aanvullende verzekering vallen. Daarvoor gelden de basisregels hulpmiddelen niet.

- [bril, \(contact\)lenzen en ooglaseren](#)
- [loophulpmiddelen](#)
- [plaswekker](#)
- [steunpessarium](#)
- [steunzolen](#)
- [verbandmiddelen voor huidaandoening of wond](#)

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (exclusief eigen bijdrage) Volgens de 'Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering'
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Voor wettelijke eigen bijdragen
Optifit	€ 500 Voor wettelijke eigen bijdragen
Topfit	€ 1.000 Voor wettelijke eigen bijdragen
Superfit	Wettelijke eigen bijdragen 100%

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Soms wordt het hulpmiddel vergoed via het ziekenhuis

Is het hulpmiddel onderdeel van een behandeling door de medisch specialist? Of wordt het geïmplanteerd? Dan valt het hulpmiddel onder de vergoeding [Medisch specialist](#). Wij vergoeden het dan niet apart.

Vanaf 2019 is er geen reglement hulpmiddelen meer

Dat gold tot en met 2018. Waar u in 2019 recht op heeft, staat in de basisregels hulpmiddelen en in de 'Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering' in de lijst hierboven.

De overheid heeft een handig overzicht van hulpmiddelen

Dit is de hulpmiddelenwijzer¹. Heeft u toch nog vragen? Ons Service Center helpt u verder.

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

Steunpessarium

Een oplossing voor bekkenbodemp Problemen bij de vrouw.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u bekkenbodempklachten, bijvoorbeeld een verzakking van uw blaas of baarmoeder? Een steunpessarium kan verlichting geven of uw klachten verhelpen.

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden de kosten van een steunpessarium, als de huisarts het plaatst.

Hier kunt u terecht

- huisarts

Gaat u voor ernstige klachten naar het ziekenhuis? Dan valt dat onder de vergoeding Medisch specialist.

Vergoeding per verzekering

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Huid en haar Vergoedingen

Acnebehandeling
Camouflage-instructie
Elektrische epilatie en laserbehandeling
Psoriasisdagbehandeling
Pedicure bij diabetes en reuma

Acnebehandeling

De juiste behandeling bij acne.

Wat u vergoed krijgt

Acne is een ontsteking van de talgklieren in het gezicht, op de borst of op de rug. Als u er vaak of lang last van heeft, kan de huisarts u ervoor behandelen, of u doorverwijzen naar een huidarts (dermatoloog).

De huidarts kan acnebehandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voorschrijven. U blijft dan (als dat nodig is) onder behandeling bij de huidarts en gaat daarnaast naar de huidtherapeut of de schoonheidsspecialist.

De behandeling die u daar krijgt wordt op uw situatie afgestemd. Daarom stelt de huidtherapeut of schoonheidsspecialist eerst een zorgprofiel voor u vast. Dat geeft aan welke soort acne u heeft, welke behandelingen nodig zijn, en wie de zorg verleent.

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden de kosten van de behandeling van actieve acne. De behandeling van littekens van genezen acne valt daar niet onder. De vergoeding geldt tot 21 jaar, behalve bij Superfit. Die vergoedt de zorg ook vanaf 21 jaar.

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

Hier kunt u terecht

- huidtherapeut¹
- schoonheidsspecialist²

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar, tot 21 jaar
Benfit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar, tot 21 jaar
Optifit	100% Tot 21 jaar
Topfit	100% Tot 21 jaar
Superfit	100% Alle leeftijden

¹ Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

² Deze moet lid zijn van de ANBOS

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift van uw dermatoloog meesturen

U stuurt dit voorschrift mee met uw eerste declaratie.

Uw zorgprofiel moet op de nota staan

Nota's waar geen zorgprofiel op staat vergoeden wij niet.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

Camouflage-instructie

Leren om een ontsierende huidafwijking te verbergen.

Wat u vergoed krijgt

Als u littekens of huidvlekken op uw gezicht of in uw hals heeft, wilt u die misschien met professionele cosmetica verbergen. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist kan u leren hoe dat gaat. We noemen dat camouflage-instructie. U bespreekt samen welke producten u het beste kunt gebruiken, en u oefent hoe u die aanbrengt, fixeert en verwijdert.

Heeft u een ernstig ontsierende huidafwijking op uw gezicht of in uw hals? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger camouflage-instructie. Topfit en Superfit vergoeden camouflage-instructie ook als er een andere medische reden is.

Extrafit, Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding van € 70 per kalenderjaar. Bij Topfit en Superfit is de maximale vergoeding € 120 per kalenderjaar. Wij vergoeden maximaal 2 instructielessen per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

- huidtherapeut²
- schoonheidsspecialist³

Dit wordt niet vergoed

- schoonheidsbehandeling
- camouflageproducten voor thuis

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

² Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

³ Deze moet lid zijn van de ANBOS

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 70 Maximaal per kalenderjaar, voor maximaal 2 instructielessen
Benfit	€ 70 Maximaal per kalenderjaar, voor maximaal 2 instructielessen
Optifit	€ 70 Maximaal per kalenderjaar, voor maximaal 2 instructielessen
Topfit	€ 120 Maximaal per kalenderjaar, voor maximaal 2 instructielessen
Superfit	€ 120 Maximaal per kalenderjaar, voor maximaal 2 instructielessen

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de instructie die huidtherapeuten en schoonheidsspecialisten normaal gesproken voor de camouflage van ernstige huidafwijkingen verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

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

Elektrische epilatie en laserbehandeling

Een oplossing voor overbeharing in het gezicht.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u in uw gezicht last van haargroei waar u die niet wilt? Met elektrische epilatie of laserbehandeling kunt u het haar weg laten halen. Als het gaat om 'gewone haargroei' zoals de meeste mensen die hebben, worden de kosten niet vergoed.

Heeft u last van meer dan gewone (dus overmatige) haargroei op uw gezicht? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger de kosten van elektrische epilatie en laserbehandeling wel. Overmatige haargroei kan bijvoorbeeld komen door de aandoeningen hirsutisme of hypertrichose. U heeft dan haar waar andere mensen dat niet hebben, of opvallend veel haargroei.

Er geldt een maximale vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar.

Hier kunt u terecht

- huidtherapeut¹
- schoonheidsspecialist²
- medisch specialist

Dit wordt niet vergoed

- weghalen van haar op de hals of andere lichaamsdelen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 150 Maximaal, voor hele looptijd verzekering
Benefit	€ 350 Maximaal, voor hele looptijd verzekering
Optifit	€ 750 Maximaal, voor hele looptijd verzekering
Topfit	€ 1.500 Maximaal, voor hele looptijd verzekering
Superfit	€ 2.000 Maximaal, voor hele looptijd verzekering

¹ Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

² Deze moet lid zijn van de ANBOS

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Op de nota moet staan welk gebied behandeld is

Wij vergoeden alleen behandeling van het gezicht.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die huidtherapeuten, schoonheidsspecialisten en medisch specialisten normaal gesproken verlenen bij ontsierende overbeharing. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

Psoriasisdagbehandeling

Psoriasis is nog niet te genezen. Wel kunnen de symptomen behandeld worden.

Wat u vergoed krijgt

Psoriasis is een chronische huidziekte die pijn en jeuk geeft. Voor behandeling ervan gaat u naar de huisarts of de medisch specialist. Die zorg valt onder de **basisverzekering**.

Voor aanvullende behandeling kunt u naar een psoriasisdagbehandelingscentrum gaan. Daar krijgt u bijvoorbeeld lichttherapie of badtherapie.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit, Benfit en Optifit vergoeden die zorg tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- psoriasisdagbehandelingscentrum

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar
Benfit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet soms een voorschrift hebben van uw arts

Dit geldt voor Extrafit, Benfit en Optifit. Wij kunnen dit voorschrift bij u of bij uw zorgverlener opvragen. Bij Topfit en Superfit heeft u geen voorschrift nodig.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Pedicure bij diabetes en reuma

Bij diabetes en reuma is goede voetzorg belangrijk.

Wat u vergoed krijgt

Als u diabetes (diabetes mellitus, suikerziekte) of reuma (reumatoïde artritis) heeft, zijn uw voeten extra kwetsbaar. Goede voetzorg kan dan problemen voorkomen.

Heeft u diabetes, en heeft u bij de jaarlijkse voetcontrole van de huisarts zorgprofiel 2, 3 of 4 gekregen? Dan vergoedt de **basisverzekering** voetzorg volgens de vergoeding [Voetzorg bij diabetes](#).

Als u diabetes heeft en zorgprofiel 1 heeft gekregen, of als u reuma heeft, geldt de vergoeding die u nu leest.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden dan voetzorg door een pedicure. Orthesen en nagelbeugels die daarbij nodig zijn, vergoeden wij ook.

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

Hier kunt u terecht

- pedicure met aantekening 'Diabetische voet'
- pedicure met aantekening 'Reumatische voet'
- medisch pedicure

De pedicure moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Pedicures¹. Voor de medisch pedicure mag dat ook het Register Paramedische Voetzorg² of het Kwaliteitsregister van Kabiz³ zijn.

Dit wordt niet vergoed

- voetverzorging zoals eelt verwijderen of nagels knippen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Voetzorg bij diabetes Als u zorgprofiel 2 of hoger heeft, volgens voetzorg bij diabetes
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 100 Maximaal per kalenderjaar Bij diabetes (alleen zorgprofiel 1) of reuma
Optifit	€ 200 Maximaal per kalenderjaar Bij diabetes (alleen zorgprofiel 1) of reuma
Topfit	100% Bij diabetes (alleen zorgprofiel 1) of reuma
Superfit	100% Bij diabetes (alleen zorgprofiel 1) of reuma

¹ Zie hiervoor: www.kwaliteitsregisterpedicures.nl

² Zie hiervoor: stipezo.nl/register

³ Zie hiervoor: www.kabiz.nl/raadplegenregister

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Zorg van de pedicure bij diabetes (zorgprofiel 1) en reuma valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Aandoening (en zorgprofiel) moeten op de nota staan

Op de nota van de pedicure moet staan of het om voetzorg bij diabetes of bij reuma gaat. En bij diabetes ook welk zorgprofiel u heeft.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de voetzorg die pedicures normaal gesproken verlenen bij diabetes (zorgprofiel 1) of reuma. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Vervoer

Vergoedingen

Ambulancevervoer
Zittend ziekenvervoer
Reiskosten voor ziekenbezoek

Ambulancevervoer

Bij levensgevaar belt u alarmnummer 112 voor een ambulance. De basisverzekering vergoedt dat.

Wat u vergoed krijgt

Ambulancevervoer is medisch noodzakelijk vervoer per ambulance-auto. Vaak gaat het om spoedeisend vervoer bij bijvoorbeeld een ongeval of een hartinfarct. Maar de ambulance kan ook ingezet worden als er geen spoed is. Bijvoorbeeld om u van een ziekenhuis naar een verpleeghuis te brengen als u alleen liggend vervoerd mag worden.

De basisverzekering vergoedt ambulancevervoer over een reisafstand van maximaal 200 kilometer (enkele reis) als gebruik van openbaar vervoer, taxi of eigen auto medisch onverantwoord is. In een spoedsituatie, zoals bij een ongeval, vergoedt de basisverzekering ook vervoer door een (trauma)helikopter.

Het moet gaan om vervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg krijgt uit de basisverzekering
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of een instelling, als u daar vanuit de Wlz onderzoek of behandeling krijgt. Onder behandeling valt ook het aanmeten en passen van een prothese
- als u jonger bent dan 18 jaar: naar een zorgverlener of instelling voor geestelijke gezondheidszorg volgens de Jeugdwet

In al deze situaties vergoedt de basisverzekering ook het vervoer terug naar uw huis. Of, als u (nog) niet zelfstandig thuis kunt zijn, naar de plek waar u verzorgd wordt.

Dit wordt niet vergoed

- ambulancevervoer naar dagbesteding in een Wlz-instelling

Kunt u niet zelfstandig reizen, maar is vervoer met de ambulance niet nodig? In sommige gevallen wordt zittend ziekenvervoer vergoed.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Tot 200 kilometer
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Bij meer dan 200 kilometer of een afwijkend vervoermiddel moet u toestemming vragen

Moet u, in een niet-spoedeisende situatie, over een grotere afstand dan 200 km vervoerd worden? Of moet een ander vervoermiddel worden ingezet? Wij kunnen daar in bijzondere gevallen toestemming voor geven. U of uw behandelend arts moet de toestemming¹ vooraf aanvragen. In spoedeisende situaties is geen toestemming vooraf nodig.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Zittend ziekenvervoer

Mag ik met de taxi naar het ziekenhuis?

Wat u vergoed krijgt

Soms is het om een medische reden niet mogelijk om zelf voor behandeling naar het ziekenhuis of een zorgverlener te reizen. Zo'n reden kan bijvoorbeeld zijn dat u aan een rolstoel bent gebonden, of slechtziend bent. Dit noemen we 'zittend ziekenvervoer'.

De **basisverzekering** vergoedt zittend ziekenvervoer in de volgende 5 situaties:

1. u krijgt nierdialyse
2. u krijgt oncologische behandeling met chemotherapie, immuuntherapie of bestraling (radiotherapie)
3. u kunt zich alleen in een rolstoel verplaatsen
4. u heeft een beperkt gezichtsvermogen en kunt zich niet zonder begeleiding verplaatsen
5. u bent jonger dan 18 jaar en u heeft intensieve kindzorg²

Het moet gaan om vervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg krijgt die de basisverzekering vergoedt (bij 1 en 2: voor de behandeling zelf en de afspraken die daarbij horen, zoals consulten, onderzoeken en controles)
- naar een instelling waarin u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling naar een zorgverlener of een instelling als u daar onderzoek of behandeling krijgt die de Wlz vergoedt. Onder behandeling valt ook het aanmeten en passen van een prothese
- als u jonger bent dan 18 jaar: naar een zorgverlener of instelling voor geestelijke gezondheidszorg volgens de Jeugdwet

De basisverzekering vergoedt ook het vervoer terug naar uw huis. Of, als u (nog) niet zelfstandig thuis kunt zijn, naar de plek waar u verzorgd kunt worden.

Wij vergoeden het zittend ziekenvervoer over een reisafstand van maximaal 200 kilometer enkele reis. Als u van ons toestemming heeft gekregen voor een behandeling die verder weg is dan 200 kilometer, dan vergoeden wij over de langere afstand.

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

² Dat betekent: u heeft verpleging en verzorging nodig door complexe lichamelijke problemen of een lichamelijke handicap. U heeft ook continu toezicht nodig, of er moet altijd verpleegkundige zorg dichtbij zijn

Ook vergoedt de basisverzekering het vervoer van een begeleider bij een kind jonger dan 16 jaar. En boven die leeftijd, als begeleiding noodzakelijk is. Zijn er 2 begeleiders nodig? Dan vergoeden wij dat alleen als u daarvoor vooraf toestemming van ons heeft gekregen.

De vergoeding van de basisverzekering is:

- auto: € 0,30 per kilometer
- openbaar vervoer: volledig, op basis van 2e klasse
- (rolstoel)taxi: volledig

Is situatie 1 tot en met 5 niet op u van toepassing, maar heeft u door een ziekte of aandoening voor een lange tijd ziekenvervoer nodig? Dan is soms vergoeding mogelijk op grond van de zogenaamde hardheidsclausule¹. Dit hangt af van hoe vaak u moet reizen en van de reisafstand. Denkt u dat dit voor u geldt of wilt u dat wij het voor u uitrekenen? Neem dan contact met ons op.

Bent u donor en staat u een orgaan of weefsel af aan iemand anders? Dan geldt een aparte regeling voor de vergoeding van vervoer bij orgaantransplantatie.

Bent u opgenomen in een ggz-instelling en maakt dagbesteding onderdeel uit van de behandeling? Dan valt het vervoer naar de dagbesteding onder die vergoeding.

Voor de vergoeding van ziekenvervoer door de basisverzekering geldt een eigen bijdrage van € 103 per kalenderjaar. De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden deze eigen bijdrage.

Vergoedt de basisverzekering uw vervoer niet? De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden zittend ziekenvervoer binnen Nederland naar een medische behandeling en terug, als u:

- om medische redenen niet met het openbaar vervoer kunt reizen, én
- de basisverzekering de behandeling vergoedt

De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan vergoeden bovendien het vervoer bij een ziekenhuisopname en bij uw ontslag uit een Nederlands ziekenhuis.

De vergoeding van de aanvullende verzekeringen is:

- auto: € 0,27 per kilometer
- taxivervoer: volledig

Taxivervoer

Kiest u voor reizen per taxi? Maak het uzelf makkelijk en kies voor de service van Transvision. Transvision regelt het taxivervoer voor u en declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Uw arts moet vooraf deel 1 van het aanvraagformulier zittend ziekenvervoer² invullen. Wij kunnen de ingevulde verklaring bij u opvragen. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30 (€ 0,15 per minuut).

Dit wordt niet vergoed

- parkeerkosten en andere bijkomende kosten
- vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen en de begeleider alleen terugreist
- vervoer als u voor dagbesteding naar een Wlz-instelling gaat

¹ Meer informatie leest u op: www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/h/hardheidsclausule-bij-vervoer-zvw

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Bepaalde gevallen, met eigen bijdrage Met het openbaar vervoer, auto of taxi
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Eigen bijdrage
Benfit	Eigen bijdrage + ziekenvervoer Met auto of taxi
Optifit	Eigen bijdrage + ziekenvervoer Met auto of taxi
Topfit	Eigen bijdrage + ziekenvervoer Met auto of taxi
Superfit	Eigen bijdrage + ziekenvervoer + vervoer bij ziekenhuisopname en ontslag Met auto of taxi
Zorgplan	Bij ziekenhuisopname en ontslag Met auto of taxi

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor zittend ziekenvervoer dat onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor zittend ziekenvervoer dat onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

De eigen bijdrage

De wettelijke eigen bijdrage van € 103 per kalenderjaar.

U betaalt deze eigen bijdrage niet:

- als u tussen 2 instellingen vervoerd moet worden tijdens een opname die wordt vergoed door de basisverzekering of de Wlz
- als u in een Wlz-instelling opgenomen bent en voor specialistisch onderzoek of specialistische behandeling, die worden vergoed door de basisverzekering, naar een zorgverlener moet
- als u met een Wlz-indicatie opgenomen bent en voor een tandheelkundige behandeling op kosten van de Wlz naar een zorgverlener moet

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Hoe dat werkt staat bij toestemming voor zittend ziekenvervoer¹. U kunt hierbij ook toestemming vragen voor vervoer over een grotere afstand dan 200 kilometer, vervoer met een ander vervoermiddel of met een (extra) begeleider.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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

We gaan voor autovervoer uit van de optimale route

Het aantal kilometers berekenen wij met de routeplanner Routenet¹. Wij vergoeden alleen de kilometers waarbij u zelf passagier bent.

Declareer met het declaratieformulier zittend ziekenvervoer

Wilt u ziekenvervoerskosten declareren? Met het declaratieformulier zittend ziekenvervoer² declareert u eenvoudig uw kosten. Op het formulier staat welke stukken u moet meesturen.

Reiskosten voor ziekenbezoek

Is uw partner of kind opgenomen in het ziekenhuis?

Wat u vergoed krijgt

Als uw partner of kind is opgenomen in het ziekenhuis wilt u vast zo vaak mogelijk op bezoek gaan.

Is een ook bij ons verzekerd gezinslid 8 of meer dagen achter elkaar opgenomen in een ziekenhuis? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Benfit en hoger uw reiskosten.

De vergoeding gaat in op de 8e opnamedag en is € 0,27 per kilometer. Of u met de taxi, de auto of het openbaar vervoer gaat, maakt voor de vergoeding niet uit.

Wij vergoeden de kilometers tussen het adres waar u woont en het ziekenhuis. Dat moet in Nederland liggen, of maximaal 60 kilometer van de Nederlandse grens.

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

Dit wordt niet vergoed

- reiskosten naar andere instellingen, bijvoorbeeld naar een verpleeghuis of ggz-instelling
- parkeerkosten en andere bijkomende kosten

Vergoeding per verzekering

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

¹ Zie hiervoor: www.routenet.nl

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

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vragen om een opnameverklaring

Die kunt u bij het ziekenhuis krijgen. Er staat in wanneer en hoelang uw gezinslid was opgenomen.

Wij gaan uit van de optimale route

Het aantal kilometers berekenen wij met de routeplanner Routenet¹.

Declareer met het declaratieformulier reiskosten ziekenbezoek

Wilt u reiskosten naar uw opgenomen gezinslid declareren? Dat gaat makkelijk met het declaratieformulier reiskosten ziekenbezoek². De opnameverklaring, het vervoerbewijs, het overzicht van uw OV-chipkaart of de nota van de taxi stuurt u mee.

¹ Zie hiervoor: www.routenet.nl

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

Zorg in het buitenland en reizen

Vergoedingen

Buitenland: spoedeisende zorg

Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Buitenland: spoedeisende zorg

Als u onverwachts zorg nodig heeft in het buitenland.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of een plotselinge ziekte? De vergoeding die u nu leest geldt voor spoedeisende zorg in het buitenland. Dus zorg die u meteen moet krijgen, die bij uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was en die ook niet kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Voor zorg waarvan u al wist dat u die moet krijgen, en zorg die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg.

Voor de vergoeding van spoedeisende zorg maakt het verschil of de zorg onder de basisverzekering valt, of onder de aanvullende verzekering. En ook in welk land u de zorg krijgt en welke aanvullende verzekering(en) u heeft. We zetten het voor u op een rij.

Zorg die onder de basisverzekering valt

Staat bij de vergoedingen dat de basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u die zorg met spoed in het buitenland krijgt. Er gelden 2 belangrijke beperkingen:

- wij vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
- niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding

De **aanvullende verzekeringen** Wereldfit en Superfit vullen voor spoedeisende zorg in het buitenland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland. U moet dan wel vooraf contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance.

Of: u kiest voor vergoeding volgens plaatselijke regels

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland¹ en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de plaatselijke regels. Hoe dat werkt, staat in grens aan zorg in het buitenland².

Zorg die onder de aanvullende verzekering valt

Heeft u een aanvullende verzekering? De vergoedingen van de aanvullende verzekering of Tandfit-verzekering gelden ook voor zorg die u in het buitenland krijgt. Ook als u die met spoed krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en maximale vergoedingen als in Nederland. Wij vergoeden maximaal het wettelijke tarief van het land waar u de zorg krijgt. Of als er geen wettelijk tarief is, het in dat land marktconforme bedrag. De Tandfit-verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoeding als u wilt weten bij welke zorgaanbieders u terecht kunt, en welke andere voorwaarden gelden. Of neem contact op met ons Service Center. Wij helpen u graag.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/zorg-in-het-buitenland/verdragslanden-voor-zorg

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Zorg volgens vergoedingen Startfit Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Extrafit	Zorg volgens vergoedingen Extrafit Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Benfit	Zorg volgens vergoedingen Benfit Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Optifit	Zorg volgens vergoedingen Optifit Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Topfit	Zorg volgens vergoedingen Topfit Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Superfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering + Zorg volgens vergoedingen Superfit <ul style="list-style-type: none">• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief• Zorg die onder Superfit valt, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief• Geregistreerde geneesmiddelen• Niet-geneesmiddelen, max. € 350 per kalenderjaar• Ziekenvervoer naar de zorgverlener
Wereldfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering <ul style="list-style-type: none">• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief• Geregistreerde geneesmiddelen• Niet-geneesmiddelen, max. € 250 per kalenderjaar• Ziekenvervoer naar de zorgverlener
Tandfit A	Zorg volgens vergoedingen Tandfit A Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit B	Zorg volgens vergoedingen Tandfit B Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit C	Zorg volgens vergoedingen Tandfit C Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit D	Zorg volgens vergoedingen Tandfit D Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandfit Preventief	Zorg volgens vergoedingen Tandfit Preventief Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan betaalt u het eigen risico ook als u die zorg in het buitenland krijgt.

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan geldt die ook in het buitenland. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen.

Dit moet u zelf doen

Neem contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan raden wij u aan om contact op te nemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Bij Superfit en Wereldfit móet u dit doen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat nota's duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor nota's in een andere muntsoort dan euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Buitenland: niet-spoedeisende (voorzene) zorg

Heeft u zorg nodig en wilt u daarvoor naar het buitenland gaan?

Wat u vergoed krijgt

Wilt u voor een behandeling naar het buitenland? De vergoeding hieronder geldt voor niet-spoedeisende (voorzene) zorg in het buitenland. Dus zorg die u niet meteen hoeft te krijgen, maar die gepland kan worden. Voor zorg die u wel meteen nodig heeft, geldt de vergoeding [Buitenland: spoedeisende zorg](#).

Voor de vergoeding van niet-spoedeisende zorg maakt het verschil of de zorg onder de basisverzekering valt, of onder een aanvullende verzekering. En ook in welk land u de zorg krijgt en welke aanvullende verzekering(en) u heeft. We zetten het voor u op een rij.

Zorg die onder de basisverzekering valt

Staat bij de vergoedingen dat de basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg naar het buitenland gaat. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

- de basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
- niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
- voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland. Heeft u bijvoorbeeld een verwijzing nodig, of toestemming vooraf? Dan geldt dat ook in het buitenland

Neemt u daarom vooraf contact op met de ZorgConsulent. Die kan u hier alles over vertellen.

Heeft u zorg nodig die u in Nederland niet kunt krijgen? Of waar u gezien uw medische situatie te lang op moet wachten? Dan helpen wij u om passende zorg in het buitenland te krijgen. In dat geval neemt u ook contact op met de ZorgConsulent. Neemt u vooraf geen contact met ons op, en hadden wij de zorg voor u kunnen regelen? Dan moet u, als de zorg in het buitenland duurder was, het verschil zelf betalen.

De **aanvullende verzekeringen** Wereldfit en Superfit vullen voor ziekenhuiszorg in een ziekenhuis in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland. U moet dan wel vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent. Superfit vult voor andere zorg die onder de basisverzekering valt en die u krijgt in een EU-, EER- of een verdragsland de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Of: u kiest voor vergoeding volgens de plaatselijke regels

Woont u in een EU- of EER-land¹ of in Zwitserland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is soms **vergoeding volgens de plaatselijke regels mogelijk**. Dat kan gunstig zijn als de zorg daar duurder is dan in Nederland. U moet daarvoor wel een S2-formulier² meenemen naar de zorgverlener. Dat formulier vraagt u bij ons aan. Doe dat op tijd, voor u de behandeling krijgt. Wij hebben 5 werkdagen nodig om uw aanvraag te beoordelen.

Zorg die onder de aanvullende verzekering valt

Wilt u voor zorg die onder uw aanvullende verzekering valt naar het buitenland? De vergoedingen van de aanvullende verzekeringen en Tandfit-verzekeringen gelden ook voor zorg die u in het buitenland krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en maximale vergoedingen als in Nederland. De aanvullende verzekeringen en Tandfit-verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. En Superfit in EU-, EER- en verdragslanden tot 2 keer dat bedrag. Als de zorg in het buitenland duurder is, betaalt u het verschil zelf.

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoeding als u wilt weten bij welke zorgaanbieders u terecht kunt, en welke andere voorwaarden gelden. Of neem contact op met ons Service Center. Wij helpen u graag.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/zorg-in-het-buitenland/verdragslanden-voor-zorg

² Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen/toestemming-vragen-voor-niet-spoedeisende-zorg-buitenland

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Zorg volgens vergoedingen basisverzekering Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Zorg volgens vergoedingen Startfit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Extrafit	Zorg volgens vergoedingen Extrafit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Zorg volgens vergoedingen Benfit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Zorg volgens vergoedingen Optifit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Zorg volgens vergoedingen Topfit Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit, ziekenhuiszorg in ziekenhuis in België en Duitsland 100%, aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland <ul style="list-style-type: none">• Ziekenhuiszorg in ziekenhuis België of Duitsland 100%, na begeleiding ZorgConsulent, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)• Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)• Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Wereldfit	Medisch-specialistische zorg in ziekenhuis België en Duitsland 100% Na begeleiding ZorgConsulent
Tandfit A	Zorg volgens vergoedingen Tandfit A Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit B	Zorg volgens vergoedingen Tandfit B Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit C	Zorg volgens vergoedingen Tandfit C Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit D	Zorg volgens vergoedingen Tandfit D Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten
Tandfit Preventief	Zorg volgens vergoedingen Tandfit Preventief Tot het bedrag dat die zorg in Nederland zou kosten

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan betaalt u het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt.

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan geldt die ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf contact met ons opnemen

- als u zorg nodig heeft die u in Nederland niet of niet snel genoeg kunt krijgen: met de ZorgConsulent
- als u een S2-formulier wilt aanvragen: met de ZorgConsulent
- als u voor medisch-specialistische zorg naar een ziekenhuis in België of Duitsland wilt en Wereldfit of Superfit heeft: met de ZorgConsulent
- om toestemming¹ te vragen, als u die ook voor zorg in Nederland zou moeten hebben

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat nota's duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor nota's in een andere muntsoort dan euro

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Werken of wonen in het buitenland moet u melden

Vertrekt u naar het buitenland om daar te werken of te wonen, tijdelijk of vast? Dat kan gevolgen hebben voor uw basisverzekering. Daarom moet u dit aan ons melden. Wij laten u weten of u uw verzekering kan houden.

Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Als u tijdens uw reis geen infectieziekten wilt oplopen.

Wat u vergoed krijgt

In sommige landen loopt u extra risico op infectieziekten, zoals bijvoorbeeld hepatitis of malaria. U kunt zich hiertegen laten vaccineren, of (meestal tegen malaria) medicijnen slikken.

Veel voorkomende infectieziekten in het buitenland zijn:

- hepatitis A en B
- difterie, tetanus en polio (dtp)
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningococcon
- rabiës
- malaria

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

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger vergoeden consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen (zoals malariatabletten) voor deze 11 veelvoorkomende infectieziekten. Startfit, Extrafit, Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de vaccinaties en preventieve geneesmiddelen volledig. Dat kunnen ook vaccinaties tegen andere 'buitenlandse' infectieziekten zijn die het LCR¹ (Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing) aanraadt.

Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- GGD
- vaccinatiecentrum
- thuisvaccinatie.nl²

Dit wordt niet vergoed

- kosten van het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- brochures
- DEET
- ORS (tegen uitdroging)

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 75 voor 11 veel voorkomende ziekten Maximaal per kalenderjaar
Extrafit	€ 75 voor 11 veel voorkomende ziekten Maximaal per kalenderjaar
Benfit	€ 75 voor 11 veel voorkomende ziekten Maximaal per kalenderjaar
Optifit	€ 100 voor 11 veel voorkomende ziekten Maximaal per kalenderjaar
Topfit	100% voor alle ziekten
Superfit	100% voor alle ziekten

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

² Zie hiervoor: www.thuisvaccinatie.nl/zorgverzekeraars/onvz

Dit moet u zelf doen

Voor preventieve geneesmiddelen en vaccins die u zelf bij de apotheek haalt, moet u een voorschrift (recept) hebben

Krijgt u bijvoorbeeld malariatabletten, of vraagt de zorgverlener u om een vaccin zelf te halen? Wij vergoeden deze alleen als ze zijn voorgeschreven door een arts, en geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de vaccinaties en preventieve geneesmiddelen die door het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing worden geadviseerd voor het land waar u naar toe reist.

Compensatie en verhaal

Vergoedingen

Vergoeding in bijzondere gevallen
Verhaalbijstand bij letselschade
Ongevallendeckking Superfit

Vergoeding in bijzondere gevallen

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden de zorg die in de vergoedingen staat.

In bijzondere gevallen vergoedt de basisverzekering ook andere zorg. Dat moet dan zorg zijn die normaal gesproken een zelfde of beter resultaat zal geven dan de zorg die bij vergoedingen staat. U moet ons altijd vooraf toestemming vragen. En het mag niet gaan om zorg die volgens de wet niet wordt vergoed, of om zorg die nooit verzekerd is.

Een voorbeeld. Bij vergoedingen staat dat wij een bepaalde operatie vergoeden. Maar bij u kan datzelfde resultaat bereikt worden zonder operatie, door een behandeling die niet bij vergoedingen staat. U kunt ons dan vragen die andere behandeling te vergoeden.

De ZorgConsulent kan u meer vertellen over wat wel en niet mogelijk is.

Besluit u daarna om toestemming te vragen? Dan laten wij u zo snel mogelijk onze beslissing weten. Daarin staat welke zorg wij voor u zullen vergoeden en wat de voorwaarden zijn.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Na onze toestemming In onze beslissing staat wat u vergoed krijgt
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor deze zorg kan het eigen risico gelden.

De eigen bijdrage

Voor deze zorg kan een eigen bijdrage gelden.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wacht eerst onze beslissing af

Wij geven in principe geen toestemming als u de zorg al (voor een deel) heeft gekregen.

Verhaalsbijstand bij letselschade

Heeft u persoonlijke kosten door een ongeval?

Wat u vergoed krijgt

Ook na een ongeval gelden de 'gewone' vergoedingen van de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen. Maar het kan zijn dat u niet alle kosten vergoed krijgt. Bijvoorbeeld omdat u eigen risico of een eigen bijdrage betaalt. Of omdat u inkomsten misloopt. Misschien wilt u smartengeld ontvangen.

U kunt dan uw rechtsbijstandverzekering inschakelen. Heeft u die niet? Dan bieden wij een verhaalsbijstand-service voor die kosten die u zelf betaalt, gemiste inkomsten en smartengeld. Een door ons ingeschakelde advocaat of schaderegelaar probeert dan uw schade te verhalen op (de verzekering van) de persoon die het ongeval heeft veroorzaakt.

In de regels verhaalsbijstand-service¹ staat wat de service inhoudt en wat de voorwaarden zijn.

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger vergoeden de verhaalsbijstand-service tot maximaal € 12.500 per ongeval. Kosten van een rechtszaak vallen daar ook onder.

Heeft u alleen een basisverzekering? Dan kunnen wij informatie geven over het verhalen van schade.

Dit wordt niet vergoed

- kosten die u zelf maakt buiten de verhaalsbijstand-service om

Heeft u nog vragen?

Neem dan contact op met onze afdeling Verhaalszaken. Dit kan telefonisch op 030 639 62 64 of via het e-mailadres verhaalszaken@onvz.nl. Wij helpen u graag verder.

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 12.500 Maximaal, per ongeval
Extrafit	€ 12.500 Maximaal, per ongeval
Benfit	€ 12.500 Maximaal, per ongeval
Optifit	€ 12.500 Maximaal, per ongeval
Topfit	€ 12.500 Maximaal, per ongeval
Superfit	€ 12.500 Maximaal, per ongeval

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze dienst betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Geef het ons door als medische kosten met een ongeval te maken hebben

Zo kunnen wij nagaan of iemand anders voor die kosten aansprakelijk is. Kruis het vakje 'ongeval' aan als u declareert. Of stuur ons een ingevuld vragenformulier verhaalszaken¹ als u weet dat het ziekenhuis of een andere zorgverlener rechtstreeks bij ons gaat declareren.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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

Ongevallendeckking Superfit

Als een ongeval blijvende gevolgen heeft.

Wat u vergoed krijgt

Niemand wil natuurlijk dat het gebeurt. Maar krijgt u toch een ongeval met blijvende gevolgen, dan keert Superfit een bedrag uit. Ook bij overlijden.

Als u een lichaamsdeel of uw zintuigen (zoals horen, zien en voelen) door het ongeval niet meer (goed) kunt gebruiken, is de uitkering een bepaald percentage van € 20.000, de maximale vergoeding per ongeval. Alle percentages staan in de regels ongevallendeckking Superfit. Bij overlijden is de vergoeding € 5.000.

Er zijn situaties waarin u geen recht heeft op vergoeding. Bijvoorbeeld als het ongeval komt doordat u een gevaarlijke sport beoefent, of met teveel alcohol autorijdt.

De volledige voorwaarden staan in de regels ongevallendeckking Superfit¹.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Bij blijvende gevolgen aan lichaam of zintuigen en bij overlijden <ul style="list-style-type: none">• Per ongeval: maximaal € 20.000 bij afname of verlies van functioneren van lichaamsdelen of zintuigen• Overlijden: € 5.000

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage.

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

Dit moet u zelf doen

Meld een ongeval zo snel mogelijk

Heeft u een ongeval gehad waarvoor u vergoeding wilt vragen? Dan moet u dat zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Doe dat in ieder geval binnen 30 dagen na het ongeval.

U moet meewerken aan uw herstel

Laat u daarom zo snel mogelijk na een ongeval medisch behandelen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wereldfit

Vergoedingen

Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland

Wereldfit: repatriëring

Wereldfit: eerder terugkeren

Wereldfit: vergoeding bij overlijden

Wereldfit: vervangende chauffeur

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland

Als u naar het ziekenhuis gaat in België of Duitsland.

Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg krijgt u van de huisarts een verwijzing naar de medisch specialist. In Nederland geldt dan de vergoeding Medisch specialist. Bijna altijd vergoedt de basisverzekering die zorg.

Gaat u voor medisch-specialistische zorg naar het buitenland? Dan valt dat onder buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg. De **basisverzekering** vergoedt dan tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, betaalt u dus een deel zelf.

Heeft u de **aanvullende verzekering** Wereldfit of Superfit? Dan geldt in België en Duitsland een ruimere vergoeding. Wereldfit en Superfit vullen voor zorg door de medisch specialist in een ziekenhuis in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

U moet wel vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent. Die begeleidt u bij het kiezen van het ziekenhuis in België of Duitsland.

Wereldfit en Superfit vergoeden ook ziekenvervoer¹ vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis in België of Duitsland, met taxi, auto (max. € 0,27 per km) of vliegtuig (economy class).

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. U vindt de voorwaarden via de vergoeding Medisch specialist.

Dit wordt niet vergoed

- Chefarzt (Duitsland) en ereloon(supplementen) (België) en kosten die daarmee te maken hebben
- alternatieve zorg

Andere vergoedingen

Superfit en Zorgplan hebben vergoedingen voor extra luxe en comfort tijdens een ziekenhuisopname en voor extra service voor en na een ziekenhuisopname. Die gelden ook voor België en Duitsland.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten Volgens <u>buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg</u>
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Medisch specialist in ziekenhuis in België of Duitsland 100%, ziekenvervoer Na begeleiding ZorgConsulent
Wereldfit	Medisch specialist in ziekenhuis in België of Duitsland 100%, ziekenvervoer Na begeleiding ZorgConsulent

¹ Vervoer dat om medische redenen niet met openbaar vervoer kan plaatsvinden. Dit vervoer vindt plaats vanwege medisch onderzoek of medische behandeling

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan betaalt u het eigen risico ook als u naar België of Duitsland gaat.

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan geldt die ook als u naar België of Duitsland gaat.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent

Die begeleidt u bij het kiezen van een ziekenhuis.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg zoals medisch specialisten die normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wereldfit: repatriëring

Als u na ongeval of ziekte ergens anders heen gebracht moet worden.

Wat u vergoed krijgt

Wordt u tijdens een reis ernstig ziek, of heeft u ernstig letsel door een ongeval? Dan geldt voor de medische zorg die u nodig heeft de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Het kan zijn dat u voor bijvoorbeeld (vervolg)behandeling of voor verder herstel ergens anders heen gebracht moet worden. Dat noemen we repatriëring. De aanvullende verzekeringen Wereldfit en Superfit vergoeden repatriëring, als die medisch noodzakelijk is.

Wereldfit en Superfit vergoeden:

- vervoer naar een door onze alarmcentrale Zorgassistance bepaald land, met de medische begeleiding die daarbij nodig is
- extra kosten van verblijf, als u wel vervoerd moet worden maar dat nog niet kan
- 1 keer vervoer en verblijf voor 1 persoon, als iemand u tijdens die periode komt bezoeken

Kunt u naar huis terug, maar kan dat door de ziekte of het letsel niet met het geplande vervoermiddel? Dan vergoeden Wereldfit en Superfit de extra vervoerskosten.

Er gelden maximale vergoedingen. Voor vervoer zijn dat: auto € 0,27 per km, vliegticket economy class. En voor verblijf: € 150 per dag.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Medisch noodzakelijke repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel, overkomst bezoeker <ul style="list-style-type: none">• Repatriëring naar door alarmcentrale Zorgassistance bepaald land• Verblijf, als repatriëring nog niet kan• Reis en verblijf voor 1 persoon die naar u toe komt• Extra kosten ander vervoer(middel)
Wereldfit	Medisch noodzakelijke repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel, overkomst bezoeker <ul style="list-style-type: none">• Repatriëring naar door alarmcentrale Zorgassistance bepaald land• Verblijf, als repatriëring nog niet kan• Reis en verblijf voor 1 persoon die naar u toe komt• Extra kosten ander vervoer(middel)

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze diensten betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Behalve als dat niet mogelijk is. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf

Als u vervoer en verblijf zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.

Superfit heeft ook een ongevallendeckking

Deze ongevallendeckking geldt bij een ongeval met blijvende gevolgen.

Wereldfit: eerder terugkeren

Bij ziekte of ongeval onderweg, of ernstige omstandigheden thuis.

Wat u vergoed krijgt

Moet u tijdens een reis onverwacht terug naar huis? De aanvullende verzekeringen Superfit en Wereldfit vergoeden dan de extra kosten van vervoer en verblijf, als u vanuit het buitenland moet terugkeren. Als u in uw woonland op reis bent, vergoeden wij alleen de extra kosten van vervoer.

Deze vergoeding geldt in de volgende 5 situaties.

1. u kunt de geplande bestemming niet bereiken doordat u of een reisgenoot¹ ziek wordt of een ongeval krijgt
2. een reisgenoot wordt ernstig ziek of raakt ernstig gewond door een ongeval
3. een reisgenoot zonder² Superfit of Wereldfit overlijdt
4. een familielid³ of huisgenoot blijkt ernstig ziek, heeft een ernstig ongeval gehad of is overleden
5. er is ernstige schade aan uw woning, de inboedel of uw bedrijf

Wilt u nadat u thuis bent geweest de geplande reis voortzetten? Dan vergoeden wij binnen de oorspronkelijke reisduur ook de (terug)reis naar de geplande bestemming.

Er gelden maximale vergoedingen. Voor vervoer zijn dat: auto € 0,27 per km, vliegreis economy class. En voor verblijf: € 150 per dag. Bent u in het woonland op reis? Dan vergoeden wij voor vervoer maximaal € 500.

¹ De persoon met wie verzekerde samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland en waarmee voorafgaand aan vertrek al een familiale, vriendschappelijke of zakelijke band bestond

² Voor de reisgenoot met Superfit of Wereldfit geldt de vergoeding Wereldfit: vergoeding bij overlijden

³ Familieleden in de 1e of 2e graad

- 1e graad: uw partner, ouders, adoptieouders, pleegouders, stiefouders, schoonouders, kinderen, adoptiekinderen, pleegkinderen, stiefkinderen, schoonzonen en schoondochters. Onder kinderen, adoptie-, pleeg- of stiefkinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind, adoptie-, pleeg- of stiefkind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers, stiefzussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en stiefzussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Extra kosten vervoer en (in buitenland) verblijf als u onverwacht terug naar huis moet Bij ziekte of overlijden reisgenoten of familie thuis, bij schade aan woning of bedrijf <ul style="list-style-type: none">• in woonland alleen vervoer (max. € 500)
Wereldfit	Extra kosten vervoer en (in buitenland) verblijf, als u onverwacht terug naar huis moet Bij ziekte of overlijden reisgenoten of familie thuis, bij schade aan woning of bedrijf <ul style="list-style-type: none">• in woonland alleen vervoer (max. € 500)

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze diensten betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Behalve als dat niet mogelijk is. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Als u vervoer en verblijf zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.

Werldfit: vergoeding bij overlijden

Ondersteuning bij een ingrijpende gebeurtenis.

Wat u vergoed krijgt

Niemand wil natuurlijk dat het gebeurt. Maar: overlijdt een verzekerde met Superfit of Werldfit tijdens een reis? Dan vergoeden die aanvullende verzekeringen:

- uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van partner en familieleden in de 1e of 2e graad¹, samen tot maximaal € 7.500, of
- vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat de nabestaanden kiezen

Superfit en Werldfit vergoeden ook vervoer heen en terug plus maximaal 7 dagen verblijf:

- voor 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats waar de overleden verzekerde ligt opgebaard, en
- voor 1 persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan

Heeft u zelf Superfit of Werldfit en overlijdt een reisgenoot²? Dan vergoeden wij extra kosten voor vervoer en verblijf, bijvoorbeeld doordat u later dan gepland terugreist. Voor het verblijf geldt dan een maximum van 30 dagen.

Er gelden maximale vergoedingen. Voor vervoer zijn dat: auto € 0,27 per km, vliegreis economy class. En voor verblijf: € 150 per dag.

¹ De persoon met wie verzekerde samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland en waarmee voorafgaand aan vertrek al een familiale, vriendschappelijke of zakelijke band bestond

² Familieleden in de 1e of 2e graad

- 1e graad: uw partner, ouders, adoptieouders, pleegouders, stiefouders, schoonouders, kinderen, adoptiekinderen, pleegkinderen, stiefkinderen, schoonzonen en schoondochters. Onder kinderen, adoptie-, pleeg- of stiefkinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind, adoptie-, pleeg- of stiefkind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers, stiefzussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en stiefzussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Repatriëring stoffelijk overschot of uitvaart, extra kosten vervoer en verblijf reisgenoot, overkomst familieleden <ul style="list-style-type: none">• Repatriëring stoffelijk overschot, of uitvaart in land van overlijden tot € 7.500• Vervoer en verblijf van 2 personen naar plaats opbaring• Vervoer en verblijf van 1 persoon om reisgenoot of familielid van overledene bij te staan• Vervoer en max. 30 dagen verblijf verzekerde reisgenoten
Wereldfit	Repatriëring stoffelijk overschot of uitvaart, extra kosten vervoer en verblijf, overkomst familieleden <ul style="list-style-type: none">• Repatriëring stoffelijk overschot, of uitvaart in land van overlijden tot € 7.500• Vervoer en verblijf van 2 personen naar plaats opbaring• Vervoer en verblijf van 1 persoon om reisgenoot of familielid van overledene bij te staan• Vervoer en max. 30 dagen verblijf verzekerde reisgenoten

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze diensten betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Behalve als dat niet mogelijk is. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Als u vervoer en verblijf zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.

Superfit heeft ook een ongevallendeckking

Deze ongevallendeckking keert uit bij overlijden door een ongeval.

Wereldfit: vervangende chauffeur

Als de bestuurder niet terug kan rijden.

Wat u vergoed krijgt

Bent u op reis met de auto, een camper of de motor? En kan de bestuurder niet meer rijden?

Als er geen reisgenoot is die de chauffeur kan vervangen, vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit en Wereldfit een vervangende chauffeur. Die rijdt de auto, camper of motor dan terug naar uw woonplaats. Of, als het gaat om een gehuurd voertuig: naar de inleverplaats die het dichtstbij is.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Vervangende chauffeur Naar woonplaats, of bij huur naar dichtstbijzijnde inleverplaats
Wereldfit	Vervangende chauffeur Naar woonplaats, of bij huur naar dichtstbijzijnde inleverplaats

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze dienst betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Neem altijd contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt de vervangende chauffeur

Als u de vervangende chauffeur zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.

Regels ongevallendeckking Superfit

Regels ongevallendeckking Superfit

lid 1 Nadere begripsomschrijvingen

Begunstiging

U bent de begunstigde voor alle uitkering(en). Bij overlijden wordt rechtstreeks uitgekeerd aan de nalatenschap.

Letsel

Een volgens objectieve normen geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, dat een direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval.

Ongeval

Een plotseling rechtstreeks op het lichaam inwerkend fysiek geweld, van buitenaf en buiten uw wil, dat letsel of overlijden tot gevolg heeft.

Onder ongeval valt ook:

- a. acute vergiftiging, behalve bij overmatig gebruik van genees-, genot-, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen
- b. besmetting door ziekteverwekkers;
- c. verstikking, verdrinking, zonnesteek, warmtestuwing, bevrozing, verbranding – behalve door inwerking van stralen – veretsing en elektrische ontlading;
- d. wondinfectie, bloedvergiftiging of tetanus ontstaan bij een ongeval
- e. verstikking, verdrinking, zonnesteek, warmtestuwing, bevrozing, verbranding – behalve door inwerking van stralen – veretsing en elektrische ontlading;
- f. uitputting, verhongering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van een natuurramp
- g. verstuijing, ontwrichting en verscheuring van spier- en bandweefsel, als het letsel plotseling is ontstaan
- h. complicaties of verergering van letsel als rechtstreeks gevolg van een door een bevoegd geneeskundige geboden eerste hulpverlening of medisch noodzakelijke behandeling
- i. letsel ontstaan bij rechtmatige zelfverdediging
- j. moord, doodslag, mishandeling, of pogingen daartoe, gijzelingen en terreuractie
- k. letsel ontstaan tijdens het als amateur beoefenen van sport, waaronder het voorbereiden van en deelnemen aan wedstrijden, behalve voor:
 - het bepaalde in lid 3 onder 1 j
 - de sporten genoemd in lid 3 onder 1 k

Niet als een ongeval of ongevalgevolg worden beschouwd: ingewandsbreuk (hernia) en uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi).

lid 2 Wat is verzekerd?

Verzekerde bedragen

Per ongeval keert ONVZ bij overlijden het verzekerde bedrag uit of bij blijvend (functie)verlies van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens maximaal het verzekerde bedrag.

Uitkering bij overlijden

Bij overlijden is het verzekerde bedrag € 5.000. ONVZ keert dit bedrag uit bij overlijden door een ongeval.

Uitkering bij blijvend (functie)verlies

- a. Recht op uitkering:

Bij blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens keert ONVZ maximaal € 20.000 uit, als dit het gevolg is van een ongeval. Als de verzekerde voor vaststelling van de invaliditeit is overleden door een ongeval keert ONVZ geen bedrag uit ter zake van blijvende invaliditeit.
- b. Reeds aanwezige onbruikbaarheid of gebrekkigheid:

Als functies, lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens al voor het ongeval onbruikbaar of gebrekkig waren, keert ONVZ alleen een bedrag uit als het (functie)verlies of de onbruikbaarheid door het ongeval de voor het ongeval bestaande (functie)verliezen of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens te boven gaat.

Nadere uitsluitingen

1. Er is geen dekking als het ongeval – mede – het gevolg is van:
 - a. een ziekelijke toestand of een geestelijke of lichamelijke afwijking
 - b. een ziekelijke toestand door besmetting met ziekteverwekkers, met uitzondering van wat genoemd is in lid 1 in de begripsomschrijving van ongeval
 - c. allergische reacties, anders dan door een gebeurtenis genoemd in lid 1 in de begripsomschrijving van een ongeval
 - d. zelfdoding of een poging daartoe
 - e. het (mede)plegen van een misdrijf
 - f. roekeloosheid, behalve bij letsel bij een poging tot redding van mens of dier of afwendend van dreigend gevaar
 - g. het zo onder invloed verkeren van alcoholhoudende dranken of bedwelmende, opwekkende en soortgelijke stoffen dat men minder dan normaal voor zichzelf kon zorgen
 - h. een vechtpartij, behalve bij rechtmatige zelfverdediging
 - i. verblijf in een luchtvaartuig, tenzij u als passagier verbleef in een vliegtuig ingericht voor passagiersvervoer en bestuurd door een beroepspiloot en dit vliegtuig tijdens het ongeval gebruikt werd door:
 - een onderneming bevoegd tot exploitatie van een luchtvaartbedrijf
 - een onderneming voor haar eigen bedrijf
 - j. sportbeoefening waarvoor betaling wordt ontvangen
 - k. beoefening van sporten met een verhoogd ongevalrisico, zoals boksen, worstelen, ijshockey, rugby, bergsport, bobsleeën, parasailing, hanggliding, parachutespringen, ijszeilen, skispringen, skivliegen en figuurspringen
 - l. voorbereidingen van en deelname aan snelheidswedstrijden of recordritten, bijvoorbeeld met motorrijtuigen, skelters, te paard, per rijwiel of per motorboot
 - m. het beroepsmatig werken met houtbewerkingmachines
 - n. verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies is afgegeven
 - o. atoomkernreacties
2. **Psychisch letsel**
 Geen uitkering vindt plaats bij verlies van de geestelijke of kennende vermogens.
 - a. Deze uitsluiting geldt niet als dit verlies, volgens algemeen aanvaarde neurologische opvattingen, is veroorzaakt door een aantoonbaar grove organische beschadiging van het centrale zenuwstelsel.
 - b. Ook vindt geen uitkering plaats bij geheel of gedeeltelijk functieverlies of geheel of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens, als dit functieverlies of deze onbruikbaarheid het gevolg is van een psychische stoornis.

Omvang van de uitkering

1. *Overlijden*
 Bij overlijden keert ONVZ het verzekerde bedrag uit. ONVZ brengt een eventueel eerder verrichte uitkering voor blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens hierop in mindering. ONVZ vordert een eerdere uitkering niet terug.
2. *Blijvend (functie)verlies*
 Bij blijvend (functie)verlies keert ONVZ de hierna volgende percentages van het verzekerde bedrag uit tot maximaal het verzekerde bedrag.
 - Bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van de volgende lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens:
 - een arm tot in het schoudergewricht: 75%
 - een arm tot in het ellebooggewricht: 65%
 - een arm tussen elleboog- en schoudergewricht: 65%
 - een arm tussen pols en ellebooggewricht: 60%
 - een hand tot in het polsgewricht: 60%
 - een been tot in het heupgewricht: 70%
 - een been tot in het kniegewricht: 60%
 - een been tussen knie- en heupgewricht: 60%
 - een been tussen enkel- en kniegewricht: 50%
 - een voet tot in het enkelgewricht: 50%
 - een duim: 25%
 - een wijsvinger: 15%
 - een middelvinger: 15%
 - een ringvinger of pink: 15%

bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van meer dan één vinger van een hand keert ONVZ maximaal 60% van het verzekerde bedrag uit

een grote teen: 10%

andere tenen dan de grote teen: 5%

het gezichtsvermogen van een oog: 30%

het gezichtsvermogen van beide ogen: 100%

het gehoor van een oor: 20%

het gehoor van beide oren: 50%

het reuk- en smaakvermogen: 20%

het verlies van het seksuele vermogen, behalve het bepaalde in lid 3 onder 2: 25%

- Bij de volgende letsels of combinatie van letsels:
totaal verlies van de geestelijke vermogens, behalve het bepaalde in lid 3 onder 2: 100%
- verlies van beide armen of handen: 100%
- verlies van beide benen of voeten: 100%
- verlies van een arm of hand, samen met een been of voet: 100%
- Bij gedeeltelijk (functie)verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens dat hiervoor is omschreven, keert ONVZ een gedeelte van de genoemde uitkeringspercentages uit evenredig aan de mate van dat (functie)verlies. Dit gedeeltelijk (functie)verlies of de onbruikbaarheid wordt vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven. Gedeeltelijk verlies van de reuk of de smaak wordt niet als invaliditeit beschouwd.
- Bij blijvend functieverlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens als gevolg van een (combinatie van) letsel(s) dat niet hiervoor is omschreven, geldt het volgende. Het uitkeringspercentage is gelijk aan het percentage blijvend (functie)verlies, vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven. Daarbij blijven uw beroep of werkzaamheden buiten beschouwing.

lid 5

Vaststelling uitkeringspercentage

1. ONVZ stelt het uitkeringspercentage vast op basis van de medische eindtoestand, zo mogelijk binnen twee jaar na het ongeval.
2. Als na de beëindiging van de geneeskundige behandeling nog geen sprake is van een medische eindtoestand, vergoedt ONVZ de wettelijke rente over de uitkering vanaf de dag waarop de geneeskundige behandeling wordt beëindigd tot de dag waarop de uitkering plaatsvindt.

Als bij medisch onderzoek blijkt dat er nog geen medische eindtoestand is, vindt uiterlijk binnen vijf jaar na de ongevaldatum een nieuw medisch onderzoek in opdracht van ONVZ plaats. De dan vast te stellen invaliditeit is de basis voor het bepalen van de uitkering.

lid 6

Bestaande gezondheidstoestand

1. Als de gevolgen van een ongeval worden vergroot door een ziekelijke toestand of door lichamelijke of geestelijke afwijkingen die al voor het ongeval bestonden, keert ONVZ niet meer uit dan wanneer eenzelfde ongeval een persoon zonder die ziekte of afwijking zou zijn overkomen.
2. Het onder 1 bepaalde geldt niet als bedoelde omstandigheden uitsluitend en rechtstreeks een gevolg zijn van een eerder ongeval dat u is overkomen tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering.

lid 7

Medische expertise

Als ONVZ medische expertise noodzakelijk acht om het uitkeringspercentage te kunnen vaststellen, bent u verplicht hieraan uw medewerking te verlenen. U moet zich daartoe door een door ONVZ aan te wijzen arts laten onderzoeken of voor onderzoek laten opnemen in een door ONVZ aan te wijzen instelling of inrichting. De medische expertise vindt in Nederland plaats. ONVZ vergoedt de kosten ervan.

Wat te doen na een ongeval?

1. *Melding na een ongeval*

Van een ongeval dat tot uitkering kan leiden, geldt dat dit zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen dertig dagen, aan ONVZ moet worden gemeld. Dit met een nauwkeurige omschrijving van het ongeval en zo mogelijk de oorzaak en de gevolgen.

2. *Verplichtingen na een ongeval*

- a. U bent verplicht zich na een ongeval zo spoedig mogelijk onder geneeskundige behandeling te stellen en volledig aan uw herstel mee te werken.
- b. U bent verplicht aan ONVZ of aan een door ONVZ aangewezen arts alle gewenste inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.
- c. De begunstigde(n) is/zijn verplicht toestemming te verlenen tot en medewerking te verlenen aan alle maatregelen die ONVZ nodig acht voor de vaststelling van de doodsoorzaak (sectie).

3. ONVZ heeft het recht uitkering te weigeren als de verplichtingen niet worden nagekomen.

Als de melding later plaatsvindt dan bedoeld onder 1, behoudt u recht op uitkering als u kunt aantonen dat:

- het (functie)verlies of de onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens uitsluitend het gevolg is van een ongeval
- de gevolgen van een ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid vergroot zijn
- u de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd
- de melding achterwege is gebleven als gevolg van buitengewone omstandigheden

Wereldfit

Uitgebreide voorwaarden 2019

Wereldfit

Uitgebreide voorwaarden 2019

Wij vergoeden de zorg en de diensten die hierna staan omschreven, als aan de voorwaarden is voldaan. De algemene regels zijn ook van toepassing. De (maximale) vergoedingen zijn per verzekerde, behalve als anders staat vermeld.

U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Behalve als dit niet mogelijk is. Doet u dit niet, dan kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Dit geldt niet voor de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziena) zorg.

U kunt ook contact opnemen voor advies over geneeskundige zorg.

Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden de telefoonkosten vanuit het buitenland naar de alarmcentrale.

Nadere algemene regels

1. Nadere begripsomschrijvingen

Buitenland

Ieder ander land dan het land waar u woont.

Familieleden in de 1e of 2e graad

- 1e graad: partner, ouders, adoptieouders, pleegouders, stiefouders, schoonouders, kinderen, adoptiekinderen, pleegkinderen, stiefkinderen, schoonzonen en schoondochters. Onder kinderen, adoptie-, pleeg- of stiefkinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind, adoptie-, pleeg- of stiefkind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers, stiefzussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en stiefzussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

Marktconform bedrag

Met marktconform bedrag bedoelen wij het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling rekenen.

Onvoorziena zorg

Medisch noodzakelijke behandeling die geen enkel uitstel toelaat omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen nodig is, en die bij vertrek niet was te verwachten.

Reisgenoot

De persoon met wie verzekerde samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland, en waarmee voor vertrek al een familiale, vriendschappelijke of zakelijke band bestond.

Ziekenvervoer

Vervoer dat nodig is voor medisch onderzoek of medische behandeling en dat om medische redenen niet met openbaar vervoer kan.

2. Wie zijn verzekerd?

Op de Zorgpolis staat wie verzekerd is. Die persoon moet (ook) een basisverzekering hebben.

3. Waar en hoe lang bent u verzekerd?

Als u voor maximaal 180 dagen naar het buitenland vertrekt, bent u in het buitenland verzekerd. In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen buiten uw woonplaats, bij minimaal 1 betaalde overnachting. U bent maximaal 180 dagen achter elkaar verzekerd.

4. Eisen voor zorgverleners

Bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener in de door de overheid gebruikte registers staan. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

5. Medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om als dat nodig is gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de behandeling of repatriëring.

6. (Zieken)vervoer

Gaat het hierna om (zieken)vervoer? Dan vergoeden wij de kosten van passend vervoer. Bij vliegen vergoeden wij economy class, tenzij die onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoeden wij € 0,27 per kilometer. Wij gaan bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

7. Verblijf

Gaat het hierna om verblijf? Dan vergoeden wij de kosten van overnachting en maaltijden tot maximaal € 150 per persoon per dag.

Onvoorziene zorg

1. Bij acute ziekte of ongeval van verzekerde vergoeden wij, na contact met onze alarmcentrale Zorgassistance, de kosten van:
 - zorg die voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen als de zorg onder de basisverzekering valt en de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de basisverzekering maakt hiervan deel uit
 - in Nederland of in het buitenland geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de basisverzekering of een aanvullende verzekering
 - middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 250 per kalenderjaar, of tot maximaal € 350 per kalenderjaar als Wereldfit onderdeel is van uw Superfit
 - bij de behandeling horende hulpmiddelen en verbandmiddelen
 - het ziekenvervoer van verzekerde naar en van de zorgverlener, volledig
2. **Repatriëring**
Wij vergoeden:
 - bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte de medisch noodzakelijke repatriëring van verzekerde naar een door onze alarmcentrale Zorgassistance bepaald land, met de medische begeleiding die daarbij nodig is
 - de extra kosten van verblijf van de te repatriëren verzekerde als repatriëring om medische reden noodzakelijk is, maar (nog) niet kan
 - eenmalig de kosten van vervoer en verblijf voor bezoek aan de te repatriëren verzekerde van 1 persoon als repatriëring om medische reden noodzakelijk, maar (nog) niet mogelijk is
 - de extra kosten van vervoer als u door ziekte of letsel niet met het geplande vervoermiddel naar huis kan terugkeren

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Aanvullende dienstverlening

1. **Opsporing en redding**
Als verzekerde door ziekte of ongeval in een noodsituatie belandt waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten hiervan tot maximaal € 25.000.
2. **Vervoer en verblijf bij onvoorziene zorg**
Vervoer en verblijf verzekerde bij opname reisgenoot
Wij vergoeden de extra kosten van vervoer en verblijf van verzekerde als een reisgenoot in het ziekenhuis is opgenomen of door andere medische redenen niet naar huis kan terugkeren.

Vervoer en verblijf verzekerde reisgenoten
Wij vergoeden de extra kosten van vervoer van verzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis waar verzekerde is opgenomen. Wij vergoeden ook de extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten bij ziekenhuisopname van verzekerde.

Vervoer en verblijf verzekerde
Wij vergoeden de extra kosten van vervoer en verblijf van verzekerde als een vooraf geboekte terugreis door zijn of haar medische situatie niet op de geplande datum kon plaatsvinden.

Vervoer en verblijf bezoekers

Bij een opname van verzekerde van naar verwachting minimaal 5 dagen, of bij een levensbedreigende situatie vergoeden wij 1 keer de extra kosten van vervoer en verblijf van 2 personen voor maximaal 8 dagen voor bezoek aan verzekerde. Als verzekerde na die 8 dagen om medische redenen niet naar huis terug kan keren, vergoeden wij (totaal) maximaal 15 dagen vervoer en verblijf.

3. Eerder terugkeren

Regeling bij terugkeer uit buitenland

In de volgende 5 gevallen vergoeden wij 1 keer:

- de extra kosten van vervoer en verblijf die u moet maken in verband met uw terugreis, en
 - de kosten van vervoer en verblijf in verband met de terugreis naar uw geplande bestemming binnen de oorspronkelijke reisduur
1. ziekte of ongeval van u of een reisgenoot waardoor de geplande bestemming niet kan worden bereikt
 2. ernstig ziek worden, of ernstig gewond raken van een reisgenoot door een ongeval
 3. overlijden van een reisgenoot (bij overlijden van een verzekerde reisgenoot: zie vergoeding Wereldfit: vergoeding bij overlijden)
 4. overlijden, constatering van een ernstige ziekte bij of een ernstig ongeval van een familielid in de 1e of 2e graad of huisgenoot van verzekerde
 5. ernstige materiële schade aan de woning, inboedel of het bedrijf van verzekerde

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Regeling bij terugkeer in woonland

Als u in uw woonland verblijft, geldt dezelfde regeling als voor terugkeer uit het buitenland.

Maar wij vergoeden in geval 4 voor extra kosten van vervoer maximaal € 500 per gebeurtenis.

U mag vervoer in het woonland zelf regelen.

4. Vervangende chauffeur

Wij vergoeden de kosten van een vervangende chauffeur, als:

- de bestuurder om medische redenen niet meer kan rijden, en
- het gebruikte motorrijtuig nog goed rijdt, en
- de andere reisgenoten het motorrijtuig niet kunnen besturen

Reist u met een eigen motorrijtuig, dan vergoeden wij de kosten van de vervangende chauffeur tot de woonplaats. Reist u met een gehuurd motorrijtuig, dan vergoeden wij de kosten van de vervangende chauffeur naar de inleverplaats die het dichtstbij is.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt de inzet van een vervangende chauffeur.

5. Garantie, voorschotbetalingen en toezending geneesmiddelen

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt op uw verzoek:

- garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de zorgverlener, als de kosten vergoed worden door uw basisverzekering bij ons, of Wereldfit
- de nodige voorschotbetalingen van die zorgkosten
- indien mogelijk, toezending van noodzakelijke geneesmiddelen die ter plaatse niet zijn te krijgen, als de kosten worden vergoed door uw basisverzekering of aanvullende verzekering bij ons

Regeling bij overlijden

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoeden wij de kosten van:

- de uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van familieleden in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500. Of in plaats daarvan, vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat de nabestaanden kiezen (geen maximumbedrag)
- de extra kosten van vervoer in verband met de terugreis en extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, met een maximum van 30 dagen
- vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats waar de overleden verzekerde ligt opgebaard, inclusief terugreis
- vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 1 persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan, inclusief terugreis

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Voorziene zorg

1. Wij vergoeden de kosten van medisch-specialistische zorg volgens de vergoeding Medisch specialist van de basisverzekering, die is verleend in een ziekenhuis in België of Duitsland. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag van het land waar de behandeling plaatsvindt. De vergoeding volgens de basisverzekering maakt hiervan deel uit.

Wij vergoeden niet:

- inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon (supplementen) (België) of kosten die daarmee te maken hebben
- alternatieve zorg

U moet voor de behandeling contact opnemen met onze ZorgConsulent. Die begeleidt u bij uw keuze voor een zorgverlener. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.

2. Vergoeden wij een behandeling volgens 1? Dan vergoeden wij daarbij ook het ziekenvervoer vanaf uw woonadres in Nederland en terug, maar alleen als u zelf passagier bent.

Basisregels
Hulpmiddelen basisverzekering

Basisregels hulpmiddelen basisverzekering

Deze basisregels zijn onderverdeeld in 3 onderwerpen.

1. Ik heb een hulpmiddel nodig
2. Ik krijg een hulpmiddel voor het eerst
3. Ik gebruik een hulpmiddel

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

Ik heb een hulpmiddel nodig

1. Heeft u een hulpmiddel nodig? Dan bepalen wij of wij dat hulpmiddel vergoeden aan de hand van:
 - de algemene regels¹
 - de basisregels hulpmiddelen die u nu leest
 - de vergoeding Hulpmiddelen
 - de vergoeding van het hulpmiddel waar het om gaatDeze 4 soorten regels zijn dus altijd van toepassing.

2. **Een hulpmiddel moet geschikt zijn voor het doel waarvoor u het gaat gebruiken:** het moet adequaat zijn. Dit is een aanvulling op algemene regel 24¹. Daarin staat, in het kort, dat wij zorg vergoeden waarop u in redelijkheid bent aangewezen en die als effectief en veilig wordt beschouwd.

Is uw hulpmiddel niet meer adequaat? Dan kunt u bij ons herstel, aanpassing of vervanging vragen. Dat werkt hetzelfde als toestemming vragen. In basisregel 3 staat daarover meer.

U heeft recht op een standaard hulpmiddel (confectie), als dit voor u adequaat is. Soms is dat niet zo. Dan krijgt u een op maat gemaakt hulpmiddel. Uw leverancier of zorgverlener moet ons dan laten weten waarom een standaard hulpmiddel voor u niet werkt.

3. **Vaak moet u ons vooraf toestemming vragen** voor een hulpmiddel. In de vergoeding van het hulpmiddel staat of dit ook voor uw hulpmiddel geldt. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming¹ bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Wilt u vanwege uw privacy niet dat de leverancier uw aanvraag behandelt? U kunt de aanvraag ook via het contactformulier of per post sturen naar onze medisch adviseur. Dan geldt het beroepsgeheim. Geef op het formulier of de envelop dan aan 't.a.v. de medisch adviseur'.

4. In alle vergoedingen van hulpmiddelen staat een beschrijving van het hulpmiddel of het soort hulpmiddelen dat onder de vergoeding valt. Vallen er meer hulpmiddelen onder de beschrijving? Dan staan die allemaal onder 'Details per hulpmiddel' genoemd. **Heeft u een ander hulpmiddel nodig, dat daar niet genoemd is, maar wel binnen de beschrijving past? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig.** In basisregel 3 en in de vergoeding van het hulpmiddel staat hoe u toestemming kunt vragen.

Ik krijg een hulpmiddel voor het eerst

5. **Krijgt u een hulpmiddel voor het eerst? Dan is het gebruiksklaar.** U krijgt een gebruiksaanwijzing als het hulpmiddel die heeft. Gebruikt een hulpmiddel batterijen of een oplader? Dan krijgt u die er de eerste keer bij.
6. **U krijgt een hulpmiddel in bruikleen, of u koopt het zelf.** Bruikleen betekent dat wij of de leverancier eigenaar blijven, en dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u het nodig heeft. Als u het hulpmiddel zelf koopt, wordt u de eigenaar. In de vergoeding van uw hulpmiddel leest u of u uw hulpmiddel zelf koopt of in bruikleen krijgt.
7. **Krijgt u een hulpmiddel in bruikleen? Dan betalen wij de kosten van aanschaf** (door de leverancier of door ons), **onderhoud en reparatie. Ook vergoeden wij de verbruiksartikelen die bij het hulpmiddel horen.** Verbruiksartikelen zijn nodig bij het gebruik van uw hulpmiddel. U gebruikt steeds een nieuwe en gooit ze na gebruik weg. Batterijen zijn geen verbruiksartikelen.

Een bruikleenhulpmiddel wordt door de leverancier bij u thuis bezorgd.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/algemene-regels

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

8. **Voor een bruikleenhulpmiddel betaalt u geen eigen risico, maar wel voor de verbruiksartikelen** die bij het hulpmiddel horen. Koopt u een hulpmiddel zelf, dan betaalt u altijd eigen risico.
9. **U kunt een bruikleenhulpmiddel ook zelf kopen. U moet ons dan wel vooraf toestemming vragen.** Er kunnen namelijk extra voorwaarden gelden. Geef op uw aanvraag aan dat u het hulpmiddel zelf wilt kopen. Wij vergoeden de marktconforme prijs van het meest eenvoudige hulpmiddel. In algemene regel 25 leest u meer over de marktconforme prijs. **Als u een bruikleenartikel zelf koopt, krijgt u het in eigendom. U betaalt dan eigen risico.**
10. Wij vergoeden ook een reserve-exemplaar van uw hulpmiddel, als u het hulpmiddel vaak lange tijd moet missen door onderhoud of reparatie. Dat doen wij alleen als u zonder hulpmiddel ernstig beperkt bent bij uw dagelijkse bezigheden. U moet ons wel vooraf toestemming vragen voor het reserve-exemplaar.
11. **Heeft u een bruikleenhulpmiddel niet meer nodig? Dan moet u het teruggeven aan de leverancier.**

Ik gebruik een hulpmiddel

12. **Kosten van normaal gebruik van een hulpmiddel vergoeden wij niet.** Bijvoorbeeld batterijen, of de stroom die een hulpmiddel gebruikt. Er zijn uitzonderingen. Dan vergoeden wij de kosten van normaal gebruik wel. Voor welke hulpmiddelen dat geldt, staat in de vergoedingen van hulpmiddelen.
13. **Wilt u uw hulpmiddel vervangen of aanpassen, maar is de gebruikstermijn nog niet verstreken? Dan vergoeden wij vervanging of aanpassing alleen als uw oude hulpmiddel niet meer goed werkt.** De gebruikstermijn is de periode dat u in ieder geval met een hulpmiddel moet doen.

Voor vervanging binnen de gebruikstermijn heeft u vooraf toestemming van ons nodig. U moet bij vervanging ook voldoen aan de eisen die wij stellen als u voor het eerst een hulpmiddel nodig heeft.

In de vergoeding van uw hulpmiddel staat of een gebruikstermijn geldt en wat de gebruikstermijn is.

14. **U moet een hulpmiddel zorgvuldig gebruiken en onderhouden.** Doet u dat niet, en moet het hulpmiddel vervangen of gerepareerd worden omdat u er roekeloos mee om bent gegaan? Dan vergoeden wij de reparatie of vervanging van uw hulpmiddel niet. Dat geldt ook voor opnieuw installeren van hardware of software als deze is vastgelopen omdat u er roekeloos mee om bent gegaan.

Vergoedingen
Hulpmiddelen basisverzekering

Inhoudsopgave

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Pruik	246
Prothesen	247
Borstprothesen	250
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	251
CPAP-apparatuur	254
MRA	255
Zuurstofapparatuur	257
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	259
Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen	263
Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)	265
Orthesen	268
Brillen en lenzen bij medische indicatie	269
Hulpmiddelen bij problemen met zien	271
Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	274
Hulpmiddelen bij problemen met horen	276
Hulpmiddelen bij huidproblemen	279
Verbandmiddelen	281
Verbandschoenen	283
Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting	284
Incontinentiemateriaal	287
Hulpmiddelen voor anticonceptie	289
Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed	290
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen	293
Hulpmiddelen bij vaatproblemen	295
Steunkousen	296
Hulpmiddelen bij diabetes	298
Infuus pomp	301
Kappen voor schedelbescherming	302
Voedingssonde en voedingspomp	304
Hulpmiddelen bij problemen met spreken	306
Persoonsalarmering	307
Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)	309
Hulpmiddelen bij trombose	310
Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse	312
Daisyspelers	313
Hulphonden	315

Pruik

Als u door een medische aandoening of behandeling (tijdelijk) geen haar heeft.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	€ 436 Maximaal, per pruik
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	€ 100 Maximaal per kalenderjaar, voor het bedrag dat u zelf moet betalen
Optifit	€ 150 Maximaal per kalenderjaar, voor het bedrag dat u zelf moet betalen
Topfit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar, voor het bedrag dat u zelf moet betalen
Superfit	100%

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor de pruik. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Een pruik is een hulpmiddel dat uw haar vervangt. Een pruik kan gemaakt worden van echt of synthetisch haar.

De basisverzekering vergoedt een pruik als u helemaal of voor een deel kaal wordt door een medische behandeling of een aandoening.

Dit wordt niet vergoed

- pruiken bij natuurlijke klassieke mannelijke kaalheid
- gebruikelijke hoofdbedekking, zoals hoeden, petten, bandana's en mutsen

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van pruiken

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u de pruik in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

Als de pruik meer kost dan € 436, betaalt u het bedrag daarboven zelf.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de pruik van de behandelend arts of een oncologieverpleegkundige.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een pruik alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging of aanpassing binnen 1 jaar moet u ons toestemming vragen

Voor de pruik geldt een gebruikstermijn van 1 jaar. Wilt u uw pruik vervangen of laten aanpassen, maar is het jaar nog niet om? Dan vergoeden wij dit alleen als uw pruik niet meer goed is. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de pruik in artikel 2.6, onderdeel a en 2.8 als uitwendig hulpmiddel voor volledige ondersteuning of vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan. Hieronder vallen ook de borstprothese en prothesen.

Prothesen

Als u een hulpmiddel nodig heeft dat een deel van uw lichaam vervangt of bedekt.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor prothesen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Een prothese is een uitwendig hulpmiddel dat een onderdeel van het lichaam vervangt of bedekt. Helemaal, of voor een deel.

De basisverzekering vergoedt prothesen voor het **vervangen** van:

- armen en handen, benen en voeten, schouders, heupen en bekken
- stembanden

Als u bij de prothese een liner of stompkous nodig heeft, vergoeden wij deze ook. Heeft de prothese batterijen of een oplader nodig? Dan vergoeden wij die batterijen of oplader.

De basisverzekering vergoedt ook prothesen voor het **vervangen, of bedekken** van:

- oogbol, inclusief scleraschalen¹ en -lenzen zonder visuscorrectie
- gezicht, inclusief neus en oren

Bij 'Details per hulpmiddel' staat een lijst van de hulpmiddelen die onder deze omschrijvingen vallen.

Andere vergoedingen

Stemprothesen die in het ziekenhuis geplaatst worden, vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

Scleraschalen met visuscorrectie vallen onder de vergoeding [Problemen met zien](#).

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van prothesen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, als u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt. U betaalt geen eigen risico, als u deze hulpmiddelen in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' staat per hulpmiddel of u het in eigendom of in bruikleen krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet soms vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen soms alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen u toestemming moet vragen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging of aanpassing binnen de gebruikstermijn moet u ons toestemming vragen

Voor sommige hulpmiddelen geldt een gebruikstermijn. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen een gebruikstermijn geldt. Wilt u uw hulpmiddel vervangen of laten aanpassen voor de gebruikstermijn om is? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude hulpmiddel niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Details per hulpmiddel

Prothesen voor armen en handen, schouders, heupen en bekken

Kunstmatig lichaamsdeel dat de werking van uw armen en handen, schouders, heupen of bekken helemaal of voor een deel overneemt.

¹ Een scleraschaal is een prothese die de oogbol voor een deel bedekt. Een scleralens lijkt op een contactlens

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de gebruikstermijn is minimaal 3 jaar

Prothesen voor benen en voeten

Kunstmatig lichaamsdeel dat de werking van uw benen en/of voeten helemaal of voor een deel overneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt. Bent u jonger dan 16 jaar, dan krijgt u dit hulpmiddel in eigendom. In beide gevallen betaalt u geen eigen risico
- de gebruikstermijn is minimaal 3 jaar. Bent u jonger dan 16 jaar dan is de gebruikstermijn minimaal 2 jaar

Bekrachtigde arm- en beenprothesen

Elektrisch bekrachtigde prothese die de werking van uw arm en hand overneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt
- de gebruikstermijn is minimaal 5 jaar

Stompkousen

Stompkousen passen over de amputatiestomp en maken het dragen van een prothese aangenamer. Ze beschermen uw huid tegen het drukken en schuiven van de prothese.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u krijgt maximaal 6 stompkousen per jaar

Liner

Een liner werkt als tussenlaag tussen de huid en de binnenkant van de koker.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de gebruikstermijn is 1 jaar

Stemprothesen

Hulpmiddelen die ervoor zorgen dat u weer kunt spreken, als uw strottenhoofd verwijderd is.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Oogprothesen, scleraschalen en scleralenzen zonder visuscorrectie

Hulpmiddelen die uw oogbol vervangen of het voorste deel van de oogbal afdekken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend oogarts
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Gezichtsprothesen (inclusief neus en oren)

Hulpmiddelen die uw gezicht, uw neus of uw oren voor een deel vervangen of bedekken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons te hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de gebruikstermijn is minimaal 5 jaar

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft prothesen in artikel 2.6, onderdeel a en 2.8 als uitwendige hulpmiddelen voor volledige ondersteuning of vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan. Hieronder vallen ook de pruik en de borstprothese.

Borstprothesen

Als u door een ziekte, aandoening of behandeling geen borst (meer) heeft.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor borstprothesen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Een borstprothese is een namaakborst die uw eigen borst helemaal of voor een deel vervangt.

De basisverzekering vergoedt een uitwendige borstprothese als uw borstklier helemaal of bijna helemaal ontbreekt. Bijvoorbeeld omdat deze is weggehaald bij een operatie.

Dit wordt niet vergoed

- bh's, plakpleisters en hechtstrips bij een borstprothese

Andere vergoedingen

Borstimplantaten die door de chirurg worden geplaatst, vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van borstprothesen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u de borstprothese in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor de borstprothese.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de borstprothese van uw behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige.

Voor vervanging binnen 1 jaar moet u ons toestemming vragen

Voor de borstprothese geldt een gebruiksstermijn van 1 jaar. Wilt u uw borstprothese vervangen, maar is het jaar nog niet om? Dan vergoeden wij dit alleen als uw borstprothese niet meer goed is. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de borstprothese in artikel 2.6, onderdeel a en 2.8 als uitwendige hulpmiddel voor volledige ondersteuning of vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan. Hieronder vallen ook de pruik en prothesen.

Hulpmiddelen bij problemen met ademen

Als u hulp nodig heeft om goed te ademen.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met ademen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Er zijn verschillende hulpmiddelen die kunnen helpen als u niet goed kunt ademen. Bijvoorbeeld voorzetskamers voor medicijnen die u moet inademen, of apparatuur die slijm wegzuigt zodat uw luchtwegen vrij blijven. De basisverzekering vergoedt uitwendige hulpmiddelen die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpen.

Bij 'Details per hulpmiddel' staat een lijst van de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

De basisverzekering vergoedt ook stoffen die u met deze hulpmiddelen krijgt toegediend. Met stoffen bedoelen wij zuurstof of andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen. Deze moeten bedoeld zijn om te helpen met ademen.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor chronische ondersteuning van de ademhaling

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met ademen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [zuurstofapparatuur](#)
- [CPAP-apparatuur](#)
- [MRA](#)

Apparatuur voor mechanische beademing (als u niet zelfstandig kunt ademen) valt onder de vergoeding [Mechanische beademing](#).

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen voor problemen met ademen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, als u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt. U betaalt geen eigen risico, als u deze hulpmiddelen in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' kunt u zien welke.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet soms vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen soms alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen u toestemming moet vragen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Details per hulpmiddel

Voorzetskamers met toebehoren

Hulpmiddel om medicijnen in te ademen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of longverpleegkundige
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Vernevelaars met toebehoren

Hulpmiddel om medicijnen via verneveling in te ademen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of longverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Apparatuur voor positieve uitademingsdruk

Hulpmiddel dat helpt bij het ophoesten van slijm.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de longarts of kinderarts
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Slijmuitzuigapparatuur

Hulpmiddel voor het verwijderen van slijm uit de mond of keel.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Trachea canule met stomabeschermer

Buisje dat de luchtpijp verbindt met de buitenlucht. De stomabeschermer zorgt ervoor dat de luchtpijp minder snel uitdroogt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Longvibrator

Hulpmiddel om slijm in de longen los te maken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met ademen in artikel 2.6, onderdeel b en 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook CPAP-apparatuur, MRA en zuurstofapparatuur.

CPAP-apparatuur

Voor als u hulp nodig heeft met ademen tijdens uw slaap.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor CPAP-apparatuur. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

CPAP staat voor Continuous Positive Airway Pressure. Een CPAP-apparaat is een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor behandeling van slaapapneu. Als u slaapapneu¹ heeft stopt de ademhaling tijdens uw slaap vaak en voor meer dan 10 seconden. Bijvoorbeeld omdat uw tong uw luchtpijp blokkeert of uw hersenen te weinig prikkels geven om adem te halen. Een CPAP blaast lucht onder druk in uw luchtpijp. Dat gebeurt via een masker. De CPAP houdt uw luchtwegen bij het slapen open of geeft een prikkel om adem te halen, zodat u door blijft ademen. Uw ademhaling stopt zo niet meer.

De basisverzekering vergoedt CPAP-apparatuur als u matige tot ernstige slaapapneu heeft. U moet wel een proefperiode hebben gehad met positief resultaat.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor chronische ondersteuning van de ademhaling
- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met ademen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [hulpmiddelen bij problemen met ademen](#)
- [zuurstofapparatuur](#)
- [MRA](#)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van CPAP-apparatuur

¹ Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt geen eigen risico, omdat u de CPAP-apparatuur in bruikleen krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor dit hulpmiddel.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor CPAP-apparatuur van uw longarts, KNO-arts of neuroloog.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden CPAP-apparatuur alleen als u vooraf toestemming heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging binnen 5 jaar moet u ons toestemming vragen

Voor CPAP-apparatuur geldt een gebruiksstermijn van 5 jaar. Wilt u uw CPAP-apparatuur vervangen, maar zijn de 5 jaar nog niet om? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude CPAP-apparatuur niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de CPAP-apparatuur in artikel 2.6, onderdeel b en 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met ademen, MRA en zuurstofapparatuur.

MRA

Voor als u hulp nodig heeft met ademen tijdens uw slaap.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor de MRA. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

MRA staat voor Mandibulair Repositie Apparaat. Een MRA wordt gebruikt om slaapapneu¹ te behandelen. Als u slaapapneu heeft, stopt de ademhaling tijdens uw slaap vaak en voor meer dan 10 seconden. Bijvoorbeeld omdat uw tong of huig uw luchtpijp blokkeert. Een MRA schuift uw onderkaak naar voren. Zo blijven uw luchtwegen tijdens het slapen vrij.

De basisverzekering vergoedt de MRA als u behandeld wordt voor lichte tot matige slaapapneu of als een behandeling met CPAP-apparatuur bij u niet werkt.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor uitsluitend het verminderen van snurken

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met ademen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [hulpmiddelen bij problemen met ademen](#)
- [zuurstofapparatuur](#)
- [CPAP-apparatuur](#)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers voor de MRA of een NVTs-erkende tandarts, kaakchirurg of orthodontist

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u het hulpmiddel in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor dit hulpmiddel.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de MRA van uw longarts of KNO-arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de MRA alleen als u vooraf toestemming heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging of aanpassing binnen 5 jaar moet u ons toestemming vragen

Voor de MRA geldt een gebruiksstermijn van 5 jaar. Wilt u uw MRA vervangen of laten aanpassen, maar zijn de 5 jaar nog niet om? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude MRA niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de MRA in artikel 2.6, onderdeel b en 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met ademen, CPAP-apparatuur en zuurstofapparatuur.

¹ Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)

Zuurstofapparatuur

Voor als u hulp nodig heeft om voldoende zuurstof op te nemen.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding **Hulpmiddelen**. Wat daar staat, geldt ook voor zuurstofapparatuur. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Zuurstofapparatuur gebruikt u als u zuurstof moet krijgen. De basisverzekering vergoedt zuurstofapparatuur als die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpt. Er zijn verschillende apparaten voor zuurstof:

- zuurstofconcentrators halen zuurstof uit de lucht, en zijn bedoeld voor gebruik thuis. Er zijn ook mobiele concentrators om mee te nemen
- zuurstofcilinders bevatten samengeperste zuurstof, die u makkelijk mee kunt nemen zodat u mobiel blijft
- systemen met vloeibare zuurstof, die bestaan uit een draagbaar vat, en een groot vat om het draagbare vat bij te vullen. Het systeem is zowel thuis als buiten huis te gebruiken

U kunt niet zelf kiezen welke zuurstofapparatuur u krijgt. Dat bepalen uw behandelend arts en leverancier aan de hand van wat u nodig heeft.

De basisverzekering vergoedt ook stoffen die u met zuurstofapparatuur krijgt toegediend. Met stoffen bedoelen we zuurstof en andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen.

Gebruikt uw zuurstofapparaat stroom? Dan vergoeden wij € 0,06 per uur dat u het zuurstofapparaat gebruikt. Ieder uur moet geregistreerd zijn door de leverancier van het hulpmiddel.

Gebruikt u zuurstofapparatuur en gaat u naar het buitenland? Het is niet altijd mogelijk om genoeg zuurstof mee te nemen. Of u mag het niet meenemen, bijvoorbeeld omdat u gaat vliegen. Dan vergoeden wij ook zuurstof die u in het buitenland krijgt, tot maximaal het Nederlandse tarief. Alle kosten daarboven en andere kosten vergoeden wij niet. Dan geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg. U kunt zuurstof in het buitenland via uw leverancier regelen.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor chronische ondersteuning van de ademhaling

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met ademen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [hulpmiddelen bij problemen met ademen](#)
- [CPAP-apparatuur](#)
- [MRA](#)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van zuurstofapparatuur

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt geen eigen risico voor zuurstofapparatuur, omdat u die in bruikleen krijgt. Voor de vergoeding voor stroom van € 0,06 per uur betaalt u wel eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor zuurstofapparatuur.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor zuurstofapparatuur van uw behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden zuurstofapparatuur alleen als u vooraf toestemming heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de CPAP-apparatuur in artikel 2.6, onderdeel b en 2.9 als uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met ademen, MRA en CPAP-apparatuur.

Hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Voor als u niet goed kunt bewegen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met bewegen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)? En is het noodzakelijk deze aandoening te corrigeren? Bijvoorbeeld afwijkingen van uw wervelkolom of voeten, verlamming of letsel aan uw botten of pezen. Vaak helpt een orthese dan.

Helpt een orthese niet of niet genoeg, en bent u door uw aandoening nog beperkt bij 1 van de volgende bewegingen? Dan vergoeden wij ook hulpmiddelen om dit te corrigeren of verbeteren.

- lopen
- gebruik van uw hand en arm
- veranderen van lichaamshouding of het vasthouden daarvan
- gebruiken van apparaten voor communicatie

Bij 'Details per hulpmiddel' staat een lijst van de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen als u beperkt bent bij huishoudelijke taken, zoals aangepaste keukenspullen
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij eten en drinken
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij het lopen
- een stoel om makkelijker op te staan met alleen een sta-op functie
- helmen om een schedelafwijking van een baby of jong kind te herstellen (redressiehelmen)

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met bewegen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- eenvoudige loophulpmiddelen
- orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen
- orthesen
- daisyspelers en daisysoftware, en hulphonden (ADL-honden). Deze hulpmiddelen kunnen gebruikt worden voor problemen met bewegen
- kortdurende uitleen, voor hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- hulpmiddelen voor verzorging en verpleging op bed

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, als u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt. U betaalt geen eigen risico, als u deze hulpmiddelen in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' kunt u zien welke hulpmiddelen u in eigendom krijgt en welke in bruikleen.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf toestemming heeft gekregen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen u toestemming moet vragen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging of aanpassing binnen de gebruikstermijn moet u ons toestemming vragen

Voor sommige hulpmiddelen geldt een gebruikstermijn. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen een gebruikstermijn geldt. Wilt u uw hulpmiddel vervangen of laten aanpassen voor de gebruikstermijn om is? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude hulpmiddel niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Details per hulpmiddel

Robotarm en dynamische arondersteuning

Hulpmiddelen om onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie te corrigeren.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift met toelichting hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Robotmanipulator

Hulpmiddel dat u kan helpen bij uw dagelijkse activiteiten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de revalidatiearts en een schriftelijke advies van de ergotherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt
- de gebruikstermijn is 5 jaar

Eetapparaat

Mechanisch hulpmiddel dat u kan helpen met het toedienen van voeding.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Trippelstoel

Makkelijk te verrijden en wendbare stoel op wieltjes. Daarmee kunt u zich eenvoudig zittend verplaatsen en heeft u uw handen vrij om wat te doen of iets mee te nemen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Loopwagen of loopfiets

Hulpmiddel waarmee u zich kunt verplaatsen als het lopen van langere afstanden niet meer lukt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Aangepaste tafel of aangepaste stoel

Een aangepaste tafel is een tafel die in hoogte verstelbaar is voor rolstoelgebruikers. Een aangepaste stoel gebruikt u omdat u niet meer goed kan zitten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt
- de gebruikstermijn is 5 jaar

Apparatuur voor omgevingsbediening

Hulpmiddelen die u helpen om bijvoorbeeld de telefoon, lampen, deuren of gordijnen te bedienen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Aangepaste apparatuur om de computer te bedienen

Hulpmiddelen die u helpen om uw computer te gebruiken, zoals hoofdbediening en oogbediening.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Bladomslagapparaat

Hulpmiddel om bladzijden van boeken en tijdschriften om te slaan.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Aangepaste telefoon via omgevingsbesturing

Telefoon die u via de omgevingsbesturing kan gebruiken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico bij, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Telefoonhoornhouder

Hulpmiddel als u zelf de telefoon(hoorn) niet vast kunt houden.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- als de houder € 250 of minder kost, betaalt u eigen risico, omdat u dit hulpmiddel dan in eigendom krijgt.
Kost de houder meer, dan betaalt u geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel dan in bruikleen krijgt

Telefoonnummerkiezer

Hulpmiddel dat u helpt om telefoonnummers in te toetsen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Stabeugel, dynamische zit- of ligorthese

Hulpmiddel om uw houding te corrigeren of comfortabel te krijgen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist en bij vervanging van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Anti-decubitus zitkussen

Een zitkussen om decubitus (doorligwonden) te voorkomen of te behandelen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met bewegen in artikel 2.6, onderdeel e en 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook orthopedische schoenen, en tijdelijke transferhulpmiddelen, orthesen, daisyspelers en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

Als u aangepaste schoenen nodig heeft.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (excl. eigen bijdrage)
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Topfit	€ 1.000 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Superfit	100% Van eigen bijdrage

De vergoeding voor orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen is een onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Onze aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het hierboven genoemde bedrag voor eigen bijdragen. Deze vergoeding is voor alle hulpmiddelen waar een eigen bijdrage voor geldt.

Wat u vergoed krijgt

Orthopedische schoenen zijn speciaal gemaakte of aangepaste schoenen, voor als u geen gewone schoenen (confectie) aan kunt. Hieronder vallen ook semi-orthopedische schoenen. Soms zijn orthopedische schoenen niet nodig, maar is een andere schoenvoorziening voldoende. Dat zijn orthopedische voorzieningen aan gewone schoenen (confectie) en orthopedische binnenschoenen.

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)? En heeft u orthopedische schoenen of andere schoenvoorzieningen nodig om dit te corrigeren? Dan vergoedt de basisverzekering die schoenen of voorzieningen als u ze altijd nodig heeft. De basisverzekering vergoedt deze schoenen of voorzieningen dus niet als u ze tijdelijk nodig heeft, of alleen bij het sporten.

Dit wordt niet vergoed

- gewone schoenen (confectie)

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met bewegen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- orthesen
- daisyspelers en hulphonden (ADL-honden). Deze hulpmiddelen kunnen gebruikt worden voor problemen met bewegen
- kortdurende uitleen, voor hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- hulpmiddelen voor verzorging en verpleging op bed
- steunzolen (aanvullende verzekering)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van (semi-) orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u (semi-) orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt soms een eigen bijdrage. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dit geldt.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf toestemming heeft gekregen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen u toestemming moet vragen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post. Orthopedische voorzieningen aan gewone schoenen (confectie) vergoeden wij maximaal 4 keer per jaar.

Voor vervanging of aanpassing binnen de gebruikstermijn moet u ons toestemming vragen

Voor sommige hulpmiddelen geldt een gebruikstermijn. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen een gebruikstermijn geldt. Wilt u uw hulpmiddel vervangen of laten aanpassen voor de gebruikstermijn om is? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude hulpmiddel niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Details per hulpmiddel

(Semi-) orthopedische schoenen

Aangepaste schoenen als u door problemen met bewegen geen gewone schoenen kunt dragen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u betaalt een eigen bijdrage van € 131 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar dan is uw eigen bijdrage € 65,50 per paar
- de gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar dan is de gebruikstermijn 6 maanden

Wisselpaar (semi-) orthopedische schoenen

Reservepaar (semi-) orthopedische schoenen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u betaalt een eigen bijdrage van € 131 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar dan is uw eigen bijdrage € 65,50 per paar
- de gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar dan is de gebruikstermijn 6 maanden
- u kunt een wisselpaar aanvragen als u uw 1e paar (semi-) orthopedische schoenen 3 maanden heeft

Orthopedische binnenschoenen

Orthopedische voorziening die wordt gedragen in een gewone schoen (confectie).

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Orthopedische voorziening aan confectieschoenen

Orthopedische aanpassing aan uw gewone schoenen (confectie).

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u krijgt maximaal 4 keer per jaar vergoeding hiervoor

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft orthopedische schoenen in artikel 2.6, onderdeel e en 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook hulpmiddelen bij beperkingen met bewegen, en tijdelijke transferhulpmiddelen, orthesen, daisyspelers en daisysoftware en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)

Voor als u niet goed kunt bewegen en tijdelijk een hulpmiddel daarvoor nodig heeft.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen). Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)? En bent u door die aandoening beperkt bij wassen en naar het toilet gaan, het maken van transfers of zich verplaatsen? Dan vergoeden wij ook hulpmiddelen om dit te corrigeren of verbeteren als u ze tijdelijk nodig heeft. We noemen dit ook wel kortdurende uitleen. Als kortdurend zien wij een periode van maximaal 26 weken. Als uw persoonlijke situatie dat vraagt, is het mogelijk om deze termijn iets te verlengen.

Als u zich niet goed kunt verplaatsen vergoedt de basisverzekering niet alle hulpmiddelen, maar alleen rolstoelen en drempelhulpen.

Heeft u het hulpmiddel altijd of langer nodig? Dan kunt u dit aanvragen bij uw gemeente.

Bij 'Details per hulpmiddel' staat een lijst van de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen als u beperkt bent bij huishoudelijke taken, zoals aangepaste keukenspullen
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij eten en drinken
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij lopen, zoals elleboogkrukken, looprekken, rollators of serveerwagens
- een stoel met alleen een sta-op functie, waardoor u makkelijk kunt opstaan
- helmen om een schedelafwijking van een baby of jong kind te herstellen (redressiehelmen)

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met bewegen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [orthopedische schoenen](#) en andere schoenvoorzieningen
- [orthesen](#)
- [daisyspelers en daisysoftware](#), en [hulphonden](#) (ADL-honden). Deze hulpmiddelen kunnen gebruikt worden voor problemen met bewegen
- [hulpmiddelen voor verzorging en verpleging op bed](#)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen voor kortdurende uitleen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt geen eigen risico, omdat u deze hulpmiddelen in bruikleen krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

Details per hulpmiddel

Rolstoel

Hulpmiddel om te verplaatsen als u tijdelijk slecht of niet kunt lopen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Gipssteun

Hulpmiddel dat aan uw rolstoel gemonteerd kan worden om uw gipsbeen te ondersteunen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Drempelhelp

Hulpmiddel om hoge drempels of andere obstakels veilig over te komen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Transferplank, draaischijf en tillift

Hulpmiddelen die u helpen om zich te verplaatsen, bijvoorbeeld van rolstoel naar bed of auto.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Luchtring

Hulpmiddel dat zorgt voor verlichting van pijn bij het zitten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Losse toiletverhoger, losse toiletstoel, losse douchestoel en badplank

Hulpmiddelen die u helpen om het toilet te gebruiken en om te douchen en in bad te gaan.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met bewegen in artikel 2.6, onderdeel e en 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook orthopedische schoenen, en tijdelijke transferhulpmiddelen, orthesen, daisyspelers en daisysoftware en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

Orthesen

Als uw lichaam ondersteuning nodig heeft.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor orthesen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Een orthese is een uitwendig hulpmiddel dat u draagt om de stand van uw lichaam te corrigeren, of de niet-normale beweeglijkheid van uw gewrichten of wervelkolom. Bijvoorbeeld een korset, spalk of een brace.

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)? Dat kan bijvoorbeeld een afwijking van de wervelkolom zijn, verlamming, of letsel aan botten of pezen. En heeft u een orthese nodig om dit te corrigeren? Dan vergoedt de basisverzekering deze als u de orthese altijd nodig heeft. Het gaat dus niet om orthesen die u tijdelijk nodig heeft, of alleen bij het sporten.

Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige orthesen, zoals steunzolen

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met bewegen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [orthopedische schoenen](#) en andere schoenvoorzieningen
- [daisyspelers en daisysoftware](#), en hulphonden (ADL-honden). Deze hulpmiddelen kunnen gebruikt worden voor problemen met bewegen
- [kortdurende uitleen](#), voor hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- [hulpmiddelen voor verzorging en verpleging op bed](#)
- [steunzolen](#) (alleen aanvullende verzekering)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van orthesen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u een orthese in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor de orthese.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de orthese van de medisch specialist. Het voorschrift voor vervanging kunt u ook krijgen van uw behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een orthese alleen als u vooraf toestemming heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging of aanpassing van uw orthese binnen 2 jaar moet u ons toestemming vragen

Voor de orthese geldt een gebruiksstermijn van 2 jaar. Wilt u uw orthese vervangen of laten aanpassen, maar zijn de 2 jaar nog niet om? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude orthese niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de orthese in artikel 2.6, onderdeel e en 2.12 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij beperkingen met bewegen, en tijdelijke transferhulpmiddelen, (semi-)orthopedische schoenen, daisyspelers en daisysoftware en de hulphond (ADL-hond) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

Brillen en lenzen bij medische indicatie

Als u zonder hulpmiddel niet goed kunt zien, door ongeluk, ziekte of aandoening.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Topfit	€ 1.000 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Superfit	100% Van eigen bijdragen

De vergoeding voor brillen en lenzen is een onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor brillen en lenzen bij medische indicatie. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Onze aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het hierboven genoemde bedrag voor eigen bijdragen. Deze vergoeding is voor alle hulpmiddelen waar een eigen bijdrage voor geldt.

Wat u vergoed krijgt

Veel mensen dragen een bril of lenzen in het dagelijks leven omdat ze bijziend of verziend zijn. De basisverzekering vergoedt die niet. Maar een bril of lenzen kunnen ook nodig zijn door een ongeluk, ziekte of aandoening. We noemen dat een medische indicatie. De basisverzekering vergoedt die soms wel.

Lenzen vergoedt de basisverzekering als 1 van de volgende situaties op u van toepassing is:

- correctie van uw ogen is nodig door een medische aandoening of trauma, en lenzen helpen beter dan brillenglazen voor een scherp zicht of zicht van goede kwaliteit
- u bent jonger dan 18 en u bent bijziend, met een sterkte van ten minste -6

Brillenglazen of filterglazen vergoedt de basisverzekering als u jonger bent dan 18 en 1 van de volgende situaties op u van toepassing is:

- wij zouden lenzen met medische indicatie vergoeden maar u heeft liever een bril
- u bent aan 1 of beide ogen geopereerd voor een afwijking aan uw lens
- u ziet scheel omdat u verziend bent (accomodatieve esotropie)

Dit wordt niet vergoed

- brillenglazen of filterglazen als u 18 jaar of ouder bent
- brilmonturen

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met zien. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [daisyspelers en daisysoftware](#), en [hulphonden](#) (blindengeleidehonden). Deze hulpmiddelen kunnen gebruikt worden bij problemen met zien
- [bril, \(contact\)lenzen en ooglaseren](#) (alleen aanvullende verzekering)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van brillenglazen of filterglazen en lenzen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, als u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage voor brillenglazen of filterglazen van € 58,50 per glas tot maximaal € 117 per kalenderjaar. Voor lenzen is dat € 58,50 per lens als u deze langer dan 1 jaar kunt gebruiken. En € 58,50 per lens per kalenderjaar als u deze korter dan 1 jaar kunt gebruiken tot maximaal € 117 per kalenderjaar.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor brillenglazen of filterglazen van uw oogarts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden brillenglazen of filterglazen en lenzen alleen als u vooraf toestemming heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft brillenglazen of filterglazen bij medische indicatie in artikel 2.6, onderdeel f en 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met zien, hulphonden en daisyspelers en daisysoftware.

Hulpmiddelen bij problemen met zien

Als uw zicht zonder hulp niet goed is.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met zien. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Er zijn allerlei hulpmiddelen die u kunnen helpen als u niet goed kunt zien. De basisverzekering vergoedt de volgende hulpmiddelen.

- hulpmiddelen die beperkingen helemaal of voor een deel verhelpen bij lezen, schrijven of het gebruik van apparaten voor elektronische communicatie of informatievoorziening
- hulpmiddelen die beperkingen helemaal of voor een deel verhelpen bij oriëntatie of het om obstakels heenlopen

Bij 'Details per hulpmiddel' vindt u een lijst van de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven, zoals een simpele handloep of leeslineaal

Andere vergoedingen

Er zijn meer hulpmiddelen die helpen bij problemen met zien. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [brillen en lenzen bij medische indicatie](#)
- [daisyspelers](#)
- [hulphonden](#) (blindengeleidehond)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen voor problemen met zien

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, als u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt. U betaalt geen eigen risico, als u deze hulpmiddelen in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' kunt u zien welke hulpmiddelen u in eigendom krijgt en welke in bruikleen.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet meestal vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen meestal alleen als u vooraf toestemming heeft gekregen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen u toestemming moet vragen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging of aanpassing binnen de gebruikstermijn moet u ons toestemming vragen
Voor sommige hulpmiddelen geldt een gebruikstermijn. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen een gebruikstermijn geldt. Wilt u uw hulpmiddel vervangen of laten aanpassen voor de gebruikstermijn om is? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude hulpmiddel niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Details per hulpmiddel

Bijzondere optische hulpmiddelen, zoals telescoop(bril), handloep en lichtloep

Hulpmiddelen als een bril of lenzen niet meer voldoende helpen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de oogarts of regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- als het hulpmiddel € 250 of minder kost, betaalt u eigen risico, omdat u dit hulpmiddel dan in eigendom krijgt. Kost het hulpmiddel meer, dan betaalt u geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel dan in bruikleen krijgt

Beeldschermloep

Hulpmiddel dat documenten vergroot zodat u deze weer kunt lezen en bekijken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Tactiel-leesapparatuur met toebehoren

Brailregel waardoor u een schrijfmachine of beeldscherm kunt gebruiken als u blind of slechtziend bent.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Grootletterssoftware voor computer

Software die geschreven tekst vergroot.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Invoer- en uitvoerapparatuur voor computer

Hulpmiddel om uw computer te bedienen, zoals een speciaal vergroot toetsenbord.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Spraaksoftware voor mobiel telefoon

Software die menukeuzes, namen van bellers en teksten omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Memorecorder

Hulpmiddel die gesproken tekst opneemt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Voorleesapparatuur voor geschreven tekst

Hulpmiddel die geschreven tekst scant en omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Voorleesapparatuur voor tv-ondertiteling

Hulpmiddel dat tv-ondertiteling omzet in spraak.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Blindentaststok

Hulpmiddel bij oriëntatie op de weg en om obstakels heen te lopen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de gebruiksstermijn is 3 jaar

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft brillenglazen of filterglazen bij medische indicatie in artikel 2.6, onderdeel f en 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met zien, hulphonden en daisyspelers en daisysoftware.

Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

Als u zelf niet meer goed kunt horen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (excl. eigen bijdrage)
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Topfit	€ 1.000 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Superfit	100% Van eigen bijdragen

De vergoeding voor hoortoestellen en tinnitusmaskeerders is een onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor hoortoestellen en tinnitusmaskeerders. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Onze aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het hierboven genoemde bedrag voor eigen bijdragen. Deze vergoeding is voor alle hulpmiddelen waar een eigen bijdrage voor geldt.

Wat u vergoed krijgt

Bij hoorhulpmiddelen zult u al snel aan hoortoestellen denken. Of aan tinnitusmaskeerders als u tinnitus heeft. We vergoeden hoortoestellen en tinnitusmaskeerders als ernstig gehoorverlies heeft, of ernstig oorsuizen. Onder ernstig gehoorverlies verstaan wij een verlies van 35 dB of meer. Of u dit heeft, stelt de audiciens vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Heeft u recht op een hoortoestel, maar gebruikt u liever een eenvoudige luisterhulp? Dan vergoeden wij deze luisterhulp.

Voldoet u niet aan de voorwaarde van gehoorverlies of ernstig oorsuizen? In bijzondere situaties vergoeden wij hoortoestellen, tinnitusmaskeerders en eenvoudige luisterhulpen toch. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

We hebben ook een handige brochure¹ over hoortoestellen.

Dit wordt niet vergoed

- hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplantéerd worden

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij hoorproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [hulpmiddelen bij problemen met horen](#)
- [hulphonden](#) (signaalhonden)

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

Andere audiologische zorg valt onder de vergoeding Audiologische zorg. Het gaat bijvoorbeeld om onderzoek naar uw gehoor en advies over een hoortoestel of het gebruik daarvan.

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplantéerd worden vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- alle audiciens

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u deze hoorhulpmiddelen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage voor hoortoestellen als u 18 jaar of ouder bent. De eigen bijdrage is dan 25% van de aanschafkosten.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor het hoortoestel van uw KNO-arts of een audiologisch centrum. Bij ouderdomslethorendheid¹ kan dit ook uw huisarts zijn.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging of aanpassing binnen de gebruikstermijn moet u ons toestemming vragen

Voor sommige hulpmiddelen geldt een gebruikstermijn. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen een gebruikstermijn geldt. Wilt u uw hulpmiddel vervangen of laten aanpassen voor de gebruikstermijn om is? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude hulpmiddel niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Details per hulpmiddel

Hoortoestellen

Hulpmiddel waarmee u beter kunt horen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologische centrum. Bij ouderdomsdoofheid mag dit ook de huisarts zijn
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u betaalt een eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten. Bent u jonger dan 18 jaar, dan heeft u geen eigen bijdrage
- de gebruikstermijn is 5 jaar

Oorstukjes

Dit zijn de onderdelen van het hoortoestel die u in uw oor draagt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum. Bij ouderdomsdoofheid mag dit ook de huisarts zijn
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u betaalt een eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten, maar niet als u jonger dan 18 jaar bent
- de gebruikstermijn is 24 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is de gebruikstermijn 6 maanden

¹ Als u 67 of ouder bent en slecht hoort

Tinnitusmaskeerder

Hulpmiddel dat een ruisgeluid maakt, zodat u minder last heeft van oorsuizen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u betaalt een eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten, maar niet als u jonger dan 18 jaar bent
- de gebruikstermijn is 5 jaar

Eenvoudige luisterhulpmiddelen

Eenvoudig hulpmiddel om goed een gesprek te kunnen voeren. Bijvoorbeeld als u nog geen hoortoestel kan of wil dragen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hoorhulpmiddelen in artikel 2.6, onderdeel c en 2.10 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Hieronder vallen ook hoortoestellen en hulphonden (signaalhonden).

Uw audicien moet aan 2 protocollen voldoen

Wij vergoeden hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien werkt volgens het actuele *Hoorprotocol en indicatieformat* en het *Keuzeprotocol Zorgverzekeraars Nederland*. Uw audicien kan u daar meer over vertellen. U kunt de protocollen ook vinden op onze website of opvragen bij ons Service Center.

Hulpmiddelen bij problemen met horen

Als u zelf niet meer goed kunt horen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (excl. eigen bijdrage)
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Topfit	€ 1.000 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Superfit	100% Van eigen bijdragen

De vergoeding voor hulpmiddelen bij problemen met horen is een onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met horen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels. We noemen deze hulpmiddelen hierna hoorhulpmiddelen.

Onze aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het hierboven genoemde bedrag voor eigen bijdragen. Deze vergoeding is voor alle hulpmiddelen waar een eigen bijdrage voor geldt.

Wat u vergoed krijgt

Bij hoorhulpmiddelen zult u al snel aan hoortoestellen denken. Maar er zijn veel meer hoorhulpmiddelen. Deze helpen u bijvoorbeeld bij het gebruik van uw mobiele telefoon, of het kijken naar tv. Of ze waarschuwen u als er een alarm in huis afgaat. Hieronder leggen we uit welke hulpmiddelen wij vergoeden.

Heeft u ernstig gehoorverlies, of ernstig oorsuizen en gebruikt u een hoortoestel, eenvoudige luisterhulp of tinnitusmaskeerder? Maar kunt u daarmee nog niet goed horen, of apparatuur voor communicatie nog niet goed gebruiken? Dan vergoeden wij hulpmiddelen die dit verbeteren, zoals FM-apparatuur, ringleiding of waarschuwingssystemen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat een lijst van de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen. Wij vergoeden deze hulpmiddelen ook in plaats van een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp.

Onder ernstig gehoorverlies verstaan wij een verlies van 35 dB of meer. Of dit zo is, stelt de audicien vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Voldoet u niet aan de voorwaarde van gehoorverlies of ernstig oorsuizen? In bijzondere situaties vergoeden wij toch hulpmiddelen waarmee u beter kunt horen. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

Bent u slechthorend en heeft u een hulpmiddel nodig op uw werk of in het onderwijs? Dan vergoeden wij sommige hulpmiddelen om uw werkplek aan te passen. Het gaat om apparatuur die aan de volgende 3 eisen voldoet:

- de apparatuur is een aanvulling op het hoortoestel of trilmechanisme dat u al heeft en is voor u persoonlijk bedoeld
- de apparatuur is draadloos verbonden met uw hoortoestel of trilmechanisme
- de apparatuur is nodig om uw werk te kunnen doen of school te kunnen volgen

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen die (deels) bij u geïmplanteerd worden

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij hoorproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- hoortoestellen en tinnitusmaskeerders
- hulphonden (signaalhonden)

Andere audiologische zorg valt onder de vergoeding Audiologische zorg. Het gaat bijvoorbeeld om onderzoek naar uw gehoor en advies over een hoortoestel of het gebruik daarvan.

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplanteerd worden vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- alle audiciens
- alle andere leveranciers van hoorhulpmiddelen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, als u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt. U betaalt geen eigen risico, als u deze hulpmiddelen in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' kunt u zien welke hulpmiddelen u in eigendom krijgt en welke in bruikleen.

Eigen bijdrage

U betaalt soms een eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen u toestemming moet vragen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging of aanpassing binnen de gebruikstermijn moet u ons toestemming vragen

Voor sommige hulpmiddelen geldt een gebruikstermijn. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen een gebruikstermijn geldt. Wilt u uw hulpmiddel vervangen of laten aanpassen voor de gebruikstermijn om is? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude hulpmiddel niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Details per hulpmiddel

Ringleiding, FM-apparaat of infraroodapparaat

Hulpmiddel om het geluid van apparatuur draadloos over te brengen op uw hoortoestel.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de gebruikstermijn is 5 jaar

Teksttelefoon en beeldtelefoon

Hulpmiddel om geluid om te zetten in tekst en beeld.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Wek- en waarschuwingsapparaat

Hulpmiddel dat het geluid van bijvoorbeeld de deurbel, telefoon of rookmelder omzet in licht- en trilsignalen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Soloapparaat met toebehoren

Hulpmiddel dat het geluid van de spreker doorzet naar uw hoortoestel.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hoorhulpmiddelen in artikel 2.6, onderdeel c en 2.10 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Hieronder vallen ook hoortoestellen en hulphonden (signaalhonden).

Uw audicien of leverancier moet aan 2 protocollen voldoen

Wij vergoeden hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien of andere leverancier werkt volgens het *Hoorprotocol en indicatieformat* en het *Keuzeprotocol Zorgverzekeraars Nederland*. Uw audicien of leverancier kan u daar meer over vertellen. U kunt de protocollen ook vinden op onze website of opvragen bij ons Service Center.

Hulpmiddelen bij huidproblemen

Als uw huid door een ziekte of aandoening ondersteuning nodig heeft.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (excl. eigen bijdrage)
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Topfit	€ 1.000 Maximaal per kalenderjaar voor eigen bijdragen
Superfit	100% Van eigen bijdragen

De vergoeding voor hulpmiddelen bij huidproblemen is een onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij huidproblemen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Onze aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het hierboven genoemde bedrag voor eigen bijdragen. Deze vergoeding is voor alle hulpmiddelen waar een eigen bijdrage voor geldt.

Wat u vergoed krijgt

Soms heeft u huidproblemen en heeft uw huid ondersteuning nodig. In deze vergoeding staat wanneer u recht heeft op op maat gemaakte allergeenvrije schoenen en hielbeschermers tegen doorliggen.

De basisverzekering vergoedt deze hulpmiddelen alleen bij 1 van de volgende aandoeningen.

- een complexe wond, of een hoog risico daarop
- een chronische huidaandoening
- ernstige littekens als u daardoor een aantoonbare lichamelijke stoornis heeft of verminkt bent

Een complexe wond is een wond die niet goed geneest door een ziekte of aandoening. Daarbij kan ook het volgende meespelen:

- u kunt door sociale omstandigheden de wond niet goed verzorgen
- uw zorgverlener heeft niet genoeg kennis of vaardigheden om de wond goed te verzorgen
- uw zorginstelling doet niet genoeg aan wondverzorging waardoor uw wond niet goed verzorgd wordt

Wij vergoeden op maat gemaakte allergeenvrije schoenen als u in redelijkheid niet kunt volstaan met gewone allergeenvrije schoenen (confectie).

Dit wordt niet vergoed

- gewone allergeenvrije schoenen (confectie)
- zelfzorgmiddelen
- smeerbare middelen, tenzij deze voor een complexe wond of ernstig litteken gebruikt worden

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij huidproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [verbandmiddelen](#)
- [verband schoenen](#)
- [hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#). Het gaat hier om hulpmiddelen tegen doorliggen

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van deze hulpmiddelen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt soms een eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen u toestemming moet vragen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging of aanpassing binnen de gebruikstermijn moet u ons toestemming vragen

Voor sommige hulpmiddelen geldt een gebruikstermijn. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen een gebruikstermijn geldt. Wilt u uw hulpmiddel vervangen of laten aanpassen voor de gebruikstermijn om is? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude hulpmiddel niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Details per hulpmiddel

Op maat gemaakte allergenvrije schoenen

Speciaal voor u gemaakte schoenen als u een allergie heeft voor bepaalde stoffen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de dermatoloog
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u betaalt een eigen bijdrage van € 131 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar dan is uw eigen bijdrage € 65,50 per paar
- de gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar dan is de gebruikstermijn 6 maanden

Wisselpaar allergenvrije schoenen

Reserve paar allergenvrije schoenen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de dermatoloog
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u betaalt een eigen bijdrage van € 131 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar dan is uw eigen bijdrage € 65,50 per paar
- de gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar dan is de gebruikstermijn 6 maanden

Hielbeschermers tegen doorliggen

Hielbeschermer ter behandeling of preventie van decubitus.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of gespecialiseerde verpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij huidproblemen in artikel 2.6, onderdeel k en 2.18 als hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid. Hieronder vallen ook verbandmiddelen en verbandschoenen.

Verbandmiddelen

Als uw huid door huidproblemen verbonden moet worden.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor verbandmiddelen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Verbandmiddelen zijn er in vele soorten en maten. U kunt denken aan gazen, watten, buis- en netverband, pleisters, tape, windsels en bandagelenzen (verbandlens, zonder correctie).

De basisverzekering vergoedt verbandmiddelen alleen bij de volgende aandoeningen.

- een complexe wond, of een hoog risico daarop
- een chronische huidaandoening
- ernstige littekens als sprake is van een aantoonbare lichamelijke stoornis of verminking

Een complexe wond is een wond die niet goed geneest door een ziekte of aandoening. Daarbij kan ook het volgende meespelen:

- u kunt door sociale omstandigheden de wond niet goed verzorgen
- uw zorgverlener heeft niet genoeg kennis of vaardigheden om de wond goed te verzorgen
- uw zorginstelling doet niet genoeg aan wondverzorging waardoor uw wond niet goed verzorgd wordt

Dit wordt niet vergoed

- verbandmiddelen voor kort gebruik of niet-complexe wonden
- verbandmiddelen die vergelijkbaar zijn met zelfzorgmiddelen of middelen die alleen worden gebruikt bij een behandeling in het ziekenhuis. Welke middelen dat zijn, staat in de lijst verbandmiddelen¹

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij huidproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [hulpmiddelen bij huidproblemen](#)
- [verband schoenen](#)
- [hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)
- [verbandmiddelen voor eenvoudige wonden](#)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van verbandmiddelen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u verbandmiddelen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor verbandmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u voorschrift krijgt.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden verbandmiddelen alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Details per hulpmiddel

Bandagelenzen (zonder correctie)

Een lens zonder sterkte om uw oog te beschermen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de oogarts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Verbandmiddelen

Hulpmiddel om bijvoorbeeld een wond te bedekken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of verpleegkundig specialist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

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

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft verbandmiddelen in artikel 2.6, onderdeel k en 2.18 als hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij huidproblemen en verbandschoenen.

Verbandschoenen

Als uw voeten verbonden zijn en u geen gewone schoenen aan kunt.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor verbandschoenen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Verbandschoenen zijn er voor als u geen gewone schoenen aankunt omdat uw voeten verbonden zijn. Ze zorgen voor een snelle mobilisatie. Ze zijn er in vele soorten en maten.

Wij vergoeden verbandschoenen alleen als 1 van de volgende situaties op u van toepassing is. Door deze aandoening moeten u voeten verbonden worden en kunt u geen gewone schoenen aan.

- u heeft huid-, gevoel- of vaatproblemen aan uw voet
- u bent aan het herstellen omdat uw voet voor een deel is geamputeerd
- door een wond of operatie is uw voet beschadigd

U heeft alleen recht op vergoeding van standaard verbandschoenen (confectie). Er zijn zoveel soorten en maten hiervan dat op maat gemaakte verbandschoenen niet nodig zijn.

Dit wordt niet vergoed

- inlegzolen

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij huidproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen.

- [hulpmiddelen bij huidproblemen](#)
- [verbandmiddelen](#)
- [hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van verbandschoenen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u verbandmiddelen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor verbandmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor verbandschoenen van uw behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft verbandschoenen in artikel 2.6, onderdeel k en 2.18 als hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij huidproblemen en verbandmiddelen.

Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

Zonder zorgen dag en nacht doorkomen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u door een ziekte, aandoening of behandeling minder of geen controle meer bij het ophouden van urine of ontlasting? Of kunt u daardoor uw urine of ontlasting niet op normale wijze kwijt? Dan vergoedt de basisverzekering hulpmiddelen die u daarbij helpen. U kunt denken aan katheters, opvangzakken, spoelapparatuur en stomavoorzieningen.

Bij 'Details per hulpmiddel' staat een lijst van de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Heeft u een stoma? De basisverzekering vergoedt ook hulpmiddelen om uw huid te beschermen en de bij 'Details per hulpmiddel' genoemde materialen, als die bij uw stoma nodig zijn.

In bijzondere situaties vergoedt de basisverzekering ook beschermende onderleggers. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag. Een bijzondere situatie is er als het verlies van bloed, (ontstekings) vocht, urine of ontlasting zulke grote hygiëneproblemen voor u geeft, dat alleen een onderligger u daartegen kan beschermen.

Dit wordt niet vergoed

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- middelen die uw huid beschermen als u geen stoma heeft
- kleding, behalve netbroekjes
- plaswekker (basisverzekering)
- incontinentiematras

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting. Die vallen onder de volgende vergoeding.

- incontinentiemateriaal (absorberend en wasbaar materiaal)
- plaswekker (aanvullende verzekering)
- geneesmiddelen, als u die gebruikt om uw huid te beschermen als u een stoma heeft

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers voor hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting
- voor plaswekkers: alle leveranciers van plaswekkers

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen u toestemming moet vragen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Details per hulpmiddel

Urine-opvangzakken

Hulpmiddel om uw urine op te vangen als u een katheter gebruikt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of gespecialiseerde stoma- of continëntieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Katheters

Een dun, hol en soepel slangetje waarmee urine uit de blaas wordt afgevoerd.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of gespecialiseerde stoma- of continëntieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Spoelapparatuur (ontlasting)

Hulpmiddel dat u helpt om de darmen (met lauw water) te spoelen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of gespecialiseerde stoma- of continëntieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Stomamateriaal

Hulpmiddelen voor de verzorging van een stoma (niet-natuurlijke uitgang van de darmen of blaas).

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of gespecialiseerde stoma- of continëntieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Gaat u meer materiaal gebruiken dan de maximale hoeveelheid die we hieronder noemen? Ook dan moet u vooraf toestemming vragen
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u heeft recht op een maximale hoeveelheid materiaal. Die ziet u hieronder

colostoma 1-delig	maximaal 4 zakjes per dag
colostoma 2-delig	maximaal 4 plakken per week / maximaal 4 zakjes per dag
stomapluggen 1-delig	maximaal 4 pluggen per dag
stomapluggen 2-delig	maximaal 1 plak en 4 pluggen per dag
ileostoma 1-delig	maximaal 2 zakjes per dag
ileostoma 2-delig	maximaal 4 plakken per week / maximaal 2 zakjes per dag
urostoma 1-delig	maximaal 2 zakjes per dag
urostoma 2-delig	maximaal 4 plakken per week / maximaal 2 zakjes per dag
continentiestoma (afdekpleisters en katheters)	2 tot 6 per dag, afhankelijk van voorschrift
irrigatie spoelsets	1e jaar maximaal 2 spoelsets, daarna maximaal 1 per jaar
irrigatie spoelpomp	maximaal 1 spoelapparaat per jaar, maximaal 1 irrigatiesleeve per dag, en na elke spoelbeurt maximaal 2 stomapleisters of colostomiezakjes

Beschermende onderleggers

Onderleggers die uw matras en (rol)stoel beschermen tegen bloed, (ontstekings)vocht, urine en ontlasting.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift met motivatie hebben van de behandelend arts of gespecialiseerde stoma- of continetieverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting in artikel 2.6, onderdeel d en 2.11 als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie. Hieronder valt ook Incontinentiemateriaal.

Incontinentiemateriaal

Zonder zorgen dag en nacht doorkomen.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor incontinentiemateriaal. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Onder incontinentiemateriaal verstaan wij absorberend en wasbaar materiaal voor problemen met urine of ontlasting. Sommige materialen gooit u weg na gebruik, anderen kunt u uitwassen.

Wij vergoeden incontinentiemateriaal als u door een ziekte, aandoening of behandeling minder of geen controle meer heeft bij het ophouden van urine of ontlasting (incontinentie) en aan de volgende voorwaarde voldoet.

- bij kinderen van 3 of 4 jaar: door de ziekte of aandoening is niet te verwachten dat het kind zindelijk wordt
- bij kinderen van 5 jaar of ouder en volwassenen: door de ziekte of aandoening is sprake van langdurige incontinentie

Er is sprake van langdurige incontinentie in de volgende gevallen.

- de problemen met het ophouden van ontlasting duren langer dan 2 weken of de problemen met het ophouden van urine langer dan 2 maanden
- tijdens therapie met bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining is ondersteuning nodig
- het is duidelijk dat de ziekte of aandoening die de problemen met het ophouden van urine of ontlasting veroorzaakt niet vanzelf geneest of dat bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet zal helpen

De continëntieverpleegkundige bepaalt welk materiaal en hoeveel u nodig heeft, tijdens de intake bij uw leverancier. De basisverzekering vergoedt die hoeveelheid.

Dit wordt niet vergoed

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- kleding, behalve netbroekjes
- beschermende onderleggers voor bedden, matrassen en (rol)stoelen als u geen bijzondere zorgvraag heeft
- incontinentiemateriaal bij tijdelijke incontinentie, bijvoorbeeld na een operatie of zwangerschap, of nachtelijk bedplassen

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting. Die vallen onder de volgende vergoeding.

- [hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting](#)

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van incontinentiemateriaal

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor incontinentiemateriaal van uw behandelend arts, physician assistant, verpleegkundig specialist, Urologie Continentie Stoma verpleegkundige of continëntieverpleegkundige.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden incontinentiemateriaal alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft incontinentiemateriaal in artikel 2.6d en 2.11 als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie. Hieronder vallen ook hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting.

Hulpmiddelen voor anticonceptie

Een koperspiraaltje of pessarium om zwangerschap te voorkomen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% tot 21 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding Maar wel anticonceptiegeneesmiddelen
Optifit	Geen vergoeding Maar wel anticonceptiegeneesmiddelen
Topfit	Geen vergoeding Maar wel anticonceptiegeneesmiddelen
Superfit	Geen vergoeding Maar wel anticonceptiegeneesmiddelen

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor middelen voor anticonceptie. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Het koperspiraaltje en het pessarium zijn hulpmiddelen om zwangerschap te voorkomen. Hiervoor geldt de vergoeding die u nu leest. Er zijn ook geneesmiddelen om zwangerschap te voorkomen, zoals de anticonceptiepil, de prikpil en het hormoonspiraaltje. Die vallen onder de vergoeding [Anticonceptiegeneesmiddelen](#).

De **basisverzekering** vergoedt het koperspiraaltje en het pessarium, als u jonger dan 21 bent. De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden het koperspiraaltje en het pessarium vanaf 21 jaar.

Dit wordt niet vergoed

- condooms

Andere vergoedingen

U kunt het spiraaltje door de huisarts of verloskundige laten plaatsen en laten verwijderen. De kosten daarvoor vallen onder de vergoeding De [huisarts \(huisartsenzorg\)](#). U moet het spiraaltje zelf kopen bij de apotheek of andere leverancier van hulpmiddelen en meenemen naar de huisarts of verloskundige. Als u naar de huisarts gaat, betaalt u voor het plaatsen geen eigen risico. Als u naar de verloskundige gaat wel.

U kunt het spiraaltje ook door de medisch specialist in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum laten plaatsen en laten verwijderen. Daarvoor heeft u wel een verwijzing van de huisarts nodig. Dit valt onder de vergoeding [Medisch specialist](#). U hoeft het spiraaltje niet zelf mee te brengen. Het spiraaltje en het plaatsen worden dan in 1 keer gedeclareerd met een DBC. U betaalt dan wel eigen risico.

Wilt u een geneesmiddel voor anticonceptie? Die vallen onder de vergoeding Anticonceptiegeneesmiddelen.

Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- alle andere leveranciers van anticonceptiemiddelen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt. Voor anticonceptiegeneesmiddelen die onder de aanvullende verzekeringen vallen, betaalt u geen eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor hulpmiddelen voor anticonceptie.

Dit moet u zelf doen

U moet soms een voorschrift hebben

Dat is zo voor geneesmiddelen voor anticonceptie. U krijgt het voorschrift van uw arts.

Goed om te weten

De formele vergoeding uit de basisverzekering staat in de Regeling zorgverzekering

De Regeling omschrijft hulpmiddelen voor anticonceptie in artikel 2.6, onderdeel i en 2.16 als hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden.

Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Als bij verpleging en verzorging bij u thuis hulpmiddelen nodig zijn.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Soms zijn hulpmiddelen nodig om op verantwoorde manier verpleging en verzorging op bed te krijgen. Of om op verantwoorde wijze zelfstandig te blijven. Het kan gaan om een aangepast bed, of extra hulp om in of uit bed te komen.

De basisverzekering vergoedt aangepaste bedden en daarvoor bedoelde matrassen alleen als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet.

- u heeft verpleging en verzorging op bed nodig, en u heeft daar een indicatie voor
- het gaat om hulp bij ADL-verrichtingen op bed, of een combinatie hiervan met verpleging en verzorging. ADL-verrichtingen zijn algemene handelingen die dagelijks nodig zijn, zoals aankleden, uitkleden en wassen
- u heeft deze hulp en verpleging en verzorging meerdere keren per dag nodig

Krijgt u verpleging en verzorging op bed, en heeft u andere hulpmiddelen daarvoor nodig? De basisverzekering vergoedt ook deze andere hulpmiddelen, maar alleen als deze genoemd zijn bij 'Details per hulpmiddel'.

Onderleggers om uw bed te beschermen vergoeden wij alleen als deze de enige manier zijn om problemen met hygiëne door bloedverlies of wondvocht op te lossen.

Heeft u geen indicatie voor verpleging en verzorging op bed? Maar heeft u die hulpmiddelen wel nodig om voor uzelf te kunnen blijven zorgen? Ook dan vergoedt de basisverzekering deze hulpmiddelen.

Andere vergoedingen

Hulpmiddelen die u tijdelijk nodig heeft omdat u problemen heeft met bewegen, vallen onder de vergoeding [Kortdurende uitleen](#). Dit zijn bijvoorbeeld hulpmiddelen omdat u zich tijdelijk niet kunt wassen, of omdat u tijdelijk niet in of uit bed kan komen.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van deze hulpmiddelen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, als u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt. U betaalt geen eigen risico, als u deze hulpmiddelen in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' staat welke hulpmiddelen u in eigendom krijgt en welke in bruikleen.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed van de behandelend arts.

U moet soms vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen soms alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen u toestemming moet vragen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Details per hulpmiddel

Bedden in speciale uitvoering (inclusief matras)

Een bijzonder bed als u met een gewoon bed niet verpleegd en verzorgd kunt worden of zelfredzaam kan blijven.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u heeft een voorschrift nodig van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Bedden, matrassen en overtrekken voor de behandeling of preventie van doorligplekken (decubitus)

Hulpmiddelen die druk verlagen als u langdurig moet liggen waardoor u comfortabeler ligt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u heeft een voorschrift nodig van de behandelend arts of decubitusverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen, bedgalgen, papegaaien en portalen

Accessoires voor aan uw bed.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u heeft een voorschrift nodig van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Infuusstandaard

Standaard die u gebruikt om uw infuus aan op te hangen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u heeft een voorschrift nodig van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Bedtafels

Tafel als u in bed wilt eten, computeren, schrijven of lezen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u heeft een voorschrift nodig van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Glij- en rollakens

Hulpmiddel om u te helpen omdraaien in bed.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u heeft een voorschrift nodig van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Bedverkorters, bedverlengers en bedverhogers

Hulpmiddelen om het bed aan te passen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u heeft een voorschrift nodig van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Ondersteek

Hulpmiddel als u niet uit bed kunt of mag om naar de wc te gaan.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u heeft een voorschrift nodig van de behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Bedbeschermende onderleggers

Hulpmiddel om uw matras te beschermen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u heeft een voorschrift nodig van de behandelend arts
- u hoeft vooraf geen toestemming van ons te hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft incontinentiemateriaal in artikel 2.6, onderdeel j en 2.17 als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie. Hieronder vallen ook hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting.

Injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen

Als u voor lange tijd injectiespuiten of injectiepenen moet gebruiken.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Injectiespuiten en injectiepenen zijn bedoeld om medicijnen direct in het lichaam toe te dienen.

De basisverzekering vergoedt injectiespuiten en injectiepenen met toebehoren, als u een aandoening heeft waardoor u voor lange tijd injecties nodig heeft. Het moet om een andere aandoening gaan dan diabetes.

Heeft u een ernstige motorische handicap of kunt u slecht zien en kunt u daardoor niet uit de voeten met standaard injectiespuiten of injectiepenen? Dan vergoedt de basisverzekering injectiespuiten en injectiepenen die aan uw aandoening zijn aangepast. U moet ook aan bovenstaande voorwaarde voldoen: u moet dus een aandoening hebben waardoor u voor lange tijd injecties nodig heeft.

Andere vergoedingen

Heeft u diabetes? Injectiespuiten en injectiepenen om insuline toe te dienen vallen onder de vergoeding Hulpmiddelen bij diabetes.

Gebruikt u injectiespuiten of injectiepenen om geneesmiddelen toe te dienen die vanuit het ziekenhuis vergoed worden? Dan vallen deze onder de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van injectiespuiten en injectiepenen met toebehoren

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor injectiespuiten en injectiepenen van uw behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden injectiespuiten en injectiepenen met toebehoren alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de injectiespuiten en injectiepenen in artikel 2.6, onderdeel I en 2.19 simpelweg als injectiespuiten. Hieronder vallen dus ook injectiepenen.

Hulpmiddelen bij vaatproblemen

Als uw aders en lymfevaten niet meer goed werken.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij vaatproblemen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Uw slagaders en aders zorgen voor transport van het bloed door uw lichaam. Slagaders brengen zuurstofrijk bloed van het hart naar alle organen en weefsels. Aders brengen het bloed met afvalstoffen terug naar het hart. Lymfevaten zorgen voor transport van lymfevocht van organen naar lymfeklieren. Zo worden afvalstoffen van weefsels afgevoerd die niet in het bloed mogen komen.

Soms doen aders en lymfevaten hun werk niet goed en heeft u daarom een hulpmiddel nodig. De basisverzekering vergoedt deze hulpmiddelen als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet:

- de aders of lymfevaten kunnen niet goed meer zorgen voor het transport van bloed of lymfevocht
- u heeft langdurig een hulpmiddel nodig om dit te compenseren

Bij 'Details per hulpmiddel' staat een lijst van de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Andere vergoedingen

Ook steunkousen en eenvoudige aantrek- en uittrekhulpen kunnen helpen bij vaatproblemen. Die vallen onder de vergoeding [Steunkousen](#).

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van deze hulpmiddelen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt geen eigen risico, omdat u deze hulpmiddelen in bruikleen krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Details per hulpmiddel

Ortho-mate

Elektrisch hulpmiddel dat u helpt om uw elastische kousen zelfstandig uit te trekken.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Compressie-apparatuur

Hulpmiddel voor behandeling van lymfe-oedeem.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van behandelend arts en een rapportage met behandelplan van de fysiotherapeut
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de hulpmiddelen bij vaatproblemen in artikel 2.6, onderdeel m als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe. Hieronder vallen ook steunkousen.

Steunkousen

Als de aders en lymfevaten in uw benen of armen niet meer goed werken.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor steunkousen. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Een steunkous zorgt voor extra druk op uw hele been of arm, of een deel daarvan. Uw lichaam kan door deze extra druk bloed of lymfe weer uit uw benen afvoeren. Dit voorkomt bijvoorbeeld oedeem en trombose, of helpt tegen reuma. Steunkousen zijn er in 4 drukklassen. Een steunkous met drukklasse 1 geeft lichte ondersteuning, terwijl een steunkous met drukklasse 4 veel meer druk op uw been of arm geeft en daardoor geschikt is voor ernstige aandoeningen.

De basisverzekering vergoedt alleen steunkousen in drukklasse 2, 3 of 4. We noemen ze dan ook wel 'therapeutische elastische kousen'. U moet aan 2 voorwaarden voldoen.

- de aders of lymfevaten in uw benen of armen zorgen niet meer uit zichzelf voor transport van bloed of lymfevocht
- u heeft langdurig steunkousen in drukklasse 2, 3 of 4 nodig om dit te verhelpen

Als u steunkousen zelf niet aan en uit kan doen, vergoedt de basisverzekering ook een aantrek- en uittrekhelp.

Dit wordt niet vergoed

- steunkousen in drukklasse 1
- steunkousen na het verwijderen van spataderen

Andere vergoedingen

Heeft u hulp nodig van een verzorger of verpleegkundige bij het aan- en uitdoen van steunkousen omdat u dat zelf niet kunt met een aantrek- en uittrekhelp? Die hulp valt onder de volgende vergoeding [Verpleging en verzorging](#).

Krijgt u steunkousen vanwege een operatie of andere ziekenhuisbehandeling? Die vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van steunkousen en aantrek- en uittrekhelpen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor steunkousen en de aantrek- en uittrekhelp van uw behandelend arts. Het voorschrift voor de aantrek- en uittrekhelp kunt u ook krijgen van de fysiotherapeut of ergotherapeut.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden steunkousen en de aantrek- en uittrekhelp alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging van een eenvoudige aantrek- en uittrekhelp binnen 2 jaar moet u ons toestemming vragen

Voor de aantrek- en uittrekhelp geldt een gebruikstermijn van 2 jaar. Wilt u uw aantrek- en uittrekhelp vervangen, maar zijn de 2 jaar nog niet om? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude aantrek- en uittrekhelp niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

U heeft recht op een 2 paar of 2 stuks per jaar

Krijgt u steunkousen voor het eerst? Dan vergoeden wij 1 kous, of 1 paar kousen. Na 3 maanden heeft u recht op 2 nieuwe kousen, of 2 paar. Na 1 jaar heeft u jaarlijks opnieuw recht op 2 nieuwe kousen, of 2 paar.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft steunkousen en aantrek- en uittrekulpen in artikel 2.6, onderdeel m als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij vaatproblemen.

Hulpmiddelen bij diabetes

Als uw lichaam de bloedsuikerspiegel niet zelf kan regelen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij diabetes. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Bij diabetes kan het lichaam zelf de bloedsuiker niet goed regelen. Uw lichaam maakt dan geen insuline aan, of te weinig. Of uw lichaam reageert niet meer goed op de insuline die het aanmaakt. Hulpmiddelen waarmee u uw bloedsuiker kunt meten en insuline kunt toedienen kunnen daarbij helpen.

De basisverzekering vergoedt hulpmiddelen bij diabetes als een van de volgende situaties op u van toepassing is.

- u heeft diabetes type 1 en wordt met insuline behandeld
- u heeft diabetes type 2, u bent bijna uitbehandeld met geneesmiddelen die uw bloedsuiker verlagen en uw arts overweegt behandeling met insuline

Heeft u recht op hulpmiddelen bij diabetes? Maar kunt u door een handicap niet uit de voeten met standaard hulpmiddelen bij diabetes? Dan vergoedt de basisverzekering hulpmiddelen bij diabetes die aan uw handicap zijn aangepast.

Bij 'Details per hulpmiddel' staat een lijst van de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Dit wordt niet vergoed

- vervanging van batterijen en oplaadapparatuur

Andere vergoedingen

Insuline die u toedient met deze hulpmiddelen valt onder de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering.

Strips voor het meten van ketonen in urine vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen bij diabetes

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen bij diabetes alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging binnen de gebruikstermijn moet u ons toestemming vragen

Voor sommige hulpmiddelen geldt een gebruikstermijn. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen een gebruikstermijn geldt. Wilt u uw hulpmiddel vervangen voor de gebruikstermijn om is? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude hulpmiddel niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel vooraf toestemming van ons hebben.

Soms krijgt u een maximale hoeveelheid geleverd

Voor sommige hulpmiddelen geldt dat u een maximaal aantal geleverd krijgt. Daar moet u een bepaalde tijd mee doen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat zo is, welke hoeveelheid u krijgt, en hoe lang u daarmee moet doen. Heeft u meer nodig dan de maximale hoeveelheid? Dan moet u daarvoor vooraf toestemming van ons hebben.

Details per hulpmiddel

Bloedafname-apparatuur

Prikpen om een druppel bloed te krijgen om uw bloedsuiker te meten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de gebruikstermijn is 2 jaar

Lancetten voor bloedafname

Hulpmiddel voor uw prikpen waarmee u in uw vingertop prikt voor een druppel bloed om de glucose in uw bloed te meten.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u heeft recht op een maximale hoeveelheid lancetten¹

Bloedglucosemeter

Hulpmiddel voor het meten van de glucose in het bloed.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de gebruiksstermijn is 3 jaar

Teststrips

Stripje om de druppel bloed op te vangen en in de bloedglucosemeter te doen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- u heeft recht op een maximale hoeveelheid teststrips¹

Insulinepennen

Injectiespuit om insuline toe te dienen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de gebruiksstermijn is 3 jaar
- u heeft recht op 1 reservepen

Insulinepompen met toebehoren

Apparaat dat met een slangetje aan uw lichaam vast zit en regelmatig kleine hoeveelheden insuline afgeeft.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de medisch specialist of diabetesverpleegkundige
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de gebruiksstermijn is 4 jaar

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij diabetes in artikel 2.6, onderdeel o als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.

¹ Als u diabetes heeft vergoeden wij maximaal:

1. eenmalig 50 teststrips/lancetten (als het nodig is 50 extra) als u bijna uitbehandeld bent met bloedglucoseverlagende tabletten en misschien moet overstappen op insuline-
2. 100 teststrips/lancetten per 3 maanden als u 1-2 maal per dag een insuline-injectie nodig heeft
3. 400 teststrips/lancetten per 3 maanden als u 3 of meer insuline-injecties per dag nodig heeft of een insulinepomp gebruikt

Bent u moeilijk instelbaar of jonger dan 18 jaar? Dan kunnen wij toestemming geven voor meer dan 400 teststrips/lancetten per 3 maanden

Infuuspomp

Als u een hulpmiddel nodig heeft om zelf thuis medicijnen toe te dienen.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor een infuuspomp. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Een infuuspomp is een hulpmiddel waarmee een geneesmiddel direct in uw lichaam kan worden toegediend. Ze worden in het ziekenhuis gebruikt, maar u kunt een infuuspomp soms ook thuis krijgen.

De basisverzekering vergoedt de draagbare, uitwendige infuuspomp met toebehoren als u aan de volgende voorwaarden voldoet.

- u moet zelf thuis een geneesmiddel direct in uw lichaam (bloedbaan) toedienen
- u heeft het geneesmiddel steeds nodig
- de basisverzekering vergoedt dit geneesmiddel. Of dat het geval is staat in de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering

Onder toebehoren verstaan wij bijvoorbeeld verbindingsslangetjes, fixatiemateriaal, ontsmettingsmiddel en naalden.

Dit wordt niet vergoed

- vervanging van batterijen

Andere vergoedingen

Hulpmiddelen waarmee u insuline toedient, vallen onder de vergoeding Hulpmiddelen bij diabetes.

Een infuuspomp die u gebruikt om een geneesmiddel bij een ziekenhuisbehandeling toe te dienen, valt onder de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van infuuspompen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt geen eigen risico, omdat u de infuuspomp in bruikleen krijgt. De toebehoren die u bij uw infuuspomp gebruikt vallen wel onder uw eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor de infuuspomp.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de infuuspomp van uw behandelend medisch specialist.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een infuuspomp alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de infuuspomp in artikel 2.6, onderdeel p en 2.22 als draagbare, uitwendige infuuspompen.

Kappen voor schedelbescherming

Als uw schedel bescherming nodig heeft door een bewustzijnsstoornis.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor kappen voor schedelbescherming. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Een bewustzijnsstoornis is een verandering in de toestand van de hersenen waardoor iemand niet reageert op signalen uit de omgeving, of vertraagd of anders dan normaal. Dit komt bijvoorbeeld voor bij stofwisselingsproblemen of epilepsie. Iemand kan dan vallen of buiten bewustzijn raken.

Een kap kan in zulke situaties de schedel beschermen tegen breuken of ander letsel. De basisverzekering vergoedt deze kap als u:

- een bewustzijnsstoornis heeft die regelmatig terugkomt en niet kan worden behandeld
- u een kap nodig heeft om uw schedel te beschermen tegen breuken of ander letsel, of om verergering van letsel of een schedeldefect dat u al heeft te voorkomen

Dit wordt niet vergoed

- epilepsiehonden
- detectie- en alarmeringsapparatuur

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van kappen voor schedelbescherming

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u de kap om uw schedel te beschermen in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de kap voor schedelbescherming van uw behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden kappen voor schedelbescherming alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging binnen 18 maanden moet u ons toestemming vragen

Voor de kap voor schedelbescherming geldt een gebruiksstermijn van 18 maanden. Wilt u uw kap vervangen, maar zijn de 18 maanden nog niet om? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude kap niet meer goed is. U moet daarvoor wel vooraf toestemming¹ van ons hebben.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de kap voor schedelbescherming in artikel 2.9, onderdeel g als hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn.

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

Voedingssonde en voedingspomp

Als u zelf niet meer kunt eten of extra voeding nodig heeft.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor voedingssonde en voedingspomp. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Voeding kan op 3 manieren worden toegediend: via de mond, direct in het maagdarmkanaal of in de bloedbaan. In deze vergoeding gaat het om hulpmiddelen die voeding direct in de maag brengen. Er zijn 2 soorten hulpmiddelen die dat doen: voedingssondes en voedingspompen.

De basisverzekering vergoedt de voedingssonde als deze buiten het ziekenhuis wordt ingebracht en de voedingspomp, beide met toebehoren, als u aan de volgende voorwaarden voldoet.

- u heeft een aandoening of ziekte aan uw spijsverteringskanaal (maag of darmen), waardoor u geen gewone voeding kunt eten
- u heeft een voedingssonde of voedingspomp nodig om voldoende voeding binnen te krijgen

Voorbeelden van toebehoren zijn aansluitstukken of aansluitslangen, flessen en infuusstandaarden. Krijgt u voor langere tijd thuis voeding direct via de bloedbaan toegediend? Dan vergoedt de basisverzekering ook de infuuspomp en toebehoren hiervoor. U kunt denken aan steriele handschoenen en spatels.

Bij 'Details per hulpmiddel' staat een lijst van de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Dit wordt niet vergoed

- de kosten van vervanging van batterijen of oplaadapparatuur

Andere vergoedingen

Infuuspompen voor voeding in de bloedbaan tijdens opname in het ziekenhuis en voedingssondes (met toebehoren) die in het ziekenhuis worden ingebracht, vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#). Dat geldt ook voor infuuspompen als u die voor korte tijd krijgt. Bijvoorbeeld als u wacht op een operatie of palliatieve zorg krijgt.

Bijzondere voeding die u met de voedingssonde of voedingspomp toedient, valt onder de vergoeding [Dieetpreparaten](#).

Eetapparaten vallen onder de vergoeding [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#).

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van voedingssondes en voedingspompen

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, als u deze hulpmiddelen in eigendom krijgt. U betaalt geen eigen risico, als u deze hulpmiddelen in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' kunt u zien welke hulpmiddelen u in eigendom krijgt en welke in bruikleen.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een voedingssonde en voedingspomp alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Details per hulpmiddel

Voedingssonde met toebehoren

Een dun slangetje waarmee sondevoeding kan worden toegediend.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Voedingspomp met toebehoren

Hulpmiddel waarmee sondevoeding in de sonde wordt gepompt.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de behandelend arts of diëtist
- u moet vooraf toestemming van ons hebben
- u betaalt geen eigen risico, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de eetapparatuur in artikel 2.6, onderdeel r en 2.24 als hulpmiddelen voor het toedienen van voeding.

Hulpmiddelen bij problemen met spreken

Als u een hulpmiddel nodig heeft omdat u niet kunt praten.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding **Hulpmiddelen**. Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij problemen met spreken. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Er zijn verschillende hulpmiddelen die kunnen helpen als u niet of bijna niet kunt spreken. Bijvoorbeeld lettersets of symbolensets, software voor tablets, of teksttelefoons.

De basisverzekering vergoedt uitwendige hulpmiddelen bij problemen met spreken als u aan de volgende voorwaarden voldoet.

- u heeft een ernstige taalstoornis of spraakstoornis
- u kunt daardoor niet spreken, of bijna niet
- u heeft een hulpmiddel nodig om u hierbij te helpen

Dit wordt niet vergoed

- telefoons, tablets, laptops en computers waarop software geïnstalleerd wordt die helpt bij problemen met spreken
- hulpmiddelen voor stotteren

Andere vergoedingen

Heeft u een hulpmiddel nodig dat u helpt met het maken of versterken van uw stemgeluid? Dat valt onder de vergoeding prothesen.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van hulpmiddelen voor problemen met spreken

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt geen eigen risico, omdat u deze hulpmiddelen in bruikleen krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor hulpmiddelen bij problemen met spreken van uw behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij problemen met spreken in artikel 2.6, onderdeel s, als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken.

Persoonsalarmering

Als u in noodsituaties niet zelf de telefoon kunt bedienen.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor personenalarmering. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Persoonsalarmering is apparatuur waarmee u in noodsituaties hulp kunt inschakelen als u zelf de telefoon niet kunt bedienen. Deze apparatuur maakt het mogelijk om zelfstandig te blijven wonen als u zelf in het dagelijks leven goed kunt redden. Maar als gevolg van ziekte of beperking een verhoogd risico loopt om in een noodsituatie terecht te komen. Bijvoorbeeld omdat u een ernstige hartaandoening heeft.

De basisverzekering vergoedt persoonsalarmering als u aan de volgende 5 voorwaarden voldoet.

- u heeft een lichamelijke beperking
- u heeft door een ziekte of gebrek een grotere kans dan normaal dat u in een noodsituatie terecht komt
- in die noodsituatie moet u meteen medische of technische hulp in kunnen roepen om medische complicaties te voorkomen
- u bent in die noodsituatie niet in staat om zelf een draadloze of mobiele telefoon te bedienen
- u bent voor een langere periode alleen, waardoor er niemand is die u kan helpen

Apparatuur voor alarmering bestaat uit een basisstation in huis en een draagbare en draadloze noodschakelaar met alarmknop. Daarmee kunt u in een noodsituatie via de alarmknop contact maken met de meldkamer. Zij schakelen dan familie, bureu, een mantelzorger of professionele hulpverlener in.

Dit wordt niet vergoed

- kosten van abonnementen
- sleutelkluisjes
- kosten van vervanging van batterijen of oplaadapparatuur
- bewakingsapparatuur om wiegendood te voorkomen

Andere vergoedingen

De gemeente vergoedt soms persoonsalarmering met een sociale indicatie. Een sociale indicatie betekent dat u zich niet veilig of zeker voelt om alleen te blijven en bang bent om te vallen. Er is dan geen medische reden voor persoonsalarmering.

Heeft u een Wlz-indicatie? Dan komen de kosten van de alarmering voor rekening van uw zorgaanbieder.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van apparatuur voor alarmering

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt geen eigen risico, omdat u apparatuur voor alarmering in bruikleen krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor persoonsalarmering van uw behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden persoonsalarmering alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Toestemming vraagt u aan met een indicatieformulier¹. Uw arts vult dat voor u in. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft apparatuur voor alarmering in artikel 2.6, onderdeel t en 2.26 als hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering. Hieronder vallen ook daisyspelers en daisysoftware.

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

Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)

Als u altijd pijn heeft en geneesmiddelen niet genoeg helpen

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS). Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

TENS staat voor Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie. Het is apparatuur die zwakke elektrische prikkels geeft op de huid voor pijnvermindering.

De basisverzekering vergoedt een TENS met toebehoren als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet.

- u heeft pijn die u altijd voelt
- die pijn is niet te behandelen
- tijdens een proefperiode is gebleken dat een TENS bij u goed werkt

Onder toebehoren verstaan wij bijvoorbeeld elektroden, elektrodepasta, kabels, fixatiemateriaal en draagtas.

Dit wordt niet vergoed

- de kosten van vervanging van batterijen

Andere vergoedingen

Het gebruik van een TENS tijdens de proefperiode valt onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

Wilt u gebruik maken van een TENS bij de bevalling? Dat valt onder de vergoeding [Bevalling-TENS](#).

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van TENS

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u een TENS in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor een TENS van uw behandelend arts of medisch specialist.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een TENS alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft de TENS in artikel 2.6, onderdeel y, als uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren.

Hulpmiddelen bij trombose

Als uw bloed niet goed stolt.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor hulpmiddelen bij trombose. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Trombose ontstaat als het bloed in het lichaam stolt, terwijl het niet moet stollen. Een stolsel in uw bloed kan ernstige gevolgen hebben. Bijvoorbeeld een trombosebeen, longembolie, een hartinfarct of een herseninfarct. Regelmatig de stollingstijd van het bloed meten kan dit voorkomen. Hulpmiddelen om die metingen te doen, noemen we zelfmeetapparatuur. Is de stollingstijd niet goed, dan kan de medicatie worden aangepast.

De basisverzekering vergoedt zelfmeetapparatuur met toebehoren als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet.

- u heeft een ziekte of aandoening waardoor u risico heeft op trombose
- u bent voor langere tijd aangewezen op zelfmeetapparatuur, of u kunt zich door uw werk niet bij de trombosedienst laten controleren.

Onder toebehoren verstaan wij teststrips, vingerprikstelsel met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole, die bij de zelfmeetapparatuur horen.

Andere vergoedingen

Geneesmiddelen die de stolling van het bloed regelen vallen onder de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering.

Laat u bloed meten bij de trombosedienst? Of krijgt u zelfmeetapparatuur van de trombosedienst mee om thuis uw bloed te meten? Dan valt dat onder de vergoeding Trombosedienst. De trombosedienst geeft u ook opleiding om zelfmeetapparatuur te gebruiken, begeleiding bij metingen en advies over het gebruik van geneesmiddelen die de stolling van het bloed regelen.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van zelfmeetapparatuur

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u de zelfmeetapparatuur met toebehoren in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor zelfmeetapparatuur van uw behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden zelfmeetapparatuur alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft hulpmiddelen bij trombose in artikel 2.6, onderdeel n, als uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem.

Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse

Als u thuis op dialyse bent aangewezen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Bij dialyse wordt uw bloed gezuiverd en het overtollig vocht uit uw lichaam verwijderd. Dialyse kan plaatsvinden in een ziekenhuis, dialysecentrum of thuis.

Als u thuisdialyse nodig heeft, moet soms uw woning (tijdelijk) worden aangepast. De basisverzekering vergoedt aanpassingen van uw woning die nodig zijn voor de dialyse. De basisverzekering vergoedt ook het herstel van uw woning in de oorspronkelijke staat als de aanpassingen niet meer nodig zijn.

Ook krijgt u een weekvergoeding voor de extra kosten (water en elektriciteit) die u maakt. Hieronder zit u welke vergoeding u krijgt.

Hemodialyse 1 - 3 keer per week: € 45,86 per week

Hemodialyse 4 - 5 keer per week: € 73,53 per week

Hemodialyse 6 - 7 keer per week: € 96,09 per week

CAPD¹: € 28,72 per week

CCPD²: € 40,38 per week

U declareert de weekvergoeding met het declaratieformulier thuisdialyse³.

Andere vergoedingen

Apparatuur voor thuisdialyse krijgt u van het ziekenhuis of dialysecentrum en valt onder de vergoeding Dialyse.

Dit wordt niet vergoed

- weekvergoeding op weken dat u niet thuis spoelt, omdat u in het ziekenhuis ligt of op vakantie bent. Dit geeft u aan op het declaratieformulier

Hier kunt u terecht

- aannemers die uw woning kunnen aanpassen op thuisdialyse

¹ Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse

² Continue Cyclische Peritoneaal Dialyse

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

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico voor de vergoeding van woningaanpassing en overige kosten.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage de vergoeding van aanpassing van woningaanpassing en overige kosten.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor woningaanpassing en stroomkosten bij thuisdialyse van uw behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse alleen als u vooraf toestemming¹ van ons heeft gekregen. U moet een gespecificeerde offerte voor de woningaanpassingen meesturen met uw aanvraag. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

De Regeling omschrijft woningaanpassingen en overige kosten bij thuisdialyse in artikel 2.6, onderdeel hh en 2.29 als met thuisdialyse samenhangende kosten.

Daisyspelers

Als u zonder hulpmiddel niet kunt lezen.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Hulpmiddelen. Wat daar staat, geldt ook voor daisyspelers. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

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

Wat u vergoed krijgt

DAISY staat voor Digital Accessible Information System. Met een daisyspeler kunt u luisteren naar ingesproken (school)boeken of tijdschriften. De daisyspeler heeft vaak ook functies waarmee gemakkelijk door het tijdschrift of boek gebladerd kan worden. Daisyspelers worden gebruikt als iemand door een motorische handicap, dyslexie of slechtziendheid niet (goed) zelf kan lezen.

Er zijn verschillende soorten daisyspelers. Een tafelmodel is een grotere, robuustere speler met luidsprekers en CD-afspeelfunctie. Een draagbare daisyspeler is veel kleiner en makkelijk overal mee naar toe te nemen en werkt met een geheugenkaart. Met een internet daisyspeler haalt u de audiobestanden direct van internet. Welk model voor u geschikt is hangt af van de reden waarvoor u een daisyspeler nodig heeft, de gebruiksvorm en uw leeftijd.

De basisverzekering vergoedt de daisyspeler als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

- u heeft een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (een motorische handicap), u bent blind of slechtziend of u bent uitbehandeld voor dyslexie
- door deze aandoening kunt u niet zonder hulp lezen
- andere hulpmiddelen helpen niet genoeg en u heeft een daisyspeler nodig om te kunnen lezen

Dit wordt niet vergoed

- CD's, andere devices en bestanden waarin de audio(school)boeken of audiotijdschriften staan
- abonnementen daarvoor
- daisysoftware

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die helpen als u slechts kunt lezen omdat u niet goed kunt bewegen. Die vallen onder de vergoeding Hulpmiddelen bij problemen met bewegen en Orthesen.

Er zijn ook andere hulpmiddelen die helpen als u slecht kunt lezen omdat u niet goed kunt zien. Die vallen onder de vergoeding Hulpmiddelen bij problemen met zien en Brillen en lenzen met medische indicatie.

Behandeling van dyslexie wordt soms door de gemeente vergoed.

Heeft u een daisyspeler vooral nodig voor onderwijs of werk? Dan moet u deze aanvragen bij het UWV.

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers van daisyspelers

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt eigen risico, omdat u de daisyspeler of de daisysoftware in eigendom krijgt.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de daisyspeler van uw behandelend arts.

Heeft u een daisyspeler nodig vanwege uitbehandelde dyslexie? Dan moet u een verklaring hebben van een orthopedagoog of GZ-psycholoog. Een verklaring van de huisarts of via school is onvoldoende.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een daisyspeler alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. Vaak mag de leverancier namens ons toestemming geven. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Gaat u naar een leverancier die niet namens ons toestemming mag geven? Dan moet u toestemming bij ons vragen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post.

Voor vervanging binnen 5 jaar moet u ons toestemming vragen

Voor de daisyspeler geldt een gebruiksstermijn van 5 jaar. Wilt u uw daisyspeler vervangen, maar zijn de 5 jaar nog niet om? Dan vergoeden wij dit alleen als uw oude daisyspeler niet meer goed werkt. U moet daarvoor wel eerst toestemming¹ aan ons vragen.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

Die tekst is ingewikkeld. Daarom hebben wij het hierboven makkelijk opgeschreven.

De Regeling omschrijft de daisyspeler bij problemen met bewegen in artikel 2.6, onderdeel e en 2.12 als een uitwendige hulpmiddel gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met bewegen, orthopedische schoenen, en tijdelijke transferhulpmiddelen, orthesen en hulphonden (ADL-honden) als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

De Regeling omschrijft de daisyspeler bij problemen met zien in artikel 2.6, onderdeel f en 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen voor problemen met zien, brillen en lenzen met medische indicatie en hulphonden (blindengeleidehonden) als deze bedoeld zijn voor problemen met zien.

De Regeling omschrijft de daisyspeler bij dyslexie in artikel 2.6, onderdeel t en 2.26 als hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering. Hieronder vallen ook hulpmiddelen voor personenalarmering.

Hulphonden

Als u zonder viervoeter niet kunt bewegen, zien of horen.

Vergoeding per verzekering

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

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding [Hulpmiddelen](#). Wat daar staat, geldt ook voor hulphonden. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, en ook de algemene regels.

Wat u vergoed krijgt

Een hulphond is een speciaal getrainde hond om mensen met een ernstige beperking te ondersteunen in hun dagelijks leven. Er zijn verschillende hulphonden. Een blindengeleidehond kan helpen bij blindheid. Een signaalhond kan helpen bij volledige doofheid. Een ADL-hond kan helpen bij ernstige problemen met bewegen. Hieronder leggen wij uit wanneer wij een hulphond vergoeden.

De blindengeleidehond

Een blindengeleidehond helpt u om u veilig te verplaatsen, in huis en buiten in het verkeer. Bijvoorbeeld door u om obstakels heen te leiden en te waarschuwen voor onverwachte gebeurtenissen.

Wij vergoeden een blindengeleidehond als u aan de volgende voorwaarden voldoet.

- u bent volledig blind of zo slechtziend dat u zonder blindengeleidehond niet zelfstandig kunt wonen of deelnemen aan de maatschappij
- het zelfstandig wonen of deelnemen aan de maatschappij is niet te bereiken met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#), [Brillen en lenzen bij medische indicatie](#) en [Daisyspelers](#)

De signaalhond

Een signaalhond wijst u op geluiden in uw omgeving die u niet mag missen. We noemen dat ook wel omgevingsgeluiden. Bijvoorbeeld een brandalarm in huis, of de sirene van een ambulance in het verkeer.

Wij vergoeden de signaalhond als u aan de volgende voorwaarden voldoet.

- u bent volledig doof waardoor u beperkt bent in uw mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen
- deze beperking kan niet worden gecorrigeerd met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen [Hulpmiddelen bij problemen met horen](#) of [Hoortoestellen](#)
- u heeft een signaalhond nodig om u bij mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen te ondersteunen door het signaleren van omgevingsgeluiden

De ADL-hond

ADL staat voor algemene dagelijkse levensverrichtingen. Het zijn algemene en huishoudelijke handelingen die u dagelijks uitvoert. Bijvoorbeeld het aan- en uitdoen van lampen, het openen en sluiten van deuren, het aangeven van spullen en het doen van de was.

Wij vergoeden een ADL-hond als u aan de volgende voorwaarden voldoet.

- u heeft een ernstige aandoening waardoor u beperkt bent in uw mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen
- deze beperking kan niet worden gecorrigeerd met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#), [Orthesen](#), [Orthopedische schoenen](#) en [Daisyspelers](#)
- u heeft daarom de hulp van een ADL-hond nodig omdat de ADL-hond een aanzienlijke bijdrage levert aan uw mobiliteit en het uitvoeren van ADL-handelingen

Voor alle hulphonden

Wij vergoeden ook maximaal € 260 per 3 maanden voor het levensonderhoud en medische en dagelijkse verzorging van uw blindengeleidehond, uw signaalhond of uw ADL-hond. U ontvangt dit bedrag in de maand na het kwartaal waar de vergoeding op zit. De vergoeding voor bijvoorbeeld de maanden januari, februari en maart ontvangt u in april.

Dit wordt niet vergoed

- een hulphond als andere hulpmiddelen uw beperkingen kunnen corrigeren of voldoende verbeteren
- een hulphond voor bijvoorbeeld epilepsie, PTSS, autisme en diabetes

Andere vergoedingen

Er zijn veel andere hulpmiddelen die helpen bij problemen met bewegen, zien of horen.

Andere hulpmiddelen voor problemen met zien staan in de vergoedingen [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#), [Brillen en lenzen bij medische indicatie](#) en [Daisyspeler en daisysoftware](#).

Andere hulpmiddelen voor problemen met horen staan in de vergoedingen [Hulpmiddelen bij problemen met horen](#) en [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#).

Andere hulpmiddelen voor problemen met bewegen staan in de vergoedingen [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#), [Orthopedische schoenen](#), [Orthesen](#), [Hulpmiddelen voor kortdurende uitleen](#) en [Daisyspelers en daisysoftware](#).

Hier kunt u terecht

- voor een blindengeleidehond: bij een erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden
- voor een signaalhond: bij een erkend opleidingsinstituut voor signaalhonden
- voor een ADL-hond: bij een erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden

Wat u zelf betaalt

Eigen risico

U betaalt geen eigen risico, omdat u een hulphond altijd in bruikleen krijgt. Over de bijdrage in het levensonderhoud van € 260 per kwartaal betaalt u wel eigen risico.

Eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage voor een hulphond.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Voor een hulphond moet u een medische indicatiestelling en een praktische indicatiestelling hebben. De medische indicatiestelling geeft aan dat u door uw beperking op een hulphond bent aangewezen omdat andere hulpmiddelen niet helpen. De praktische indicatiestelling geeft aan dat een hulphond u in de praktijk echt zal helpen.

- U krijgt de medische indicatiestelling voor de blindengeleidehond van een regionaal instituut blinden en slechtzienden. De praktische indicatiestelling krijgt u van een erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden.
- U krijgt de medische indicatiestelling voor de signaalhond van de ergotherapeut. De praktische indicatiestelling krijgt u van een erkend opleidingsinstituut voor signaalhonden.
- U krijgt de medische indicatiestelling voor de ADL-hond van de ergotherapeut. De praktische indicatiestelling krijgt u van een erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een hulphond alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen. U kunt ons uw aanvraag toesturen via het contactformulier of per post. Maar vaak vraagt het opleidingsinstituut deze toestemming voor u bij ons aan.

Goed om te weten

De officiële vergoeding van de Regeling zorgverzekering geldt

Die tekst is ingewikkeld. Daarom hebben wij het hierboven makkelijk opgeschreven.

De Regeling omschrijft de ADL-hond in artikel 2.6, onderdeel e en 2.12 als een uitwendige hulpmiddel gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen bij problemen met bewegen, orthopedische schoenen, en tijdelijke transferhulpmiddelen, orthesen en daisyspelers als deze bedoeld zijn voor problemen met bewegen.

De Regeling omschrijft de blindengeleidehond in artikel 2.6, onderdeel f en 2.13 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen voor problemen met zien, brillen en lenzen met medische indicatie en daisyspelers als deze bedoeld zijn voor problemen met zien.

De Regeling omschrijft de signaalhond in artikel 2.6, onderdeel c en 2.10 als uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Hieronder vallen ook andere hulpmiddelen voor problemen met horen en hoortoestellen.

A tot Z index

Vergoedingen

A tot Z index

A

Acnebehandeling	191
Adoptie: zorg bij adoptie	128
Alternatieve geneeswijzen	173
Ambulancevervoer	200
Anticonceptiegeneesmiddelen	169
Audiologische zorg	176

B

Bevalling-TENS	126
Beweegprogramma bij chronische ziekte	97
Beweegprogramma bij en na kanker	99
Bijzondere tandheelkunde	158
Borstkanker: aanvullend onderzoek	59
Borstprothesen	250
Borstvoeding: lactatiekundige	127
Bril, (contact)lenzen en ooglaseren	182
Brillen en lenzen bij medische indicatie	269
Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg	209
Buitenland: spoedeisende zorg	207
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen	212

C

Camouflage-instructie	192
CPAP-apparatuur	254

D

Daisyspelers	313
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	28
Dialyse	61
DiamondClean Smart tandenborstel	160
Diëtetiek	138
Dieetpreparaten	140

E

Eerstelijns verblijf	80
Elektrische epilatie en laserbehandeling	194
Erfelijkheidsonderzoek	57
Ergotherapie	110

F

Fronttandvervanging	155
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	89
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	91

G

Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar	153
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht	36
Geneesmiddelen aanvullende verzekeringen	134
Geneesmiddelen basisverzekering	132
Generalistische basis-ggz	163
Geriatrische revalidatie	108
Gespecialiseerde ggz	165
Gezondheidscheck-up / sportcheck-up	45
Griepprik	35

H

Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	274
Hospice	86

Houding, bewegen en sport	100
Huisarts	27
Huishoudelijke hulp	85
Hulp bij mantelzorg	83
Hulphonden	315
Hulpmiddelen	187
Hulpmiddelen bij diabetes	298
Hulpmiddelen bij huidproblemen	279
Hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)	309
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	251
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	259
Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting	284
Hulpmiddelen bij problemen met horen	276
Hulpmiddelen bij problemen met spreken	306
Hulpmiddelen bij problemen met zien	271
Hulpmiddelen bij trombose	310
Hulpmiddelen bij vaatproblemen	295
Hulpmiddelen bij verzorging en verzorging op bed	290
Hulpmiddelen voor anticonceptie	289
I	
Incontinentiemateriaal	287
Infuus pomp	301
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen	293
In-vitrofertilisatie (ivf)	55
K	
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	157
Kappen voor schedelbescherming	302
Kinderopvang bij ziekenhuisopname van een ouder	70
Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)	265
Kraampakket	124
Kraamzorg	122
Kuuroord	113
L	
Lidmaatschap patiënten- of belangenorganisatie	115
Logeershuis	68
Logopedie	181
Loophulpmiddelen	102
M	
Mechanische beademing	63
Medisch specialist	48
MRA	255
O	
Oedeem- en littekentherapie	95
Ongevallendeckking Superfit, regels ongevallendeckking Superfit	219, 232
Organtransplantatie en -donatie	60
Orthesen	268
Orthodontie tot 18 jaar	150
Orthodontie vanaf 18 jaar	152
Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen	263
Orthoptie	177
Overgangsconsulente	44
P	
Pedicure bij diabetes en reuma	197
Persoonsalarmering	307
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	78
Plastische chirurgie	52
Plaswekker	129

Podotherapie en podologie	93
Prenatale screening	118
Preventiecurussen	40
Preventief medisch en farmacogenetisch onderzoek	41
Pruik	246
Prothesen	247
Psoriasisdagbehandeling	195
Psychische zorg bij de huisarts	32

R

Reiskosten voor ziekenbezoek	204
Revalidatie (medisch-specialistisch)	107

S

Second opinion	66
Senioren Fitzwemmen	104
Steunkousen	296
Steunpessarium	189
Steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus	103
Sterilisatie en refertilisatie	170
Stoppen met roken	38
Stottertherapie	184

T

Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	143
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	145
Tandheelkundige zorg na een ongeval	148
Therapeutisch kamp voor jongeren	114
Trombosedienst	33

V

Verbandmiddelen	281
Verbandschoenen	283
Verblijf in een logeershuis	68
Vergoeding in bijzondere gevallen	216
Verhaalsbijstand bij letselschade	217
Verpleging en verzorging thuis	76
Vervangende mantelzorg	82
Voedingsonde en voedingspomp	304
Voetzorg bij diabetes	30
Voorwaardelijk toegelaten zorg	64
Vruchtbaarheidsbehandeling	54

W

Wereldfit: eerder terugkeren	225
Wereldfit: repatriëring	223
Wereldfit: vergoeding bij overlijden	227
Wereldfit: vervangende chauffeur	229
Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland	222
Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse	312

Z

Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers	136
Ziekenhuisopname	50
Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na	73
Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort	71
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	179
Zittend ziekenvervoer	201
Zorghotel	112
Zorg bij adoptie	128
Zwangerschap en bevalling	120
Zuurstofapparatuur	257



ONVZ

De Molen 66
Postbus 392
3990 GD Houten
030 639 62 22

www.onvz.nl
www.linkedin.com/company/onvz
www.facebook.com/onvz
www.twitter.com/onvz