



2018

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 2018 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 polisvoorwaarden van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan 2018 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 2018 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. Wij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur.

Met vriendelijke groet,

Jean-Paul van Haarlem
Bestuursvoorzitter ONVZ

 www.facebook.com/onvz

 www.twitter.com/onvz

Leeswijzer



De polisvoorwaarden bestaan uit de algemene regels en de vergoedingen.

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.

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	8
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	27
Ziekenhuis en medisch specialist	44
Verpleging en verzorging	66
Bewegen	74
Revalidatie en herstel	93
Zwangerschap, bevalling en kind	108
Medicijnen en dieet	122
Mond en gebit	133
Psychische zorg	153
Anticonceptie	159
Alternatief	163
Horen, zien en spreken	167
Hulpmiddelen	178
Huid en haar	183
Vervoer	192
Zorg in het buitenland en reizen	199
Ongeval, verhaal en overig	208
Wereldfit	214
Zorgplan	223
Uitgebreide vergoedingen Ongevallendeckking Superfit	228
Uitgebreide voorwaarden Wereldfit	233
Vergoedingen index	238

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 8.30 tot 21.00 uur
E-mail: sc@onvz.nl

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
E-mail: zsb@onvz.nl

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
Algemene regels 2018

De algemene regels van onze verzekeringen

Inhoud

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

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 dekking 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 Ziektkostenverzekeraar 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 van ONVZ
 - b. de aanvullende verzekeringen van ONVZ:
 - Vrije Keuze Startfit
 - Vrije Keuze Extrafit
 - Vrije Keuze Benfit
 - Vrije Keuze Optifit
 - Vrije Keuze Topfit
 - Vrije Keuze Superfit
 - Wereldfit
 - Zorgplan
 - c. de aanvullende tandverzekeringen van ONVZ:
 - 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 nummer 24.

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

3. Iedereen die volgens de Zorgverzekeringswet 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 Ziektkostenverzekeraar 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.

Met een restitutieverzekering heeft u meer keuzevrijheid dan met een naturaverzekering. Bij een naturaverzekering moet u soms een flink deel van uw zorgkosten zelf betalen. Dat is zo als u naar een zorgverlener gaat waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft.

Welke algemene regels de verzekering en de premie bepalen

6. De algemene regels en de vergoedingen bepalen de Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen van ONVZ.
7. De Vrije Keuze Basisverzekering wordt ook bepaald door de Zorgverzekeringswet (Zvw) 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 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 op het aanvraagformulier.
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 (anders dan volgens nummer 19)? 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 www.onvz.nl

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. Het aanvraagformulier kunt u ons 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 mondzorg tot 18 jaar). Nummer 13 geldt ook voor kinderen, behalve als u uw kind binnen 4 maanden na de geboorte bij ons aanmeldt.

Wanneer uw verzekering ingaat

15. **De zorgpolis (bewijs van de verzekering) 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.
 - 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 eerste 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 wordt.
 - d. Heeft u nog geen basisverzekering en moet u er (volgens de Zorgverzekeringswet) wel een hebben? En sluit u binnen 4 maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ af? Dan is de ingangsdatum de eerste dag waarop u verzekerd moest zijn. Sluit u meer dan 4 maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben een Vrije Keuze Basisverzekering af? Dan is de ingangsdatum de dag dat wij uw aanvraag ontvangen hebben.
 - 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. Doet u dat? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering bij ons in op de eerste 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. Opzeggen van de basisverzekering kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Als u te laat opzegt, kunt u per 1 januari van het volgende jaar naar ons overstappen.

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.

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

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

In alle gevallen geldt: als het aanvraagformulier 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 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 wordt lid van Vereniging ONVZ.**

Sluit u een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ af? Dan wordt u lid 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.

Bent u deelnemer aan een collectieve verzekering anders dan die voor de Vereniging ONVZ? Dan wordt u niet lid, maar de partij die met ONVZ de collectieve verzekering heeft afgesloten (meestal de werkgever).

20. **Neemt u per e-mail of 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 stappen 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.
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.
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 één tarief in rekening, zoals een dbc? Dan moet u op de startdatum van de behandeling 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 prijs 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 rekening van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is, vergeleken met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Voor een Zvw-pgb voor verpleging en verzorging gelden de tarieven die in het Reglement Zvw-pgb¹ staan.

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 het kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage. Dat is een bedrag dat u zelf moet betalen als u de zorg krijgt. De overheid bepaalt de eigen bijdragen.
27. **U betaalt ook een verplicht eigen risico.** De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. **Voor 2018 is het bedrag € 385.** Dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. **Het eigen risico geldt alleen voor de Vrije Keuze Basisverzekering.**

U betaalt geen eigen risico over de eigen bijdrage. Dit werkt als volgt. Als wij een nota van u krijgen, halen we daar eerst uw eigen bijdrage vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico.
28. **Het eigen risico gaat in op de eerste 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 een vrijwillig eigen risico kiezen. Dat bedrag betaalt u dan ook zelf. U krijgt daarvoor korting op de premie. In de premietabel 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.

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

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?

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.

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)	
door ONVZ aangewezen programma's voor preventieve zorg (zoals voor stoppen met roken)	
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 weefsel donor maakt	
zorg die de aanvullende verzekeringen vergoeden	

32. Declareert u zorg die onder het eigen risico valt of waarvoor een eigen bijdrage geldt? Dan valt de zorg onder het eigen risico van het jaar waarin u behandeld bent. Loopt de behandeling in een volgend jaar door en wordt deze in één keer in rekening gebracht? Dan valt die zorg onder het eigen risico van het jaar waarin de behandeling gestart is. Voor de hoogte van de eigen bijdrage kijken we ook naar het jaar waarin de behandeling is gestart.
33. **Maakt u in 2018 zorgkosten en stuurt uw zorgverlener ons de nota pas in 2020 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 verzekerd? Of wordt u in de loop van het jaar 18? Dan passen wij het verplichte (en een vrijwillig) eigen risico daarop aan.** Wij berekenen het eigen risico 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.

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

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 en • Jeugdwet 	
Eigen bijdragen voor bevolkingsonderzoek	
Keuringen, zoals aanstellingskeuringen en rijbewijskeuringen	
Het verstrekken van doktersverklaringen	
Grieprik	Benfit 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	

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.

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

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.** Ze moeten in het Nederlands zijn, of in het Engels, Duits, Frans of Spaans.

c. **Dient u de nota digitaal in, bijvoorbeeld via de ONVZ app of onze website? U moet de originele nota nog een jaar bewaren nadat wij deze hebben ontvangen.** Wij kunnen u vragen ons het origineel toe te sturen.

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 de kinderen zelf aanmelden.
- U gaat premie betalen vanaf de eerste 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, of
 - als deelnemer aan de collectiviteit van Vereniging ONVZ, of
 - 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 een maand? Dan stellen we een 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.

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.
53. **Belangrijke veranderingen in uw situatie moet u binnen een 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.
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.

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 privacystatement. In ons privacystatement 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 privacystatement. 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 Vecozo, het netwerk voor veilige communicatie in de zorg, 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 algemene regels 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 zeven weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in nummer 63.

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 4 gevallen kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen.

- a. Als u nog in de bedenktijd van nummer 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 een maand na het einde van uw oude dienstverband bij ons binnen zijn. De opzegging gaat in op de eerste 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 nummer 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.

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 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.
66. De verzekeringen eindigen op de dag na de dag waarop de verzekerde overlijdt. Teveel betaalde premie betalen wij terug.
67. De Vrije Keuze Basisverzekering eindigt ook als onze vergunning als schadeverzekeraar zou worden ingetrokken. U krijgt daarvan minimaal 2 maanden vooraf bericht.

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.

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.
 - Als u een betalingsachterstand van 2 maanden premie heeft, 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 Criminaliteit. 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 nummer 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.

77. **Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of ontevreden met onze dienstverlening? Dan kunt u bij onze afdeling Cliëntenservice 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

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Inhoudsopgave

Vergoedingen ONVZ

Huisarts en gezond blijven	6
De huisarts (huisartsenzorg)	7
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	9
Voetzorg bij diabetes mellitus	11
Psychische zorg bij de huisarts	13
Trombosedienst	15
Griep prik	16
Preventie cursussen	17
Preventief medisch onderzoek	19
Stoppen met roken	21
Gezondheidscheck-up / sportcheck-up	23
Ziekenhuis en medisch specialist	25
Zorg door de medisch specialist	26
Ziekenhuisopname	28
Plastische chirurgie	30
Vruchtbaarheidsbehandeling	32
In-vitrofertilisatie (ivf)	34
Erfelijkheidsonderzoek	36
Borstkanker: aanvullend onderzoek	37
Organtransplantatie en -donatie	38
Dialyse	40
Mechanische beademing	42
Voorwaardelijk toegelaten behandelingen	43
Verblijf in een logeerkamer	45
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder	47
Verpleging en verzorging	48
Verpleging en verzorging	49
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	51
Eerstelijns verblijf	53
Hospice	55
Bewegen	56
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	57
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	59
Podotherapie en podologie	61
Oedeem- en littekentherapie	63
Beweegprogramma bij chronische ziekte	65
3Beweegprogramma bij en na kanker	67
Beweegprogramma bij obesitas	69
Therapie voor houding en beweging	71
Loophulpmiddelen	73
Steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus	75
Revalidatie en herstel	76
Revalidatie (medisch-specialistisch)	77
Geriatrische revalidatie	79
Ergotherapie	81
Vervangende mantelzorg	82
Huishoudelijke hulp	83
Zorghotel	84
Kuuroord	85
Overgangsconsulente	86
Therapeutisch kamp voor jongeren	87
Lidmaatschap patiëntenvereniging	88
Zwangerschap, bevalling en kind	89
Prenatale screening	90
Zwangerschap en bevalling	92
Kraamzorg	94
Kraampakket	97
Bevalling-TENS	99
Borstvoeding: lactatiekundige	100

Plaswekker	101
Zorg bij adoptie	102
Medicijnen en dieet	104
Geneesmiddelen (basisverzekering)	105
Geneesmiddelen (aanvullende verzekeringen)	107
Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers	109
Diëtetiek	111
Dieetpreparaten	113
Mond en gebit	115
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	116
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	118
Tandheelkundige zorg na een ongeval	121
Orthodontie tot 18 jaar	123
Orthodontie vanaf 18 jaar	125
Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar	127
Fronttandvervangning	129
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	131
Bijzondere tandheelkunde	133
Psychische zorg	135
Generalistische basis-ggz	136
Gespecialiseerde ggz	139
Anticonceptie	142
Anticonceptiemiddelen	143
Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	145
Alternatief	146
Alternatieve geneeswijzen	147
Horen, zien en spreken	149
Audiologische zorg	150
Orthoptie	151
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	153
Logopedie	155
Brillenglazen, (contact)lenzen en laserbehandeling	157
Stottertherapie	159
Hulpmiddelen	160
Hulpmiddelen	161
Steunpessarium	163
Huid en haar	164
Acnebehandeling	165
Camouflagetherapie	167
Elektrische epilatie en laserbehandeling	169
Psoriasisdagbehandeling	171
Pedicure bij diabetes en reuma	172
Vervoer	174
Ambulancevervoer	175
Zittend ziekenvervoer	177
Reiskosten voor ziekenbezoek	180
Zorg in het buitenland en reizen	182
Buitenland: spoedeisende zorg	183
Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg	185
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen	188
Ongeval, verhaal en overig	190
Ongevallendeckking Superfit	191
Verhaalsbijstand bij letselschade	192
Vergoeding in bijzondere gevallen	194

Wereldfit	195
Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland	196
Wereldfit: repatriëring	198
Wereldfit: eerder terugkeren	200
Wereldfit: vergoeding bij overlijden	202
Wereldfit: vervangende chauffeur	204
Zorgplan	205
Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort	206
Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na	208
Uitgebreide vergoedingen	210
Ongevallendekking Superfit	211

Huisarts en gezond blijven

Vergoedingen

De huisarts (huisartsenzorg)
Diagnostiek voor eerstelijns zorg
Voetzorg bij diabetes mellitus
Psychische zorg bij de huisarts
Trombosedienst
Grieprik
Preventiecursussen
Preventief medisch onderzoek
Stoppen met roken
Gezondheidscheck-up / sportcheck-up

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 suikerziekte (diabetes mellitus), hart- en vaatziekten of COPD (chronische longproblemen). Dit wordt ook wel 'ketenzorg' genoemd.

Dag en nacht

Als u buiten de openingstijden van de praktijk acuut zorg nodig heeft, kunt u terecht bij de waarnemer of de huisartsenpost.

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](#))

Dit wordt niet vergoed

- geneeskundige keuring zoals rijbewijs- of sportkeuring
- zwangerschapstest

Misschien interessant voor u

Individuele geneeskundige zorg bij tuberculose en infectieziekten valt onder huisartsenzorg, maar u kunt daarvoor ook terecht bij een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding. Deze werkt meestal bij de ggd in uw regio. Preventieve zorg die te maken heeft met een reis hoort daar niet bij.

Gaat u op reis? De aanvullende verzekeringen vergoeden [vaccinaties en geneesmiddelen](#) voor reizen en advies daarover.

Wilt u meer doen aan preventie? De aanvullende verzekeringen vergoeden [preventief medisch onderzoek](#), [gezondheidscheck-up](#), [preventiecurussen](#) 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.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de persoonsgerichte, integrale en continue zorg die huisartsen normaal gesproken verlenen. 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 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 mellitus

Ik heb diabetes. Welke voetzorg krijg ik vergoed?

Wat u vergoed krijgt

Als u suikerziekte (diabetes mellitus) 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, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) 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

Hier kunt u terecht

- huisarts, of een daarmee gelijk te stellen zorgverlener die werkt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts
- een podotherapeut

Wij vergoeden deze zorg als huisartsenzorg. Daarvoor betaalt u geen eigen risico.

Soms besteedt de podotherapeut een deel van de voetzorg uit aan een pedicure¹. De podotherapeut blijft dan wel eindverantwoordelijk, en stuurt de nota.

Heeft u **zorgprofiel 1**? Dan geldt de vergoeding van de basisverzekering niet. De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger hebben een vergoeding voor podotherapie. En de aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden ook de pedicure.

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 of het Register Paramedische Voetzorg

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij zorgprofiel 2 of hoger
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 150 Podotherapie bij zorgprofiel 1
Benefit	€ 100 / € 250 Bij zorgprofiel 1: <ul style="list-style-type: none">• Pedicure € 100• Podotherapie € 250
Optifit	€ 200 / 100% Bij zorgprofiel 1: <ul style="list-style-type: none">• Pedicure € 200• Podotherapie 100%
Topfit	100% Pedicure en podotherapie bij zorgprofiel 1
Superfit	100% Pedicure en podotherapie bij zorgprofiel 1

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 ggz¹ (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.

Bent u jonger bent 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 vergoeden we niet

- bewegingsgerichte therapie
- anonieme behandeling via internet

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

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

Vergoeding per verzekering

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

¹ Geestelijke gezondheidszorg

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor huisartsenzorg geldt geen eigen risico. Ook niet als de zorg door een POH-ggz wordt verleend.

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.

De **basisverzekering** vergoedt:

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

Als u zelf de stollingstijd meet, vergoedt de basisverzekering ook:

- de zelfmeetapparatuur met toebehoren, zoals teststrips (dit valt onder hulpmiddelen)
- instructie voor het gebruik van de apparatuur en begeleiding bij de metingen.

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 grieprik.

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.

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

Preventiecurssussen

ONVZ staat voor goed en gezond leven. Daarom vergoeden wij preventiecurssussen.

Wat u vergoed krijgt

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

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden preventiecurssussen. De curssussen 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
- curssus borstvoeding door een lactatiekundige
- zwangerschapscurssus door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of Mensendieck, Vereniging Samen Bevallen of de curssus NVFB-Zwangerfit door een NVFB-geregistreeerde (bekken)fysiotherapeut
- zwangerschapsyoga door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of Mensendieck, of door een gekwalificeerde yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland
- curssus Fit Mama! door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of Mensendieck

Gezond gewicht

- curssus gezonde voeding en gezond gewicht door een thuiszorgorganisatie
- curssus van een gewichtsconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN), of van een diëtist aangesloten bij de Nederlandse Vereniging Diëtisten (NVD)
- 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 Creative Ltd
- Sta Sterk Training ontwikkeld door Stichting Omgaan met Pesten
- runningtherapie om depressie te voorkomen door een runningtherapeut via Running VOF

Zelfmanagement

- curssus Beter Slapen of Slapen kun je leren door een thuiszorgorganisatie
- online curssus Beter Slapen door Somnio.eu
- curssus Leren omgaan met een chronische ziekte van jezelf of een gezinslid door een thuiszorgorganisatie, patiëntenvereniging of GGD
- curssus 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
- curssus EHBO Basis, EHBO bij kinderen, EHBO bij volwassenen en EHBO Top van Livis
- basiscurssus reanimeren of AED (automatische externe defibrillator) gecertificeerd door de Nederlandse Reanimatie Raad en/of gegeven door een reanimatiepartner van de Hartstichting

Dit wordt niet vergoed

- curssussen Bedrijfs hulpvverlening

¹ Meer informatie leest u op www.borstvoedingnatuurlijk.nl

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 75 Maximaal per kalenderjaar
Benfit	€ 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 onderzoek

Wilt u weten hoe het met uw gezondheid staat?

Wat u vergoed krijgt

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

Als u geen klachten heeft, maar toch uw gezondheid wilt laten onderzoeken, dan kan dat met preventief medisch onderzoek.

Soms biedt de overheid preventief medisch onderzoek aan. Dat is dan bevolkingsonderzoek. Er is bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek naar borstkanker en naar darmkanker. Als u daaraan mee kunt doen, krijgt u vanzelf bericht. De overheid betaalt dit onderzoek. Het valt niet onder deze vergoeding.

U kunt ook zelf preventief medisch onderzoek laten doen. U krijgt dan lichamelijk onderzoek waarmee ziektes en andere risico's voor uw gezondheid kunnen worden opgespoord. Een arts bespreekt de uitslagen met u.

Er is ook preventief genetisch onderzoek, om na te gaan of een geneesmiddel bij u zal werken en welke dosis voor u het beste is. Dat heet farmacogenetisch onderzoek.

Er zijn artsen die preventief medisch onderzoek afraden. De overheid (RIVM) en artsenorganisatie KNMG hebben daarom 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.

De **aanvullende verzekering** Optifit vergoedt alleen het 'gewone' preventief medisch onderzoek voor 50%. Topfit en Superfit vergoeden het gewone onderzoek en het farmacogenetisch onderzoek volledig. Bij alle 3 geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Die staat hieronder.

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.

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

Wilt u een onderzoek laten doen dat met sporten te maken heeft, zoals een duikkeuring, en gaat u daarvoor naar een sportarts? Dan valt dat onder de vergoeding therapie voor houding en beweging.

Hier kunt u terecht

- huisarts
- medisch specialist

Dit wordt niet vergoed

- onderzoek dat voor meer mensen tegelijk wordt georganiseerd, bijvoorbeeld via uw werkgever of een sportvereniging
- bevolkingsonderzoek

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	50% tot € 250 Maximaal per kalenderjaar Geen farmacogenetisch onderzoek
Topfit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar Ook farmacogenetisch onderzoek
Superfit	€ 750 Maximaal per kalenderjaar Ook 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

Uw arts vraagt het onderzoek ook voor u aan.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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 specialist¹ 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 geneesmiddelen, zoals nicotinepleisters, nicotine zuig- of kauwtabletten, Nortrilen, Zyban of Champix.

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

- huisarts
- verpleegkundige
- zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met roken² van het Partnership Stop met Roken

De **basisverzekering** vergoedt:

- korte ondersteunende adviezen, en
- één keer per kalenderjaar een stoppen-met-rokenprogramma, met de daarbij voorgeschreven 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 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 Meer informatie leest u op: www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Stoppen-met-rokenprogramma 1 keer per jaar, met 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 geneesmiddelen) dat onder de basisverzekering valt. Voor de 3 programma's die onder de aanvullende verzekering vallen, betaalt u 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 geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben

Voor de geneesmiddelen die bij de behandeling horen moet u een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Als iemand anders dan uw huisarts de geneesmiddelen voorschrijft, dan moet deze een aanvraagformulier¹ invullen. U stuurt dit formulier mee met de declaratie van de 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.

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

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 toch 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. U kunt terecht op verschillende plaatsen in Nederland. Een fysiotherapeut voert de check-up uit.

Welke check-up past het beste bij u? In de tabel staat wat wordt gemeten en wat de verschillen zijn.

Onderdeel	Gezondheidscheck-up	Sportcheck-up
Medische screeningslijst en leefstijlvragenlijst	X	X
BMI-meting	X	X
Vetpercentagemeting	X	X
Buikomvangmeting	X	
Longfunctie	X	
Bloeddrukmeting	X	
Conditietest		X
Fit- en gezondheidsprofiel	X	
Houdings- en bewegingsapparaat	X	
Kort individueel adviesgesprek	X	
Adviesgesprek		X

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
Benfit	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.

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 meldt u aan bij de locatie van uw keuze. 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 jonger dan 13 jaar.

Ziekenhuis en medisch specialist

Vergoedingen

Zorg door de medisch specialist

- Ziekenhuisopname
- Plastische chirurgie
- Vruchtbaarheidsbehandeling
- In-vitrofertilisatie (ivf)
- Erfelijkheidsonderzoek
- Borstkanker: aanvullend onderzoek
- Orgaantransplantatie en -donatie
- Dialyse
- Mechanische beademing
- Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
- Verblijf in een logeerhuis
- Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Zorg door de 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 verwijst de huisarts of een andere zorgverlener u naar de medisch specialist¹.

Deze werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum² (ZBC) 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 behandelingen
- vruchtbaarheidsbehandeling / ivf
- kaakchirurgie
- gespecialiseerde ggz
- aanvullende diagnostiek bij borstkanker
- sterilisatie of een hersteloperatie daarvan

Vergoeding per verzekering

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

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

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 spoedeisende zorg is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg¹ staan vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wachttijd? 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.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? Dan kunt u uw medisch specialist om een verwijzing vragen voor een second opinion. Na beoordeling door een andere specialist, kunt u met uw eigen medisch specialist in overleg over de verdere behandeling. De basisverzekering vergoedt deze second opinion. Voor advies en informatie over een second opinion kunt u ook bij onze ZorgConsulent terecht.

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.

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 specialist² of de kaakchirurg³ 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

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

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

³ Een kaakchirurg vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

U kunt terecht in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum¹ (ZBC). Hieronder vallen ook de instellingen die gespecialiseerd zijn in een bepaalde behandeling of ziekte, zoals een oogkliniek, een revalidatiecentrum of een epilepsiecentrum.

Wordt u opgenomen in een ggz-instelling?? Dan gelden andere voorwaarden. Daarom staat opname in een ggz-instelling apart vermeld. Dit geldt ook voor eerstelijns verblijf en geriatrische revalidatiezorg.

De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan vergoeden extra comfort tijdens uw opname tot maximaal € 2.500 per kalenderjaar.

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 <ul style="list-style-type: none">• Eenpersoonskamer of compensatie van € 75 per dag als die niet beschikbaar is• Luxepakket of comfortservice• Extra bed en maaltijd bij verblijf van uw partner
Zorgplan	€ 2.500 voor extra comfort <ul style="list-style-type: none">• Eenpersoonskamer of compensatie van € 75 per dag als die niet beschikbaar is• Luxepakket of comfortservice• Extra bed en maaltijd bij verblijf van uw partner

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 spoedeisende zorg is geen verwijzing nodig.

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

² Een instelling die van de overheid gespecialiseerde ggz mag leveren. Voor zorg met opname: een instelling die gespecialiseerde ggz met verblijf mag leveren

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg¹ staan vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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.

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 die zorg zelf ook vergoedt.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor geplande en onvoorziene 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 verrassingen achteraf.

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 lelijk litteken overblijft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

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, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of in een eigen praktijk.

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

1. afwijkingen van het uiterlijk die een lichamelijke functiestoornis² opleveren
2. verminkingen³ door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslakte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
6. 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
7. 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.

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

² Voorbeeld: U kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

³ Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie

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

Optifit vergoedt plastische chirurgie bij:

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

Topfit en Superfit vergoeden plastische chirurgie bij:

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

Dit wordt niet vergoed

- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- buikwandcorrectie (abdominoplastiek) zonder medische noodzaak
- verwijdering van een borstprothese zonder medische noodzaak
- borstvergroting
- (andere) plastische chirurgie zonder medische noodzaak
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

Meer uitleg over de vergoeding van plastische chirurgie vindt u in het document *Plastische chirurgie*¹.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde gevallen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	100% Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis: <ul style="list-style-type: none">• correctie oorstand, bovenoogleden en buikwand• vervanging borstprothesen
Topfit	100% <ul style="list-style-type: none">• Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis• Flaporen bij kinderen
Superfit	100% <ul style="list-style-type: none">• Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis• Flaporen bij kinderen

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

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 spoedeisende zorg is geen verwijzing nodig.

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg¹ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Ook voor vergoeding vanuit de aanvullende verzekeringen moet u toestemming hebben gekregen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

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 basisverzekering vergoedt geen kosten van eiceldonatie.

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

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 <u>ivf</u> 4e en volgende pogingen <u>ivf</u> , tot 43 jaar
Superfit	100% <u>ivf</u> 4e en volgende pogingen <u>ivf</u> , tot 43 jaar

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 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.

Er is een leeftijdsgrens

De basisverzekering vergoedt geen vruchtbaarheidsbehandeling als de vrouw 43 jaar of ouder is. Bent u voor uw 43ste 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.

Dit geldt ook als u als alleenstaande of homoseksueel een kinderwens heeft. Alleen bij een medisch vruchtbaarheidsprobleem en een slechte zwangerschapskans, vergoeden wij kosten van vruchtbaarheidsbehandeling.

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.

In-vitrofertilisatie (ivf)

Reageerbuisbevruchting.

Wat u vergoed krijgt

Bij in-vitrofertilisatie (ivf) vindt de bevruchting buiten het lichaam plaats. Als bij ivf een zaadcel in de eikel wordt geïnjecteerd, spreken we van een icsi-behandeling¹. Dit maakt voor de vergoeding geen verschil.

U wordt voor de ivf- of icsi-behandeling verwezen naar een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum² (vruchtbaarheidskliniek) met een vergunning om deze behandelingen uit te voeren.

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

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

- fase 1: de hormonale behandeling voor 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 één of meer keer terugplaatsen van één of twee 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 en kunt u een volgende poging beginnen. 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

De basisverzekering en de aanvullende verzekeringen bieden geen dekking voor nieuwe technieken zoals assisted hatching, in vitro maturatie en ivf in de gemodificeerde natuurlijke cyclus (MNC). Ook vergoeden wij geen kosten van eiceldonatie.

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 de behandeling vooraf bij ons aan te vragen³ of (voor Wereldfit) contact op te nemen met de ZorgConsulent.

¹ Intracytoplasmatische sperma-injectie

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	3 pogingen per zwangerschap 1e, 2e en 3e poging per zwangerschap, tot 43 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	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

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.

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

Topfit en Superfit vergoeden een 4e of volgende poging alleen als de behandeling in een ziekenhuis gebeurt en u vooraf toestemming¹ van ons heeft gekregen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Er gelden leeftijdsgrenzen

Wij vergoeden ivf alleen als u bij de start van de poging jonger bent dan 43 jaar. Een nieuwe poging na uw 43ste verjaardag wordt dus niet meer vergoed. Bent u bij de start van de 1e of 2e poging jonger dan 38 jaar? Dan vergoedt de basisverzekering alleen als er niet meer dan één embryo per keer wordt teruggeplaatst.

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

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.

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.

Erfelijkheidsonderzoek

Bekijk onze vergoeding voor erfelijkheidsonderzoek. Wat krijgt u vergoed en waar kunt u terecht?

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. U gaat hiervoor naar een klinisch-genetisch centrum, ook wel centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

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.

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.

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.

De **basisverzekering** vergoedt medisch-specialistische zorg bij borstkanker, maar (nog) niet de testen MammaPrint en Oncotype DX.

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

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

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 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 ONVZ 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 gederfde 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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Ook de meeste zorg voor de donor
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

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

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

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

Om uw dialyse thuis te kunnen doen, maakt u ook zelf extra kosten. Als andere (wettelijke) regelingen daarin niet voorzien, vergoedt de basisverzekering vanuit het Reglement Hulpmiddelen¹ ook:

- 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
- weekvergoeding voor de extra kosten van water, elektriciteit en onderhoud:
 - HD 3x per week: € 45,86
 - HD 4-5x per week: € 73,53
 - HD 6-7x per week: € 96,09
 - CCPD² (=APD³): € 40,38
 - CAPD⁴: € 28,72

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

² Continue Cyclische Peritoneaal Dialyse

³ Automatische Peritoneaal Dialyse

⁴ Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse

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? Ook als u dialyseert, kunt u op vakantie. 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.

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

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

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 behandelingen

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 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 behandeling nog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De overheid kan de behandeling dan voor een bepaalde tijd tóch toevoegen aan het basispakket. In die periode kunnen onderzoekers gegevens verzamelen over de effectiviteit van de behandeling.

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

De volgende behandelingen en geneesmiddelen zijn op dit moment voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket:

- autologe stamceltransplantatie bij borstkanker
- sacrale neuromodulatie bij ernstige verstopping
- dendritische celtherapie bij huidkanker
- neurostimulatie bij chronische clusterhoofdpijn
- PTED-operatie bij een hernia in de lage rug
- autologe vettransplantatie (AFT) bij borstreconstructie na borstkanker
- TIL-behandeling bij uitgezaaide huidkanker
- HIPEC-behandeling bij darmkanker
- het geneesmiddel Fampyra voor volwassenen met multiple sclerose (MS)
- het geneesmiddel belimumab bij de auto-immuunziekte SLE
- HIPEC-behandeling bij uitgezaaide maagkanker

In het document Voorwaardelijk toelating tot het basispakket¹ leest u per behandeling:

- welke patiënten de behandeling of het geneesmiddel kunnen krijgen
- aan welk onderzoek u moet meedoen om de kosten ervan vergoed te krijgen
- voor welke periode de behandeling of het geneesmiddel is toegelaten
- in welke ziekenhuizen u terecht kunt voor de behandeling of het geneesmiddel

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Als u deelneemt aan het wetenschappelijk 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.

Goed om te weten

De 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 of het geneesmiddel alleen als u deelneemt aan het onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling of het geneesmiddel. Uw arts bepaalt of u daarvoor in aanmerking komt. De zorg wordt voor een beperkte periode vergoed.

Niet in alle ziekenhuizen krijgt u vergoeding

Als u een voorwaardelijk toegelaten behandeling krijgt in een ziekenhuis dat niet deelneemt aan het onderzoek, vergoeden wij de kosten niet.

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.

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 ONVZ 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 ONVZ 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% Volledige vergoeding van: <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% Volledige vergoeding van: <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 ouder

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

Wat u vergoed krijgt

Bent u een ouder van een kind van 12 jaar of jonger 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 het 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 met het regelen van kinderopvang.

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

Verpleging en verzorging Vergoedingen

Verpleging en verzorging
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)
Eerstelijns verblijf
Hospice

Verpleging en verzorging

De wijkverpleging komt bij u thuis. Bijvoorbeeld om u te helpen met uw medicijnen of een wond te verzorgen. Of voor hulp bij opstaan, wassen en aankleden.

Wat u vergoed krijgt

De overheid wil dat u zo lang mogelijk thuis kunt blijven wonen. Als u zorg nodig heeft, krijgt u die als dat kan in uw eigen omgeving. Verpleging en verzorging thuis is daar een voorbeeld van.

Verpleging is de zorg die te maken heeft met medische handelingen, zoals een wond verzorgen of een injectie geven. Verzorging is de hulp bij dagelijkse handelingen zoals douchen en aankleden, en het aantrekken van steunkousen. Samen worden ze vaak wijkverpleging genoemd. Dat doen wij hierna ook.

Wijkverpleging is voor alle mensen die om medische redenen thuis verzorging of verpleging nodig hebben. Bijvoorbeeld mensen die net uit het ziekenhuis komen, of ouderen met medische klachten. Wijkverpleging is ook voor alle leeftijden, dus kinderen en volwassenen. Ook zorg in de laatste levensfase kan onder wijkverpleging vallen.

Meestal komt u met de wijkverpleging in contact via de huisarts, of bij ontslag uit het ziekenhuis. U krijgt altijd eerst een gesprek met een wijkverpleegkundige. Die bespreekt met u wat uw situatie is, stelt vast welke zorg u nodig heeft, hoeveel zorg u nodig heeft en wat u nog zelf of met hulp van anderen kunt doen. De wijkverpleegkundige zet dit samen met u in een zorgplan.

De **basisverzekering** vergoedt de verpleging en verzorging bij u thuis.

Voor kinderen die verpleging en verzorging nodig hebben door complexe lichamelijke problemen, of door een lichamelijke handicap, is zorg thuis niet altijd mogelijk. Als het kind continue toezicht nodig heeft, of er altijd verpleegkundige zorg dichtbij nodig is, vergoedt de basisverzekering ook het verblijf in een verpleegkundige kinderdagopvang of een verpleegkundig kindersorghuis.

Hier kunt u terecht

U kunt terecht bij een thuiszorgorganisatie, of een zelfstandig werkende verpleegkundige, verpleegkundig specialist of verzorgende. De wijkverpleegkundige die met u het zorgplan opstelt, moet minimaal hbo-gediplomeerd zijn. Voor zorg tot 18 jaar mag dit ook een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige zijn.

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

In principe regelt de thuiszorgorganisatie of zelfstandige zorgverlener alles voor u. Zij zorgen ervoor dat u op tijd de juiste zorg krijgt en sturen de nota rechtstreeks aan ons. U kunt er ook voor kiezen om meer of alles zelf te regelen. Dan maakt u zelf afspraken met zorgverleners. U betaalt de zorgverleners zelf, en u declareert de kosten bij ons. Dit kan met een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb). Dat moet u apart bij ons aanvragen.

Misschien interessant voor u

- Is thuis wonen door de zorg die u nodig heeft even niet verantwoord? Dan geldt de vergoeding voor eerstelijns verblijf.
- Zorg rond de bevalling valt niet onder wijkverpleging, maar onder zwangerschap en bevalling.
- Bij intensieve kindzorg¹ en in sommige andere situaties vergoedt de basisverzekering zittend ziekenvervoer van huis naar een zorgverlener en terug.

¹ Dat betekent: u heeft verpleging en verzorging nodig door complexe lichamelijke problemen of een lichamelijke handicap. U heeft ook continu toezicht nodig, of er moet altijd verpleegkundige zorg dichtbij zijn

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Volgens indicatie wijkverpleegkundige of medisch specialist
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

Het eigen risico geldt niet voor verpleging en verzorging.

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 verpleging en verzorging die verpleegkundigen en verzorgenden normaal gesproken verlenen. 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 wijkverpleegkundige of kinderverpleegkundige. De basisverzekering vergoedt de herbeoordeling, maar alleen als wij vooraf toestemming¹ hebben gegeven. Wij kunnen deze andere wijk- of kinderverpleegkundige aanwijzen. Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de wijkverpleegkundige of kinderverpleegkundige heeft vastgesteld? Ook wij kunnen dan uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

Verpleging en verzorging in het buitenland vraagt u vooraf aan

Dat doet u met het aanvraagformulier². Of neem contact op met de ZorgConsulent.

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

Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

Zélf meer regie over verpleging en verzorging thuis.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u recht op verpleging en verzorging thuis? En wilt u zelf maximale 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.

Er komt dus veel kijken bij een Zvw-pgb. Daarom kan niet iedereen het krijgen. U moet zelf aan alle verplichtingen kunnen voldoen. Of iemand hebben die dit namens u wil doen. Alle voorwaarden staan in het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2018¹. U leest daar ook welke zorgverleners u mag inschakelen en welke tarieven u maximaal mag afspreken.

Wilt u een Zvw-pgb aanvragen? Stuur ons dan het ingevulde aanvraagformulier¹. Een deel 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. U moet ook een budgetplan maken, waarin u aangeeft voor welk bedrag en met welke zorgverleners u de zorg gaat organiseren. Dit plan moet u mee sturen.

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

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

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

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

Het eigen risico geldt niet voor verpleging en verzorging.

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 Zvw-pgb als u vooraf een toestemmingsverklaring van ons heeft gekregen. Hoe u toestemming vraagt leest u bij Aanvragen Zvw-pgb¹.

U bent zelf verantwoordelijk dat u goede zorg krijgt

Lees daarom vooraf goed het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2018 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.

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

Hier kunt u terecht

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

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

² Deze moet niveau 4 of hoger hebben

Dit vergoeden wij niet

Wij vergoeden de opname niet als deze bedoeld is om uw mantelzorger te ontlasten (respijtzorg). Daarvoor is het zorgloket van uw gemeente het aanspreekpunt.

Eerstelijns verblijf wordt niet vergoed voor revalidatie of voor zorg rond de bevalling.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% 3 maanden, langer na toestemming van ONVZ
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 de zorg die u van de huisarts krijgt. Het geldt wel voor de overige zorg en het verblijf.

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 drie maanden? Dan heeft u geen toestemming nodig. Na de derde maand vergoeden wij de zorg alleen nog als wij (voor de derde 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.

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.

De basisverzekering vergoedt eerstelijns verblijf alleen voor verzekerde zorg

De basisverzekering vergoedt het eerstelijns verblijf alleen als het noodzakelijk is voor generalistische geneeskundige zorg ('huisartsenzorg') en de basisverzekering die zorg zelf ook vergoedt.

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 eerstelijns verblijf, of als verpleging en verzorging. 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 het Zorgplan vergoeden die eigen bijdrage (inclusief extra faciliteiten) tot onderstaand maximum.

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 maximaal 3 maanden
Topfit	€ 50 per dag Voor 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
Beweegprogramma bij obesitas
Therapie voor houding en beweging
Loophulpmiddelen
Steunzolen van de orthopedisch schoentechnicus
Senioren Fitzwemmen

Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

Wat u vergoed krijgt

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

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

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

Bij aandoeningen die niet op de lijst chronische fysiotherapie¹ staan, vergoedt de basisverzekering maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Als u na deze 9 behandelingen wel verbetering merkt, maar nog niet van de klachten af bent, vergoedt de basisverzekering nog 9 extra behandelingen. U moet voor de start van deze 2e serie een verwijzing hebben van de huisarts of de medisch 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
- geriatriefysiotherapeut²
- 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

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
Benefit	12 behandelingen
Optifit	35 behandelingen Van de 35 behandelingen maximaal 18 behandelingen manuele therapie
Topfit	100% Maximaal 18 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 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 toestemming 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 wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Als u dit jaar 18 wordt

Vanaf dat moment geldt fysiotherapie vanaf 18 jaar. Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee in het maximum aantal behandelingen van die vergoeding.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

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.

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
- 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 Fontaine. 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 **urine-incontinentie** vergoedt de basisverzekering één 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.

Hier kunt u terecht

- fysiotherapeut
- kinderfysiotherapeut³
- manueel therapeut³
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar
- bekkenfysiotherapeut³
- geriatriefysiotherapeut³
- oedeemfysiotherapeut³
- Voor de aanvullende verzekering: psychosomatisch fysiotherapeut³
- Bij aandoeningen 'lymfoedeem' en 'littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma' van de lijst chronische fysiotherapie ook: huidtherapeut⁴

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

⁴ Deze moet als volwaardig lid ingeschreven staan bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

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• Urine-incontinentie: maximaal 9 behandelingen
Startfit	9 behandelingen
Extrafit	9 behandelingen
Benefit	12 behandelingen
Optifit	35 behandelingen Van de 35 behandelingen maximaal 18 behandelingen manuele therapie
Topfit	100% Maximaal 18 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.

Dit moet u zelf doen

Afwijkende praktijklocatie? Dan moet u 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 toestemming 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 wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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

ONVZ biedt 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

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.

Podotherapie en podologie

Als uw voeten klachten geven.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u voetklachten? Of klachten door een afwijkende stand van uw voeten of uw manier van lopen? Dan kunt u terecht bij een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut. Die onderzoekt en behandelt uw klachten. Als het nodig is, krijgt u podotherapeutische zooltjes, een orthese¹ of een nagelbeugel.

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden podotherapie en podologie. Bij Extrafit en Benfit geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Optifit, Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- podotherapeut
- registerpodoloog²
- podoposturaal therapeut²

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.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 150 <ul style="list-style-type: none">• Maximaal per kalenderjaar• Voor voetzorg bij diabetes alleen bij zorgprofiel 1
Benfit	€ 250 <ul style="list-style-type: none">• Maximaal per kalenderjaar• Voor voetzorg bij diabetes alleen bij zorgprofiel 1
Optifit	100%
Topfit	100%
Superfit	100%

¹ Een hulpmiddel om bijvoorbeeld uw tenen in een bepaalde stand te houden

² Deze moet in het kwaliteitsregister van KABIZ staan

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. 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 Startfit en hoger vergoeden lymfoedeem- en littekentherapie als fysiotherapie. U kunt dan terecht bij een fysiotherapeut of een oedeemfysiotherapeut. Het maximale aantal behandelingen staat hieronder.

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

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
- oedeemfysiotherapeut¹
- huidtherapeut²

Vergoeding per verzekering

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

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 oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van de KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie

² Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

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 toestemming 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 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

ONVZ biedt optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke therapeut 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 aandoeningen. Het programma moet voldoen aan de KNGF-standaarden² voor beweeginterventies.

Bij Benfit en Optifit geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor beweegprogramma's bij chronische aandoeningen, bij en na kanker en bij obesitas 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, bij <u>obesitas</u> en <u>bij en na kanker</u>
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar Voor beweegprogramma's bij chronische ziekte, bij <u>obesitas</u> , <u>bij en na kanker</u> en tijdens chemotherapie 500
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 een voorschrift hebben van een arts

Voor u met het beweegprogramma begint, moet u een voorschrift hebben van uw behandelend arts. U stuurt dit voorschrift 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.

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. In het ziekenhuis krijgt u daarvoor al advies en begeleiding. Een extra beweegprogramma gericht op het behouden en opbouwen van uw conditie kan u verder 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-standaard¹ 'Oncologie'
- revalidatieprogramma's bij kanker door een fysiotherapeut, of een oefentherapeut Cesar of Mensendieck. Het programma duurt maximaal 3 maanden en u traint maximaal 2 keer per week, in groepsverband

Benfit vergoedt maximaal € 250 voor deze 2 beweegprogramma's en voor beweegprogramma's bij chronische ziekte en bij obesitas 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

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

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 <u>obesitas</u>
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar Voor beweegprogramma's bij en na kanker, tijdens chemotherapie, bij <u>chronische ziekte</u> en bij <u>obesitas</u>
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.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Voor u met het beweegprogramma begint moet u een voorschrift hebben van uw behandelend arts. U stuurt dit voorschrift 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.

De ZorgConsulent staat voor u klaar

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

Beweegprogramma bij obesitas

Hoe verlies ik gewicht op een verantwoorde manier en met blijvend resultaat?

Wat u vergoed krijgt

Bij obesitas kan een beweegprogramma u helpen om een actieve en gezonde leefstijl te krijgen. Zo werkt u toe naar blijvend gewichtsverlies. U traint 3 tot 4 maanden lang meerdere keren per week in groepsverband. Daarna kunt u zelf verder in het gewone sportaanbod.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden een beweegprogramma bij obesitas. U moet wel een voorschrift hebben van uw arts. Daar moet in staan dat:

- u een BMI¹ heeft van 30 kg/m² of hoger, of
- een BMI 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

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

Soms wordt het beweegprogramma voorgeschreven naast andere zorg, zoals diëtetiek of psychologische zorg. Samen wordt dit een gecombineerde leefstijlinterventie genoemd. De ZorgConsulent kan u daar meer over vertellen.

Hier kunt u terecht

- fysiotherapeut
- oefentherapeut Cesar of Mensendieck
- thuiszorgorganisatie

¹ De verhouding tussen uw gewicht en lengte. U berekent uw BMI door uw gewicht (in kilo's) te delen door uw lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door uw lengte (in meters)

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	€ 250 Maximaal per kalenderjaar Voor beweegprogramma's bij obesitas, bij <u>chronische ziekte</u> , en bij en na <u>kanker</u>
Optifit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar Voor beweegprogramma's bij obesitas, bij <u>chronische ziekte</u> , en bij en na <u>kanker</u> en tijdens chemotherapie
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 vooraf een voorschrift hebben

Voor u met het beweegprogramma begint moet u een voorschrift hebben van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. U stuurt dit voorschrift 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.

Therapie voor houding en beweging

Voelt u zich wat stram?

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 naar een andere therapeut? De **aanvullende verzekeringen** vergoeden ook nog andere therapieën voor houding en beweging. Daarvoor geldt de vergoeding hieronder.

Chiropractie, manuele therapie en osteopathie

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden:

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

Sportarts

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden daarnaast nog de volgende zorg door een sportarts:

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

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

Hier kunt u terecht

- chiropractor¹
- osteopaat²
- manueel therapeut³ E.S. (eggshell)
- sportarts

Vergoeding per verzekering

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

¹ Deze moet volwaardig lid zijn van een door ONVZ erkende beroepsorganisatie voor chiropractors

² Deze moet volwaardig lid zijn van een door ons erkende beroepsorganisatie voor osteopaten

³ Deze moet lid zijn van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT)

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 chiropractor, osteopaat, manueel therapeut E.S. of sportarts normaal gesproken als beweegzorg verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Soms valt de sportarts onder de basisverzekering

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

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 loophulpmiddelen niet.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden loophulpmiddelen wel. Extrafit en Benfit vergoeden alleen elleboogkrukken. Optifit en hoger vergoeden ook de loophulp 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

¹ Zie hiervoor www.hulpmiddelenwijzer.nl

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 50 voor elleboogkrukken Maximaal per kalenderjaar
Benefit	€ 50 voor elleboogkrukken Maximaal per kalenderjaar
Optifit	€ 100 voor 5 soorten loophulpmiddelen Maximaal per kalenderjaar, voor elleboogkrukken, loophulpen, looprekken, rollators en serveerwagens
Topfit	€ 100 voor 5 soorten loophulpmiddelen Maximaal per kalenderjaar, voor elleboogkrukken, loophulpen, looprekken, rollators en serveerwagens
Superfit	€ 200 voor 5 soorten loophulpmiddelen Maximaal per kalenderjaar, voor elleboogkrukken, loophulpen, 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.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben van uw huisarts of medisch specialist

U stuurt dit 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.

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. Voor Extrafit en Benfit geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Optifit, Topfit en Superfit vergoeden de steunzolen volledig.

Orthopedische aanpassing van de schoen zelf valt onder de vergoeding voor hulpmiddelen¹.

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.

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

U moet (behalve bij Superfit) een voorschrift hebben van uw arts

Voor Extrafit, Benfit, Optifit en Topfit geldt dat u een voorschrift van uw arts moet hebben voor u de steunzool laat maken. Wij kunnen het voorschrift bij u of bij uw zorgverlener opvragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Vervangende mantelzorg

Huishoudelijke hulp

Zorghotel

Kuuroord

Overgangsconsulente

Therapeutisch kamp voor jongeren

Lidmaatschap patiëntenvereniging

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](#). Is uw situatie daarvoor te complex? Dan krijgt u een verwijzing naar de revalidatiearts, voor **medisch-specialistische revalidatie**.

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.

Goed om te weten

De 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 geriatrische revalidatie gelden andere voorwaarden

Geriatrische revalidatie is revalidatie voor ouderen die uit het ziekenhuis komen.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Geriatrische revalidatie

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

Wat u vergoed krijgt

Moet u revalideren? Dan krijgt u fysiotherapie, oefentherapie of ergotherapie. Of, als u specialistische revalidatiezorg nodig heeft, medisch-specialistische revalidatie.

Speciaal voor mensen op leeftijd met meer gezondheidsproblemen tegelijk, is er **geriatrische revalidatie**.

U krijgt deze zorg 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 één 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.
- 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.

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

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 verzekeringen Topfit, Superfit en Zorgplan vergoeden deze extra faciliteiten. Die 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
Benfit	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.

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 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 en afgenomen leer- en trainbaarheid, en die is gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Na de zesde maand heeft u toestemming nodig

Wij vergoeden de zorg voor maximaal zes maanden. Heeft u langer geriatrische revalidatie nodig? Dan kunnen wij daar in bijzondere gevallen toestemming voor geven. U of uw behandelend arts moet de toestemming aanvragen voor de zesde maand om is.

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 hoger 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 vooraf toestemming vragen

Ergotherapie krijgt u in de praktijk van de ergotherapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders moet u ons vooraf 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 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

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

Vervangende mantelzorg

Kan uw mantelzorger even niet voor u zorgen?

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?

De gemeente zorgt voor mantelzorgondersteuning en vervangende mantelzorg. Dit is geregeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).

Heeft u geen recht op hulp van de gemeente? Dan vergoeden de **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vervangende mantelzorg. U moet die dan wel door de ZorgConsulent laten regelen. Het maximale aantal dagen per kalenderjaar staat hieronder.

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	8 dagen Maximaal per kalenderjaar
Optifit	8 dagen Maximaal per kalenderjaar
Topfit	16 dagen Maximaal per kalenderjaar
Superfit	24 dagen 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

Anders kunnen wij de vervanging 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.

Huishoudelijke hulp

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

Wat u vergoed krijgt

Als u 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 is geregeld in 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.

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? Dan kunt u verpleging en verzorging thuis krijgen. Als meer zorg nodig is, krijgt u een indicatie voor eerstelijns verblijf. De basisverzekering vergoedt die zorg.

In andere gevallen kunt u terecht in een zorghotel. Dit wordt ook wel herstellingsoord genoemd. Het zorghotel lijkt op een gewoon hotel. Maar er is extra aandacht voor uw herstel. Een zorghotel biedt daarom ook zorg: u kunt er bijvoorbeeld verpleging krijgen, of fysiotherapie. Het aanbod verschilt per zorghotel.

De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden het verblijf in een zorghotel. Wij vergoeden het verblijf niet voor herstel van een psychische aandoening, of als u een indicatie voor eerstelijns verblijf heeft of had kunnen krijgen.

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

Hier kunt u terecht

- een door ONVZ erkend zorghotel¹

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	100% In een door ONVZ erkend zorghotel
Superfit	100% In een door ONVZ erkend zorghotel

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.

Dit moet u zelf doen

U moet een indicatie hebben van uw arts, en ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden het verblijf in een zorghotel alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. De indicatie stuurt u mee als u de toestemming¹ aanvraagt.

Goed om te weten

De 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 reumatoïde artritis of psoriasis heeft.

Wat u vergoed krijgt

Bij reumatoïde artritis of psoriasis kan een verblijf in een kuuroord uw klachten verlichten. U volgt een persoonlijk kuurprogramma, afgestemd op uw medische klachten.

De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden voor behandeling en verblijf in een kuuroord maximaal € 500 per kalenderjaar.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar, bij reumatoïde artritis of psoriasis
Superfit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar, bij reumatoïde artritis of psoriasis

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

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 de zorg alleen voor deze aandoeningen

Wij kijken naar uw eerdere declaraties om na te gaan of u reumatoïde artritis of psoriasis heeft. Wij kunnen u ook vragen om een verklaring van uw reumatoloog of dermatoloog.

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.

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

Hier kunt u terecht

Een overgangsconsulente aangesloten bij:

- Care for Women¹, of
- Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten²

¹ Meer informatie leest u op: Care for Women: careforwomen.nl

² Meer informatie leest u op: Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten: overgangsconsulente.com

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.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Therapeutisch kamp voor jongeren

Heeft uw kind astma, suikerziekte of een andere aandoening? In een therapeutisch kamp leert het ermee omgaan.

Wat u vergoed krijgt

Een therapeutisch kamp is een actief vakantiecamp voor kinderen met bijvoorbeeld suikerziekte (diabetes mellitus), 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.

Bij Extrafit geldt een maximale vergoeding per dag en een maximum aantal dagen. Bij Benfit geldt een maximumbedrag per kalenderjaar, voor 1 kamp. Bij Optifit geldt 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, suikerziekte, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker
Optifit	€ 300 (bij 5 aandoeningen) Maximaal per kalenderjaar Bij astma, suikerziekte, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker
Topfit	100% (bij 5 aandoeningen) Bij astma, suikerziekte, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker
Superfit	100% (bij 5 aandoeningen) Bij astma, suikerziekte, 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 patiëntenvereniging

Antwoord op vragen bij een (chronische) ziekte of handicap.

Wat u vergoed krijgt

Heeft u of een gezinslid een (chronische) ziekte of een handicap? Dit kan vragen oproepen. Een patiëntenvereniging 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 patiëntenvereniging. Voor Optifit geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de minimale bijdrage volledig.

De patiëntenvereniging moet zijn aangesloten bij

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

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 vergoeding 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.

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Zwangerschap, bevalling en kind Vergoedingen

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

Prenatale screening

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

Wat u vergoed krijgt

Als u zwanger bent, bespreekt de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog met u de mogelijkheden van prenatale screening, met de voor- en nadelen. Dat heet 'counseling'.

Prenatale screening is het tijdens de zwangerschap bepalen van de kans dat het ongeboren kind een afwijking heeft. Bijvoorbeeld de kans op het syndroom van Down of op een open ruggetje.

De prenatale screening bestaat in eerste instantie uit een bloedtest tussen de 10e en de 14e week, en de 20-weeken echo (structureel echoscopisch onderzoek).

De bloedtest kan een NIPT zijn, of onderdeel van een combinatietest. De NIPT (niet-invasieve prenatale test) is alleen een bloedtest. Bij de combinatietest wordt ook nog (met een echo) een nekplooiemeting gedaan bij het ongeboren kindje.

De overheid heeft een website¹ met informatie over prenatale screening.

Als uit de testen blijkt dat uw ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aandoening, bijvoorbeeld het syndroom van Down, dan spreken we van een positieve combinatietest of een positieve NIPT. In dat geval bespreekt uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog met u de mogelijkheden voor prenataal vervolgonderzoek. Dit is bijvoorbeeld een vlokentest, een vruchtwaterpunctie of een uitgebreidere echo (geavanceerd ultrageluidsonderzoek, GUO). Op basis daarvan kan meer zekerheid gegeven worden.

De **basisverzekering** vergoedt:

- counseling
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO): de 20-weeken echo

Als de verloskundige, huisarts of gynaecoloog een medische indicatie vaststelt, vergoedt de basisverzekering ook:

- de combinatietest
- GUO (geavanceerd ultrageluidsonderzoek)
- NIPT. Deze vergoeden wij ook na een positieve combinatietest
- prenataal vervolgonderzoek, zoals vlokentest of vruchtwaterpunctie. Deze vergoeden wij ook na een positieve combinatietest of NIPT

Er is sprake van een medische indicatie als bijvoorbeeld bij een eerdere zwangerschap een erfelijke aandoening is vastgesteld of als er in de familie een aangeboren afwijking voorkomt.

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.

Sinds 1 april 2017 kunt u 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 studie²). Als u de NIPT krijgt via deze subsidieregeling betaalt u een eigen bijdrage van € 175. Deze eigen bijdrage vergoeden wij niet.

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

² 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 vergoeding van 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.

U kunt de NIPT in het buitenland laten uitvoeren

De NIPT vergoeden wij alleen bij medische indicatie of positieve combinatietest. 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.

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.

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 aanvragen – 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 van de verloskundige of de huisarts, 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 ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is, of in een geboortecentrum

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. De basisverzekering vergoedt ook dan de verloskundige zorg. Maar let op: u betaalt een hogere eigen bijdrage voor de 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 ONVZ 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	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

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.

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. Dit geldt niet bij spoedeisende zorg, bijvoorbeeld als zich tijdens de bevalling thuis complicaties voordoen.

Goed om te weten

De 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.

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 twee 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 twee:

- a. voor kraamzorg thuis: € 4,30 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 per persoon per dag (dus € 34 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 € 122,50 per persoon per dag

We zetten de situaties die mogelijk zijn voor u op een rijtje.

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 Ook wel 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 ONVZ 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
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 € 4,30 per uur bij kraamzorg thuis
- De wettelijke eigen bijdrage van € 17 per persoon per dag. Verder de meerkosten boven € 122,50 per persoon per dag voor het ziekenhuis als u daar zonder medische noodzaak bevalt of het geboortecentrum

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 ONVZ Kraamzorg Service via telefoonnummer 088 668 97 05. Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

Voor couveuseazorg, aanvullende kraamzorg en uitgestelde kraamzorg heeft u een medische verklaring nodig

Heeft u behoefte aan couveuseazorg, 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.

Kraamzorg volgens Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg

Het kraamcentrum of het geboortecentrum stelt het aantal uren kraamzorg vast volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg¹.

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.

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 ONVZ 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 ONVZ 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 wondkompresen 8,5x5 cm
- 10 wondkompresen 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 ONVZ Kraamzorg Service
Benfit	1 keer per bevalling Geleverd door ONVZ Kraamzorg Service
Optifit	1 keer per bevalling Geleverd door ONVZ Kraamzorg Service
Topfit	1 keer per bevalling Geleverd door ONVZ Kraamzorg Service
Superfit	1 keer per bevalling Geleverd door ONVZ 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.

U kunt ook zelf een kraampakket kopen

Vergoedt uw verzekering het kraampakket niet? Dan kunt u zelf een kraampakket aanschaffen bij een apotheek, of online via www.natalis.nl.

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.

Als u [kraamzorg](#) krijgt, kan de kraamverzorgende u helpen bij het geven van borstvoeding. Kunt u met uw vragen niet bij een kraamverzorgende terecht? Dan kunt u naar een lactatiekundige. Die kan u ook helpen in bijzondere situaties, bijvoorbeeld als u of uw kind een beperking heeft.

U krijgt de zorg meestal na de bevalling. Maar ook tijdens de zwangerschap kunt u al naar een lactatiekundige gaan.

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

Hier kunt u terecht

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

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor borstvoeding, zoals speciale flesjes

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	2 consulten 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: search.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.

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 of hoger (van uw kind) vergoeden een plaswekker. U kiest zelf of u die huurt of koopt. Bij Extrafit en Benfit 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.

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. Dat kan ook zorg voor het geadopteerde kind zijn. Het kraamcentrum stelt het aantal uren vast volgens een protocol. U betaalt dan een eigen bijdrage.

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
Benefit	€ 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 ONVZ Kraamzorg Service via telefoonnummer 088 668 97 05. Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Voor de screening heeft u geen verwijzing nodig.

U kunt rechtstreeks met uw kind naar de kinderarts gaan.

Wij vergoeden 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.

Wij vergoeden 1 keer per adoptiekind

Ook als u en uw partner allebei bij ons verzekerd zijn.

Medicijnen en dieet

Vergoedingen

Geneesmiddelen (basisverzekering)
Geneesmiddelen (aanvullende verzekeringen)
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 waarvoor in Nederland (nog) geen handelsvergunning is. De behandelend arts heeft toestemming van de overheid om het geneesmiddel in Nederland te laten maken of te importeren. Dit komt niet vaak voor.

De vergoedingen bij 2 en 3 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 u een bepaalde indicatie heeft. Die geneesmiddelen en de indicaties staan in bijlage 2¹ van de Regeling zorgverzekering. Voorbeelden hiervan zijn zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers³.

Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Weet u de werkzame stof of de 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. De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden deze wettelijke eigen bijdragen tot een maximaal bedrag per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

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

U heeft keuzevrijheid

Ook als het gaat om geneesmiddelen. ONVZ heeft geen 'preferentiebeleid'. Maar uw geneesmiddel mag ook niet onnodig duur zijn.

Dit vergoedt de basisverzekering niet

- geneesmiddelen om onderzoek mee te doen
- medicijnen die nog niet zijn toegelaten of waarmee nog klinische proeven worden gedaan

Andere vergoedingen

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

- [dieetpreparaten](#)
- [vaccinaties en preventieve middelen voor uw \(vakantie\)reis](#)
- [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 Via <u>geneesmiddelen (aanvullende verzekering)</u>
Benfit	De eigen bijdrage Via <u>geneesmiddelen (aanvullende verzekering)</u>
Optifit	De eigen bijdrage Via <u>geneesmiddelen (aanvullende verzekering)</u>
Topfit	De eigen bijdrage Via <u>geneesmiddelen (aanvullende verzekering)</u>
Superfit	De eigen bijdrage Via <u>geneesmiddelen (aanvullende verzekering)</u>

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage.

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), verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant¹.

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming hebben

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.

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.

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

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte, behalve slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand en bij slaapmiddelen en middelen tegen angst na de instelperiode
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Geneesmiddelen (aanvullende verzekeringen)

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt de meeste gangbare geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. 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' hieronder)
- verbandmiddelen voor het bedekken of verbinden van een huidaandoening of wond die u onder verantwoordelijkheid van uw arts gebruikt, als ze niet onder de vergoeding hulpmiddelen vallen

Optifit, Topfit en Superfit vergoeden ook nog:

- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers die de basisverzekering niet vergoedt
- 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

Andere vergoedingen

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

- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen; die vallen onder alternatieve geneeswijzen
- vaccinaties en preventieve middelen voor uw (vakantie)reis
- anticonceptie(genees)middelen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers
- geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandeling

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

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• anticonceptie(genees)middelen
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
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 betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die, volgens de voorwaarden die u nu leest.

Hoe werkt dat?

Dit moet u zelf doen

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

Geneesmiddelen, verbandmiddelen en melatonine worden alleen vergoed op basis van een recept van de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg), verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant.

Soms vallen geneesmiddelen onder de ziekenhuisbehandeling

Dan krijgt u het geneesmiddel in of van het ziekenhuis. U krijgt geen recept mee. De kosten vallen dan niet onder deze vergoeding, maar onder 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.

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. Dit zijn 'zelfzorggeneesmiddelen'. Ook sommige (niet alle) maagzuurremmers zijn zelfzorggeneesmiddelen.

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

1. laxeremiddelen (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

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 tot de maximale vergoeding per kalenderjaar:

- de eerste 15 dagen dat u deze geneesmiddelen gebruikt
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers als de basisverzekering deze niet vergoedt

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

Wij vergoeden de zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers alleen als u ze haalt bij:

- 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
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	€ 4.540 Eerste 15 dagen zelfzorggeneesmiddelen/maagzuurremmers
Topfit	€ 4.540 Eerste 15 dagen zelfzorggeneesmiddelen/maagzuurremmers
Superfit	100% Eerste 15 dagen 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 recept hebben van een arts of andere voorschrijver

Wij vergoeden zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers alleen als u een recept (voorschrift) heeft van uw behandelend arts, een medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg), verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant.

Goed om te weten

De 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 drie situaties:

- als onderdeel van ketenzorg bij chronische ziekte
- bij overgewicht
- als er een andere medische reden is

Heeft u een chronische ziekte, zoals suikerziekte (diabetes mellitus), 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 BMI¹ minstens 30 kg/m² is, of
- uw BMI tussen 25 en 30 kg/m² is en u daarnaast extra risico loopt door bijvoorbeeld een ziekte (zoals hart- en vaatziekte)

Heeft u een andere medische reden 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.

Is 3 uur niet voldoende en heeft u meer begeleiding en advies nodig? De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden extra diëtetiek met een medische reden door een diëtist. Voor Benfit en Optifit geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden diëtetiek volledig.

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

Dit wordt niet vergoed

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

¹ De verhouding tussen uw gewicht en lengte. U berekent uw BMI door uw gewicht (in kilo's) te delen door uw lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door uw lengte (in meters)

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.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

Voor het programma Beter Eten betaalt u geen eigen risico

Het programma Beter Eten begeleidt u naar gezonde voeding en een gezonde leefstijl. Volgt u zo'n programma? Dan betaalt u geen eigen risico voor de uren van de diëtist.

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.

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 twee 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 hebben

U moet voor dieetpreparaten een voorschrift (recept) hebben van uw huisarts of een medisch specialist¹, verpleegkundig specialist, physician assistant of diëtist.

U moet soms vooraf toestemming vragen

Als uw huisarts een recept rechtstreeks aan uw apotheek stuurt, dan beoordeelt de apotheek of u het dieetpreparaat vergoed krijgt. U hoeft dan niet apart toestemming te vragen.

Schrijft iemand anders het dieetpreparaat voor? Dan moet u vooraf toestemming vragen met een artsenverklaring dieetpreparaten².

Met veel leveranciers hebben wij afgesproken dat ze namens ons toestemming mogen geven. Dan stuurt u het recept van de huisarts of de artsenverklaring direct aan de leverancier. Uw leverancier weet of dit ook voor hen geldt. U kunt het ook bij ons navragen.

Mag de leverancier niet namens ons toestemming³ geven? Dan stuurt u het voorschrift van de huisarts of de ingevulde artsenverklaring dieetpreparaten aan ons. Wij beoordelen dan de aanvraag.

Goed om te weten

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

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

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

De **aanvullende verzekering** Optifit en hoger vergoeden tot 18 jaar de algemene tandheelkundige zorg die niet onder de basisverzekering valt. Voor Optifit is de vergoeding maximaal € 500 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Voor tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar, orthodontie tot 18 jaar, fronttandvervangning 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

- bleken van tanden en kiezen
- MRA (mandibulair repositie apparaat)
- de aanvullende verzekeringen vergoeden niet: volledige narcose

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Gebruikelijke tandheelkundige zorg
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	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 spoedeisende zorg is geen verwijzing nodig.

Soms heeft u vooraf toestemming nodig

Dit geldt voor:

- zorg in een Centrum voor bijzondere tandheelkunde
- zorg onder volledige narcose
- deze 3 behandelingen bij de kaakchirurg:
 - (1) tandvleesbehandeling (parodontale zorg)
 - (2) kaakoperatie (osteotomie)
 - (3) het plaatsen van tandheelkundige implantaten
- een kunstgebit van meer dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak als de tandarts het maakt
- een kunstgebit van meer dan € 500 per kaak (inclusief materiaal- en techniekkosten) als de tandprotheticus het maakt
- het vervangen van een kunstgebit dat minder dan 5 jaar oud is
- een klikgebit, en het repareren of rebasen (opvullen) van een klikgebit

De toestemming¹ vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van uw zorgverlener. Daar moeten een behandelplan en een begroting bij zitten.

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

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.

Goed om te weten

De 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.

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.

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, niet voor orthodontie (X10)
- 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.

¹ De codes tussen haakjes vindt u terug op de nota van de tandarts

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, niet voor orthodontie (X10)
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30 of V35)

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

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

Tandfit D

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

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, niet voor orthodontie (X10)
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30 of V35)

Tandfit Preventief vergoedt ook 100% van de kosten van (andere) algemene tandheelkundige zorg, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar.

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

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

- kronen, bruggen en inlays²
- kunstgebit
- implantaten
- wortelkanaalbehandeling
- orthodontie

Tandfit Preventief vergoedt ook niet:

- tandartsabbonnementen
- uurtarieven voor bijzondere tandheelkunde
- materiaal- en techniekkosten voor zorg die niet wordt vergoed

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose
- bleken van tanden en kiezen
- MRA (mandibulair repositie apparaat)
- mondbeschermer

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 Op maat gemaakte vullingen

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Beperkte vergoeding Alleen kaakchirurg, kunstgebit, fronttandvervangning en <u>bijzondere tandheelkunde</u>
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 1.600 (100%) Maximaal per kalenderjaar Algemene tandheelkundige zorg (100%)
Tandfit A	€ 250 (75%) Maximaal per kalenderjaar Algemene tandheelkundige zorg (75%)
Tandfit B	€ 750 (75% - 100%) Maximaal per kalenderjaar Controle en preventie 100% Algemene tandheelkundige zorg 75%
Tandfit C	€ 1.500 (75% - 100%) Maximaal per kalenderjaar Controle en preventie 100% Algemene tandheelkundige zorg 75%
Tandfit D	€ 1.500 (100%) Maximaal per kalenderjaar Algemene tandheelkundige zorg (100%)
Tandfit Preventief	Controle en preventie (100%) € 2.000 Algemene tandheelkundige zorg (100%) Elektrische tandenborstel, preventiepakketten Vergoedingen: maximaal per kalenderjaar Tandenborstel: 1 per 3 jaar Preventiepakket: 1 per kwartaal

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.

In het buitenland vergoeden wij het Nederlandse tarief

Krijgt u de zorg buiten Nederland? Dan vergoeden wij wat de zorg in Nederland zou kosten. Is de nota 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 kreeg.

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 ongeval? 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. U vindt de vergoedingen 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.

Extra dekking na een ongeval

Superfit en Tandfit A, B, C, D en Preventief vergoeden daarnaast tandheelkundige behandeling die nodig is door een ongeval. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een kunstgebit. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het bedrag staat hieronder.

Het moet gaan om een ongeval dat gebeurde terwijl u 1 van deze 5 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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
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	€ 5.000 Maximaal, 1 ongeval 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

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden tandheelkundige zorg na een ongeval alleen als wij vooraf toestemming¹ hebben gegeven. Voor spoedeisende zorg heeft u geen toestemming nodig. 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 voor bijzondere tandheelkundige zorg. Dat is zorg bij ernstige aandoeningen, zoals een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar.

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 wordt.

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden dáárna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 wordt.

Topfit en Superfit vergoeden orthodontie volledig. Bij Benfit en Optifit stopt de vergoeding als u 18 jaar wordt. Topfit en Superfit 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	Geen vergoeding
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.

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 bepalen de startdatum als wij 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 voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaan 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 ONVZ.

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.

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 voor bijzondere tandheelkundige zorg. Dat is zorg bij ernstige aandoeningen, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. 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. 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	Geen vergoeding
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.

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.

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 volledig kunstgebit hebben voor de onderkaak, de bovenkaak of voor allebei de kaken.

De **basisverzekering** vergoedt vanaf 18 jaar het **volledige uitneembare kunstgebit**, dus het kunstgebit dat u zelf uit de mond kunt halen. De basisverzekering vergoedt het gedeeltelijk kunstgebit niet.

Er zijn verschillende soorten volledig uitneembare kunstgebitten die worden vergoed. 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.

Het percentage dat wij niet vergoeden, is uw wettelijke eigen bijdrage. Die moet u zelf betalen. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Tandfit vergoeden een deel van deze eigen bijdrage.

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

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%)

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 tandheelkundige zorg. Heeft u geen ernstig geslonken kaak zonder tanden? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit of Tandfit het aanbrengen van implantaten door de tandarts.

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 twee 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 twee maanden? Dan vergoedt de basisverzekering:

- reparatie en rebasen (opvullen): 90% (eigen bijdrage 10%)

Hier kunt u terecht

- tandarts
- tandprotheticus

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Afhankelijk van soort: 75% tot 92% Volledig kunstgebit met reparatie/rebasen
Superfit	€ 1.600 Eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit
Tandfit A	€ 250 75% van eigen bijdrage, implantaten en gedeeltelijk kunstgebit
Tandfit B	€ 750 75% van eigen bijdrage, implantaten en gedeeltelijk kunstgebit
Tandfit C	€ 1.500 75% van eigen bijdrage, implantaten en gedeeltelijk kunstgebit
Tandfit D	€ 1.500 Eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit
Tandfit Preventief	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het 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 van de tandarts dat duurder is dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak
- een kunstgebit 1, 2 of 3 van de tandtechnicus dat duurder is dan € 500 (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 van een Centrum voor bijzondere tandheelkunde (ook als de kosten lager zijn dan € 650 of € 500)

De toestemming 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.

Fronttandvervanging

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 A, B, C en D vergoeden de zorg dan (gedeeltelijk), als de tandarts die uitvoert.

Heeft u naast ontbrekende snij- of hoektanden andere ernstige gebitsproblemen? Dan kan de fronttandvervanging onder bijzondere tandheelkunde vallen.

U kunt terecht bij:

- tandarts
- kaakchirurg¹

¹ Kaakchirurgen vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Tot 23 jaar (als noodzaak is vastgesteld voor 18e verjaardag)
Superfit	Geen vergoeding
Tandfit A	Geen vergoeding
Tandfit B	Geen vergoeding
Tandfit C	Geen vergoeding
Tandfit D	Geen vergoeding
Tandfit Preventief	Geen vergoeding

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt vanaf 18 jaar het 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 specialistisch 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 behandelcentrum¹. 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

Soms heeft u vooraf toestemming van ons nodig

De volgende behandelingen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming¹ hebben gegeven:

- trekken van tanden en kiezen onder narcose
- kaakoperatie (osteotomie)
- zorg in een centrum voor bijzondere tandheelkunde

Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Daar moeten een behandelplan en een begroting bij zitten. En als die zijn gemaakt, (röntgen)foto's van uw kaak en uw gebit.

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 spoedeisende 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 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.
2. Bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. Bijvoorbeeld: ernstige Parkinson 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.

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

Soms: implantaten

Krijgt u een volledige uitneembare prothese (kunstgebit) op implantaten? Dan vallen de implantaten onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als u een heel erg geslonken kaak heeft, zonder tanden.

Meestal niet: orthodontie

Orthodontie valt alleen onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als:

- u een heel ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis heeft aan tanden, kaak of mond, en
- die stoornis ook door andere zorgverleners dan een tandarts of een orthodontist moet worden behandeld

Als het nodig is: opname

Is het voor deze zorg nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering ook de ziekenhuisopname.

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 tandheelkundige 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 vergoedingen Superfit
Tandfit A	De eigen bijdrage Volgens vergoedingen Tandfit A
Tandfit B	De eigen bijdrage Volgens vergoedingen Tandfit B
Tandfit C	De eigen bijdrage Volgens vergoedingen Tandfit C
Tandfit D	De eigen bijdrage Volgens vergoedingen Tandfit D
Tandfit Preventief	De eigen bijdrage Volgens vergoedingen Tandfit Preventief

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt vanaf 18 jaar het eigen risico.

De eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage voor tandheelkundige behandelingen die niet rechtstreeks met de aandoening te maken hebben.

Dit moet u zelf doen

U moet ons altijd 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 preventiepakket, met een nieuw opzetborsteltje

Wanneer krijg ik de tandenborstel?

U ontvangt de DiamondClean Smart als uw Tandfit Preventief definitief is ingegaan. Het preventiepakket 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

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

De DiamondClean Smart valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

U betaalt voor de DiamondClean Smart geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Levering kan alleen in Nederland en België

Verhuist u naar een ander land? Dan krijgt u geen opzetborstels meer toegestuurd. U kunt de DiamondClean Smart wel blijven gebruiken en uw Tandfit Preventief blijft gewoon van kracht.

Betaalt u de premie niet? Dan heeft u geen recht meer op de borstel.

De borstel blijft van ONVZ.

Psychische zorg Vergoedingen

Generalistische basis-ggz
Gespecialiseerde ggz

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Generalistische basis-ggz

Als u een psychische stoornis heeft.

Wat u vergoed krijgt

Bij psychische problemen is uw huisarts of bedrijfsarts het eerste aanspreekpunt. Hij spreekt met u en beoordeelt met welke zorg u het beste van uw klachten af kunt komen. Als uw arts een psychische stoornis vermoedt, verwijst hij u door voor generalistische basis-ggz. Bijvoorbeeld bij een psychotherapeut of een gz-psycholoog¹.

Generalistische basis-ggz krijgt u in individuele gesprekken. Soms is een internetprogramma deel van de behandeling.

U krijgt altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. De regiebehandelaar stelt een diagnose en maakt daarna samen met u een behandelplan. Hij kan andere behandelaren inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en afstemming. Hij beheert ook uw dossier.

Uw zorgverlener werkt volgens een kwaliteitsstatuut

Sinds 1 januari 2017 is dat verplicht voor alle zorgverleners in de ggz. In dit kwaliteitsstatuut² staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet en hoe zij de zorg voor u organiseren. U vindt dit kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener.

De **basisverzekering** vergoedt generalistische basis-ggz als u 18 jaar of ouder bent, maar alleen 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 een aanpassingsstoornis. 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
- behandeling van burn-out of overspannenheid, of andere klachten die met uw werk te maken hebben
- behandeling van relatieproblemen

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden generalistische basis-ggz voor alle leeftijden bij een aanpassingsstoornis en bij werk- of relatieproblemen, tot een maximumbedrag per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

Valt de zorg onder de basisverzekering? Dan kunt u terecht bij een ggz-instelling. Uw regiebehandelaar is één van de zorgverleners genoemd onder 1 tot en met 7. U kunt ook naar een zelfstandig gevestigde zorgverlener gaan. Dat kan een van de zorgverleners genoemd onder 1 tot en met 4 zijn.

1. gz-psycholoog
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

Valt de zorg onder de aanvullende verzekering? Dan kunt u terecht bij een:

- gezondheidszorgpsycholoog
- klinisch psycholoog
- kinder- of jeugdpsycholoog, geregistreerd bij NIP of SKJ
- orthopedagoog-generalist, geregistreerd bij NVO of SKJ

Overgangsregeling 18-jarigen

Ggz voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist kan dan de regiebehandelaar zijn. Op de 18e verjaardag gaat de zorg over naar de basisverzekering. De kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist is daar geen regiebehandelaar. Maar soms is het goed als de behandeling doorloopt met dezelfde regiebehandelaar. Als u op uw 18e verjaardag onder behandeling bent van een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist, vergoeden wij de voortzetting van die behandeling. Dat doen wij maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden of overgedragen naar een regiebehandelaar zoals die voor de basisverzekering geldt.

¹ Ook: gezondheidszorgpsycholoog

² Dit moet opgesteld zijn volgens het model kwaliteitsstatuut ggz, dat is opgenomen in het Register van kwaliteitsstandaarden van Zorginstituut Nederland

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van vliegangst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- verblijf
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie over welke behandelingen wel of niet gezien worden als effectief leest u in het Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz¹.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	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 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.

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.

Een psychische stoornis volgens de DSM

Ggz valt onder de basisverzekering, maar dan moet er wel sprake zijn van een psychische stoornis. Of de verwijzer moet een vermoeden hebben dat er zo'n stoornis bestaat. Alle psychische stoornissen zijn beschreven 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 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 ernstige of complexe psychische problemen vragen om een intensieve aanpak.

Wat u vergoed krijgt

Als u psychische problemen heeft, gaat u meestal eerst naar de huisarts. Deze kijkt met u wat de beste oplossing is voor uw problemen. Vaak kunt u bij de huisarts of in de generalistische basis-ggz¹ behandeld worden. Als uw psychische problemen daarvoor te ernstig of te complex zijn, verwijst de huisarts u door naar bijvoorbeeld een psychiater, een psychotherapeut of een ggz-instelling, voor gespecialiseerde ggz. U kunt zo'n verwijzing ook krijgen van uw behandelaar in de generalistische basis-ggz.

U krijgt altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. De regiebehandelaar stelt een diagnose en maakt daarna samen met u een behandelplan. Hij kan andere behandelaren inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en afstemming. Hij beheert ook uw dossier.

De **basisverzekering** vergoedt gespecialiseerde ggz als u 18 jaar of ouder bent.

Is opname nodig voor een goed resultaat van de behandeling? Dan vergoedt de basisverzekering die ook. Met daarbij, als dat voor u nodig is: verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen en hulp- en verbandmiddelen

Opname kan in een ggz-instelling² of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Krijgt u tijdens de opname ook dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

Hier kunt u terecht

In een ggz-instelling of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Uw regiebehandelaar is één van de zorgverleners genoemd onder 1 tot en met 8. Wordt u voor de behandeling opgenomen? Dan moet de regiebehandelaar een psychiater (4) of klinisch psycholoog (1) zijn. Die kan wél met de regiebehandelaar die u voor de opname had afspreken dat u ook tijdens de opname diezelfde regiebehandelaar houdt.

U kunt ook naar een zelfstandig gevestigde zorgverlener gaan. Dat kan een van de zorgverleners genoemd onder 1 tot en met 4 zijn.

1. klinisch psycholoog
2. psychotherapeut
3. klinisch neuropsycholoog
4. psychiater
5. gezondheidszorgpsycholoog
6. verpleegkundig specialist ggz
7. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
8. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts

¹ Geestelijke gezondheidszorg

² Een instelling die van de overheid gespecialiseerde ggz mag leveren. Voor zorg met opname: een instelling die gespecialiseerde ggz met verblijf mag leveren

Op de website van uw zorgverlener vindt u altijd een kwaliteitsstatuut. Daar staat in hoe zij de zorg voor u organiseren.

Overgangsregeling 18-jarigen

Ggz voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog-generalist kan dan de regiebehandelaar zijn. Op de 18e verjaardag gaat de zorg over naar de basisverzekering. De kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist is daar geen regiebehandelaar. Bent u op uw 18e verjaardag onder behandeling van een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist? Dan vergoeden wij de voorzetting van die behandeling maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd moet de behandeling afgerond worden, of overgedragen naar een regiebehandelaar zoals die voor de basisverzekering geldt.

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 aanpassingsstoornissen¹
- behandeling van burn-out en overspannenheid, of andere klachten die met uw werk te maken hebben
- behandeling van relatieproblemen
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie over welke behandelingen wel of niet gezien worden als effectief leest u in het Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz²

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 meeste geschikte behandelvorm is. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

¹ 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

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

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.

Bij opname moet u soms toestemming hebben

Dit geldt:

- bij opname voor behandeling 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
- als het verblijf langer duurt 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 hem 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.

Een psychische stoornis volgens de DSM

Ggz valt onder de basisverzekering, maar dan moet er wel sprake zijn van een psychische stoornis. Of de zorgverlener moet vermoeden dat u zo'n stoornis heeft. Alle psychische stoornissen zijn beschreven 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.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor gespecialiseerde ggz en opname. Is een ggz-opname in het buitenland vooraf gepland? Dan is misschien niet alles verzekerd. Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende 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 ONVZ 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.

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. 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.

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

Anticonceptie

Vergoedingen

Anticonceptiemiddelen
Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)

Anticonceptiemiddelen

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. Het pessarium en het koperspiraaltje zijn hulpmiddelen.

De **basisverzekering** vergoedt geneesmiddelen en hulpmiddelen 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 en hulpmiddelen voor anticonceptie vanaf 21 jaar.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Een spiraaltje laat u plaatsen door de huisarts of een verloskundige. U kunt het ook laten plaatsen in het ziekenhuis. U koopt het dan niet zelf. Het spiraaltje valt dan onder de zorg door de medisch specialist. Wij vergoeden het dan niet apart.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook sterilisatie.

Dit wordt niet vergoed

- condoms

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. Het koperhoudend spiraaltje en het pessarium (hulpmiddelen voor anticonceptie) kunt u zonder voorschrift bij de apotheek halen.

Goed om te weten

De 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 sterilisatie. Topfit en Superfit vergoeden daarnaast ook een hersteloperatie.

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
Benefit	100% sterilisatie Geen vergoeding voor hersteloperatie
Optifit	100% sterilisatie 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.

Dit moet u zelf doen

Voor de medisch specialist moet u vooraf een verwijzing hebben

Als u voor sterilisatie of refertilisatie naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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 onderzoeken en behandelingen. De maximale vergoeding hangt af van de aanvullende verzekering die u heeft.

Waar u terecht kunt ook. Bij Extrafit is dat de arts die alternatieve geneeswijzen aanbiedt. Een arts-acupuncturist¹ valt daar ook onder. Benfit vergoedt ook de acupuncturist die geen arts is. En Optifit, Topfit en Superfit ook nog andere zorgverleners die geen arts zijn. Wij noemen de zorgverleners die geen arts zijn: behandelaren. De acupuncturist valt daar dus ook onder. Een behandelaar moet altijd volwaardig lid zijn van een door ons erkende beroepsorganisatie², en voldoen aan de PLATO-eisen³.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook geregistreerde⁴ homeopathische en antroposofische geneesmiddelen en (laboratorium)onderzoek. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar, en u moet een voorschrift van uw arts of behandelaar hebben.

We zetten het hieronder voor u op een rij.

Extrafit

- u kunt terecht bij: een arts
- maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar
- maximaal € 27 per behandeling
- geen vergoeding voor geneesmiddelen en (laboratorium)onderzoek

Benfit

- u kunt terecht bij: een arts of een acupuncturist
- maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar
- maximaal € 27 per behandeling
- geen vergoeding voor geneesmiddelen en (laboratorium)onderzoek

Optifit

- u kunt terecht bij: een arts of een behandelaar (inclusief acupuncturist)
- bij behandeling door een arts: maximaal € 85 per behandeling, tot € 750 per kalenderjaar
- bij behandeling door een behandelaar: maximaal € 65 per behandeling, tot € 250 per kalenderjaar
- maximaal € 250 voor (laboratorium)onderzoek en geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen samen

Topfit

- u kunt terecht bij: een arts of een behandelaar (inclusief acupuncturist)
- bij behandeling door een arts: maximaal € 85 per behandeling, tot € 1.000 per kalenderjaar
- bij behandeling door een behandelaar: maximaal € 65 per behandeling, tot € 500 per kalenderjaar
- maximaal € 500 voor (laboratorium)onderzoek en geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen samen

Superfit

- u kunt terecht bij: een arts of een behandelaar (inclusief acupuncturist)
- bij behandeling door een arts: maximaal € 85 per behandeling, tot € 1.250 per kalenderjaar
- bij behandeling door een behandelaar: maximaal € 65 per behandeling, tot € 500 per kalenderjaar
- maximaal € 750 voor (laboratorium)onderzoek en geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen samen

¹ Een acupuncturist die in het BIG-register staat als arts

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

⁴ Deze hebben een RVG of RVH nummer gekregen van het CBG

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 27 per behandeling, max. 20 x (arts) Maximaal per behandeling/kalenderjaar Geen geneesmiddelen en (lab)onderzoek
Benfit	€ 27 per behandeling, max. 20 x (arts of acupuncturist) Maximaal per behandeling/kalenderjaar Geen geneesmiddelen en (lab)onderzoek
Optifit	€ 85 per behandeling, tot € 750 (arts) € 65 per behandeling, tot € 250 (acupuncturist of andere behandelaar) € 250 voor (lab)onderzoek en geneesmiddelen Maximaal per behandeling/kalenderjaar
Topfit	€ 85 per behandeling, tot € 1.000 (arts) € 65 per behandeling, tot € 500 (acupuncturist of andere behandelaar) € 500 voor (lab)onderzoek en geneesmiddelen Maximaal per behandeling/kalenderjaar
Superfit	€ 85 per behandeling, tot € 1.250 (arts) € 65 per behandeling, tot € 500 (behandelaar) € 750 voor (lab)onderzoek en geneesmiddelen Maximaal per behandeling/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

Is de zorgverlener geen arts? Dan moet hij volwaardig lid zijn van een door ons erkende beroepsorganisatie en voldoen aan de PLATO-eisen

Wij vergoeden alleen de zorg van deze zorgverleners:

- arts
- behandelaar die volwaardig lid is van een beroepsorganisatie die op onze Lijst erkende beroepsorganisaties¹ staat en die ook voldoet aan de PLATO-eisen²

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.

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/plato-eisen

Goed om te weten

De 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 en niet meer dan 1 behandeling per dag

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die artsen en behandelaars voor alternatieve geneeswijzen normaal gesproken binnen hun beroepsprofiel verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wij vergoeden maximaal de gebruikelijke tarieven van de beroepsgroep

Heeft de beroepsorganisatie normtarieven? Dan zijn die leidend.

Horen, zien en spreken

Vergoedingen

Audiologische zorg

Orthoptie

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Logopedie

Brillenglazen, (contact)lenzen en laserbehandeling

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 hulpmiddelen¹.

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.

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de 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 oogaandoeningen die te maken hebben met de stand en de samenwerking van de ogen, en het kijken. We noemen deze zorg orthoptie.

Wij vergoeden orthoptie voor kinderen en voor volwassenen.

De meeste orthoptisten werken op de afdeling oogheelkunde van een ziekenhuis, of in een oogkliniek. Als de huisarts u of uw kind naar de oogarts verwijst, krijgt u vaak ook met een orthoptist te maken. De orthoptist voert dan voor de oogarts een deel van het onderzoek uit. Onderzoek en behandeling door de orthoptist behoren dan tot de medisch-specialistische zorg.

De orthoptist kan ook zelfstandig werken, in het ziekenhuis of in een eigen praktijk. U kunt de orthoptist dan rechtstreeks bezoeken, zonder verwijzing.

De **basisverzekering** vergoedt de zorg die de orthoptist verleent als u bij de oogarts in behandeling bent. De basisverzekering vergoedt ook zorg door een zelfstandig werkende orthoptist, maar dan 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 scherpzien (refractieafwijkingen)

Wilt u voor andere klachten naar de orthoptist, bijvoorbeeld omdat u leesproblemen heeft of hoofdpijn? Dat kan. De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden orthoptie tot een maximumbedrag per kalenderjaar.

Gaat u naar de zelfstandig werkende orthoptist? Als deze de indicatie op de nota vermeldt, kunnen wij uw declaratie sneller afhandelen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij 5 aandoeningen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	€ 500
Optifit	€ 750
Topfit	€ 1.000
Superfit	€ 1.500

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

Meestal moet u vooraf een verwijzing hebben

Als u naar de oogarts gaat, moet u daarvoor een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts.

Gaat u naar een zelfstandig werkende orthoptist? Dan heeft u voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt een verwijzing nodig van uw huisarts of een medisch specialist. Voor zorg die onder de basisverzekering valt kunt u zonder verwijzing terecht.

Goed om te weten

De 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 FENAC
- Bij een visuele beperking moet een medisch specialist u verwijzen volgens de richtlijnen 'Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing' van het NOG¹. 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 toestemming² 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 Meer informatie leest u op www.oogheelkunde.org

² 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.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

ONVZ biedt optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke logopedist u gaat. In kwaliteitsregisters¹ vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

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.

Brillenglazen, (contact)lenzen en laserbehandeling

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 Hulpmiddelen.

Heeft u geen medische indicatie, maar wel een bril of lenzen nodig vanwege bij- of verziendheid? Of overweegt u ooglaseren?

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

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

- brillenglazen met of zonder montuur
- prismabril
- 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 de vergoeding in het vorige jaar. De maximale vergoeding voor de 2 jaren staat hieronder.

Hier kunt u terecht

- opticiens
- ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum¹

Dit wordt niet vergoed

- contactlensvloeistof
- los brilmontuur
- brillenkoker en andere accessoires
- aanmeetkosten, aanpassingskosten, oogcontroles
- behandeling door een optometrist² (optometrie)
- duikbril
- floaterlaseren³

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij medische indicatie Volgens vergoeding Hulpmiddelen
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 Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

² Deze werkt vaak bij de opticiens, of in een ziekenhuis. Hij onderzoekt de gezondheid van uw ogen

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 notagegegevens 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.

Vanaf 2018 werkt de vergoeding anders

De maximale vergoeding geldt voortaan voor 2 aansluitende kalenderjaren. Als u declareert, kijken we ook hoeveel u in het vorige kalenderjaar vergoed heeft gekregen. Dat 'terugkijken' doen wij voor het eerst in 2019. Houd er dus rekening mee dat u in 2019 geen vergoeding meer krijgt als u in 2018 de maximale vergoeding hierboven gebruikt.

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 bij een instituut voor stottertherapie. Voor Extrafit, Benfit en Optifit geldt een maximale vergoeding per verzekerde. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Dit wordt niet vergoed

- overnachting
- maaltijden tijdens de therapie

U kunt ook naar een logopedist gaan als u stottert. Dat valt onder de vergoeding logopedie. Die zorg valt onder de basisverzekering.

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.

Goed om te weten

De 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 zijn middelen om het dagelijkse leven met een ziekte of een aandoening makkelijker te maken. Of die u helpen om langer thuis te kunnen blijven wonen. Er zijn hulpmiddelen die onder de basisverzekering vallen. Er zijn ook hulpmiddelen waarvoor u bijvoorbeeld naar de gemeente of het zorgkantoor moet. In de hulpmiddelenwijzer¹ kunt u opzoeken waar u moet zijn. Heeft u toch nog vragen? Ons Service Center helpt u verder.

De basisverzekering vergoedt hulpmiddelen die te maken hebben met het herstellen van of leven met een ziekte of aandoening. Voorbeelden zijn protheses, verbandmiddelen, hoortoestellen en de insulinepen.

In het Reglement Hulpmiddelen² leest u welke hulpmiddelen en verbandmiddelen de basisverzekering vergoedt, en wat de voorwaarden zijn.

Voor veel hulpmiddelen heeft u een verwijzing of toestemming nodig. Dit staat per hulpmiddel aangegeven in de tabel die u in het reglement vindt. In deze tabel staat ook of u een eigen bijdrage betaalt en wat de maximale vergoeding is.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden de eigen bijdrage. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat hieronder.

Sommige hulpmiddelen koopt u zelf, andere krijgt u in bruikleen. Dit staat ook in de tabel. Bruikleenhulpmiddelen mag u ook zelf aanschaffen, maar dan geldt het eigen risico.

Krijgt u het hulpmiddel vergoed? Dan worden de kosten van reparatie, correctie en vervanging bij normaal gebruik ook vergoed.

Voor sommige hulpmiddelen geldt een aparte vergoeding. Die vindt u bij:

- [anticonceptiemiddelen](#)
- [brillenglazen, \(contact\)lenzen en laserbehandeling](#)
- [loophulpmiddelen](#)
- [plaswekker](#)
- [steunpessarium](#)
- [steunzolen](#)
- [verbandmiddelen](#)

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Reglement Hulpmiddelen ²
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 Voor eigen bijdragen, waarvan max. € 100 voor pruik
Optifit	€ 500 Voor eigen bijdragen, waarvan max. € 150 voor pruik
Topfit	€ 1.000 Voor eigen bijdragen, waarvan max. € 250 voor pruik
Superfit	100% Eigen bijdragen

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Valt een hulpmiddel onder de basisverzekering en krijgt u het in eigendom? Dan betaalt u het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen en hulpmiddelen uit de aanvullende verzekering betaalt u geen eigen risico.

De eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. U vindt de eigen bijdrage in het Reglement Hulpmiddelen.

Dit moet u zelf doen

Voor veel hulpmiddelen moet u een voorschrift hebben

In het Reglement Hulpmiddelen¹ staat voor welke hulpmiddelen u een voorschrift nodig heeft en wie de medische indicatie vaststelt.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

In het Reglement Hulpmiddelen¹ staat voor welke hulpmiddelen toestemming nodig is en hoe u toestemming aanvraagt.

Sommige leveranciers mogen namens ons toestemming verlenen. Als u naar een van deze leveranciers gaat, beoordeelt deze uw aanvraag. Wilt u weten met welke leveranciers wij afspraken hebben gemaakt? Neem dan contact op met ons Service Center.

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen afspraken hebben? Dan vraagt u de toestemming² bij ons aan. Stuur uw aanvraag naar ons toe met het contactformulier.

Goed om te weten

De 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

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

Hulpmiddelen worden klaar voor gebruik afgeleverd

De hulpmiddelen worden inclusief batterijen of oplaadapparatuur geleverd. En u krijgt instructie in het gebruik ervan. Hierdoor kunt u het direct gebruiken en weet u hoe het werkt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke hulpmiddelen

Hier zijn dat de in het Reglement Hulpmiddelen omschreven hulp- en verbandmiddelen. U heeft recht op de standaard uitvoering van het hulpmiddel. Of als dat niet doelmatig is, op een maatwerk-hulpmiddel.

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 zorg door de 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
Camouflagetherapie
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 acnebehandeling. De vergoeding geldt tot 21 jaar, behalve bij Superfit. Die vergoedt de zorg ook vanaf 21 jaar.

Bij Extrafit en Benfit geldt 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 declaratie staan

Wij vergoeden alleen de nota's waar uw zorgprofiel op staat.

Goed om te weten

De 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

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

Camouflagetherapie

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.

Heeft u een ernstig ontsierende huidafwijking op uw gezicht of in uw hals? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger de instructielessen voor camouflage. Topfit en Superfit vergoeden de instructielessen ook als er een andere medische reden is.

Voor Extrafit en Benfit geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden de instructielessen voor camouflagetherapie volledig.

De camouflageproducten die u volgens de instructielessen moet gebruiken vergoeden wij ook. U moet die dan wel bij de huidtherapeut of de schoonheidsspecialist kopen.

Hier kunt u terecht

- huidtherapeut²
- schoonheidsspecialist³

Dit wordt niet vergoed

- schoonheidsbehandeling

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	€ 250 Maximaal per kalenderjaar Instructielessen en camouflageproducten
Benefit	€ 500 Maximaal per kalenderjaar Instructielessen en camouflageproducten
Optifit	100% Instructielessen en camouflageproducten
Topfit	100% Instructielessen en camouflageproducten
Superfit	100% Instructielessen en camouflageproducten

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 voor de instructielessen een voorschrift hebben van uw huisarts

U stuurt dit voorschrift mee met uw declaratie.

Instructielessen en camouflageproducten moeten elk apart op de nota staan

Kosten van lessen en producten mogen dus niet in 1 bedrag staan vermeld, verschillende producten ook 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 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

ONVZ biedt optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke huidtherapeut of schoonheidsspecialist 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	€ 250 Maximaal, voor hele looptijd verzekering
Benefit	€ 500 Maximaal, voor hele looptijd verzekering
Optifit	€ 1.000 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

U moet een voorschrift hebben van uw huisarts

U stuurt dit voorschrift mee met uw eerste declaratie.

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.

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 overbehandeling. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

ONVZ biedt 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 gekregen? Dan vergoedt de basisverzekering [voetzorg](#).

De basisverzekering vergoedt voetzorg niet als u reuma heeft, of als u suikerziekte heeft en zorgprofiel 1 heeft gekregen.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden dan voetzorg door een pedicure. Orthesen en nagelbeugels die daarbij nodig zijn, vergoeden wij ook.

Bij Benfit en Optifit geldt 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 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
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

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

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 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 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 (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling)

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 ondergaat nierdialyse
2. u ondergaat oncologische behandelingen 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
- 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

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.

Ook vergoedt de basisverzekering het vervoer van een begeleider bij een kind jonger dan 16 jaar. En boven

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

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. Denkt u dat dit voor u geldt? 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 € 101. 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 het 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 naar controleafspraken bij nierdialyse of oncologische behandeling
- 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

Vergoeding per verzekering

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

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 en 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 € 101 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 opgenomen bent met een Wlz-indicatie en u moet naar een zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling op kosten van de Wlz

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.

Declareer met het Declaratieformulier zittend ziekenvervoer

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

Wilt u ziekenvervoerskosten declareren? Met het Declaratieformulier zittend ziekenvervoer¹ declareert u eenvoudig uw kosten. Op het formulier staat welke stukken u moet meesturen.

We gaan voor autovervoer uit van de optimale route

Het aantal kilometers berekenen wij met de routeplanner Routenet². Wij vergoeden alleen de kilometers waarbij u zelf passagier bent.

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 ONVZ 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.

Voor Benfit en Optifit geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de reiskosten volledig.

Voor de berekening van het aantal kilometers gaan wij uit van de optimale route volgens de routeplanner Routenet².

Dit wordt niet vergoed

- reiskosten naar andere instellingen, bijvoorbeeld naar een verpleeghuis of ggz-instelling
- kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten

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

² Zie hiervoor: www.routenet.nl

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

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

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wij vragen om een opnameverklaring

Die kunt u bij het ziekenhuis krijgen. Er staat in wanneer en hoelang uw gezinslid was opgenomen.

Declareer met het declaratieformulier Reiskosten ziekenbezoek

Wilt u reiskosten naar uw opgenomen gezinslid declareren? Dat gaat makkelijk met het Declaratieformulier Reiskosten ziekenbezoek¹. De opnameverklaring, het vervoerbewijs, het overzicht van uw OV-chipkaart of de nota van de taxi stuurt u mee.

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

Zorg in het buitenland en reizen

Vergoedingen

Buitenland: spoedeisende zorg
Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Buitenland: spoedeisende zorg

Heeft u onverwacht zorg nodig in het buitenland?

Wat u vergoed krijgt

Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig? Bijvoorbeeld na een ongeval of door een plotselinge ziekte? U heeft recht op spoedeisende zorg. Dat is 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. Het gaat hier dus niet om zorg waarvan u al wist dat u die moet krijgen. Of die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Die valt onder niet-spoedeisende (voorziena) 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. Zorg in het buitenland is vaak duurder dan zorg in Nederland
- 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

Heeft u Werldfit of Superfit? Dan geldt een ruimere vergoeding. Werldfit 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.

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. Als u de zorg onverwacht of met spoed nodig heeft in het buitenland, vergoeden de aanvullende verzekeringen maximaal het wettelijke tarief van dat land. 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.

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 ook kiezen voor vergoeding volgens de plaatselijke regels. Hoe dat werkt leest u bij [zorg in het buitenland](#).

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoeding als u wilt weten bij welke zorgaanbieders u terecht kunt, en welke andere voorwaarden gelden. Of neem contact op met ons Service Center. Zij kunnen u hier alles over vertellen.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/zorg-in-het-buitenland/verdragslanden-voor-zorg

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 tarief
Extrafit	Zorg volgens vergoedingen Extrafit Tot buitenlands tarief
Benfit	Zorg volgens vergoedingen Benfit Tot buitenlands tarief
Optifit	Zorg volgens vergoedingen Optifit Tot buitenlands tarief
Topfit	Zorg volgens vergoedingen Topfit Tot buitenlands tarief
Superfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering + Zorg volgens vergoedingen Superfit <ul style="list-style-type: none">• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland• Zorg die onder Superfit valt, tot buitenlands tarief• Geregistreerde geneesmiddelen• Niet-geneesmiddelen, max. € 350 per kalenderjaar• Ziekenvervoer naar de zorgverlener
Wereldfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering <ul style="list-style-type: none">• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland• 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 naar het buitenland gaat. Het eigen risico geldt niet als u kiest voor vergoeding volgens de plaatselijke regels.

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 bij ziekenhuisopname contact op met ONVZ Zorgassistance

Wordt u in het buitenland in het ziekenhuis opgenomen? Dan raden wij u aan om contact op te nemen met ONVZ 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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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 betalen in euro's

Is het bedrag op uw nota 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 zorg ontving.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Heeft u zorg nodig en wilt u daarvoor naar het buitenland gaan?

Wat u vergoed krijgt

De vergoeding hieronder geldt voor niet-spoedeisende (voorziene zorg) in het buitenland. Dus zorg die u niet meteen hoeft te krijgen, maar die gepland kan worden. Voor zorg die u wel meteen nodig heeft, geldt de vergoeding spoedeisende zorg in het buitenland.

Voor de vergoeding maakt het verschil of de niet-spoedeisende zorg onder de basisverzekering valt, of onder een aanvullende verzekering. En ook waar u heen wilt 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 kunt u voor die zorg ook naar het buitenland gaan. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

- de basisverzekering vergoedt voor zorg in het buitenland nooit meer dan 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. Bijvoorbeeld omdat het gaat om zorg die niet gebruikelijk is. U krijgt dan 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. 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 verdragsland¹ de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en gaat u voor zorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland? 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-formulier meenemen naar de zorgverlener. Dat formulier kunt u bij ons aanvragen².

Zorg die onder de aanvullende verzekering valt

Wilt u voor zorg die onder uw aanvullende verzekering valt naar het buitenland? Dan vergoeden wij het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. En als u Superfit heeft 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 in principe 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.

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	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• 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 naar het buitenland gaat. Het eigen risico geldt niet als u kiest voor vergoeding volgens de plaatselijke regels.

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan geldt die ook als u naar het buitenland gaat. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen.

Hoe werkt dat?

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 Werldfit of Superfit heeft: met de ZorgConsulent
- als u voor zorg in Nederland toestemming¹ vooraf van ons moet 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.

Werldfit of Superfit? Kijk ook in de Uitgebreide voorwaarden

Voor Werldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De Uitgebreide voorwaarden Werldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Werldfit is daar namelijk onderdeel van.

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.

Wij betalen in euro's

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

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

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 (tegen malaria) medicijnen slikken.

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

Veel voorkomende infectieziekten in het buitenland zijn:

- hepatitis A en B
- dtp
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningococcen
- rabiës
- malaria

De **aanvullende verzekeringen** Startfit en hoger vergoeden vaccinaties voor deze veelvoorkomende infectieziekten, en malariapillen. Voor Startfit, Extrafit, Benfit en Optifit geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de vaccinaties en malariapillen volledig. Dat kunnen ook vaccinaties tegen andere 'buitenlandse' infectieziekten zijn.

Voor een consult en de vaccinaties of preventieve geneesmiddelen tegen infectieziekten kunt u terecht bij de GGD of een ander vaccinatiecentrum, uw huisarts, de apotheek of bij thuisvaccinatie.nl.

Dit wordt niet vergoed

- kosten van het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- brochures
- DEET
- ORS (tegen uitdroging)

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 75 voor 8 veel voorkomende ziekten Maximaal per kalenderjaar
Extrafit	€ 75 voor 8 veel voorkomende ziekten Maximaal per kalenderjaar
Benfit	€ 75 voor 8 veel voorkomende ziekten Maximaal per kalenderjaar
Optifit	€ 100 voor 8 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.

Dit moet u zelf doen

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

Het kan zijn dat de zorgverlener u vraagt het vaccin 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.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de vaccinaties of malariatabletten die normaal gesproken worden geadviseerd voor het land waar u naar toe reist.

Ongeval, verhaal en overig Vergoedingen

Ongevallendeckking Superfit
Verhaalsbijstand
Vergoeding in bijzondere gevallen

Ongevallendekking 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 (horen, zien, smaak, ruiken) 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 uitgebreide vergoedingen van Ongevallendekking 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 uitgebreide vergoedingen¹ van Ongevallendekking (Superfit).

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	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 lichaam 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 u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Meld een ongeval zo snel mogelijk

Heeft u een ongeval gehad dat onder deze ongevallendekking valt? Dan moet u dat zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Doe dat in ieder geval binnen 30 dagen.

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

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.

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 biedt ONVZ een verhaalsbijstand-service voor die kosten die u zelf betaalt, gemiste inkomsten en smartengeld. Een door ONVZ ingeschakelde advocaat of schaderegelaar probeert dan uw schade te verhalen op (de verzekering van) de persoon die het ongeval heeft veroorzaakt.

In het Reglement 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 per e-mail 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 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

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 toestemming ONVZ
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 altijd 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.

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 zorg door de 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 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 Wereldfit of Superfit? Dan geldt voor u in België en Duitsland een ruimere vergoeding. Voor zorg door de medisch specialist in een ziekenhuis in België of Duitsland vullen Wereldfit en Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot het wettelijke tarief van het land. 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 ziekenvervoer 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 zorg door de medisch specialist.

Dit wordt niet vergoed

- Chefarzt (Duitsland) en ereloon(supplementen) (België) en kosten die daarmee te maken hebben

Misschien interessant voor u

Superfit en Zorgplan hebben vergoedingen voor extra luxe en comfort tijdens een ziekenhuisopname en voor assistentie en 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 zorg</u>
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	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

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 het 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

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 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. Wereldfit en Superfit vergoeden repatriëring, als die medisch noodzakelijk is.

Wij vergoeden:

- vervoer naar een door ONVZ 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 vervoer? Bijvoorbeeld omdat u uw vlucht gemist heeft, of met een ander vervoermiddel moet? Dan vergoeden Wereldfit en Superfit de extra vervoerskosten.

Er gelden maximale vergoedingen. Voor vervoer zijn dat: auto 0,27 per km, vliegreis 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 ONVZ Zorgassistance aangewezen land• Verblijf, als repatriëring nog niet kan• Reis en verblijf voor 1 persoon die naar u toekomt• Extra kosten door ander vervoer(middel)
Wereldfit	Medisch noodzakelijke repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel, overkomst bezoeker <ul style="list-style-type: none">• Repatriëring naar door ONVZ Zorgassistance aangewezen land• Verblijf, als repatriëring nog niet kan• Reis en verblijf voor 1 persoon die naar u toe komt• Extra kosten door 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 ONVZ Zorgassistance voordat u kosten maakt

Behalve als dat niet mogelijk is. ONVZ Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

Goed om te weten

De 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.

ONVZ 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.

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 gewond door een ernstig 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. Voor situatie 4 vergoeden wij in uw woonland alleen vervoer, tot 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 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 verblijf als u onverwacht terug naar huis moet Bij ziekte of overlijden reisgenoten of familie thuis, bij schade aan woning of bedrijf
Wereldfit	Extra kosten vervoer en verblijf als u onverwacht terug naar huis moet Bij ziekte of overlijden reisgenoten of familie thuis, bij schade aan woning of bedrijf

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 ONVZ Zorgassistance voordat u kosten maakt

Behalve als dat niet mogelijk is. ONVZ Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

Goed om te weten

De 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.

ONVZ Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Als u vervoer en verblijf zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.

Wereldfit: vergoeding bij overlijden

Wat u vergoed krijgt

Niemand wil natuurlijk dat het gebeurt. Maar: overlijdt een verzekerde met Superfit of Wereldfit tijdens een reis? Dan vergoeden die aanvullende verzekeringen:

- vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat de nabestaanden kiezen, of
- begrafenis of crematie in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van partner en familieleden in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500

Superfit en Wereldfit vergoeden ook vervoer heen en terug plus maximaal 7 dagen verblijf:

- voor 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats 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 Wereldfit en overlijdt een reisgenoot¹? Dan vergoedt die verzekering (extra) kosten voor vervoer of verblijf, bijvoorbeeld omdat 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, 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	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

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

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 ONVZ Zorgassistance voordat u kosten maakt. Behalve als dat niet mogelijk is. ONVZ Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

Goed om te weten

De 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.

ONVZ 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 ONVZ Zorgassistance voordat u kosten maakt

ONVZ Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

Goed om te weten

De 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.

ONVZ Zorgassistance regelt de vervangende chauffeur.

Als u de vervangende chauffeur zelf regelt, krijgt u mogelijk een lagere of geen vergoeding.

Zorgplan

Vergoedingen

Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort
Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na

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 vergoedt de basisverzekering deze 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 die noodzakelijk is voor onderzoek of behandeling door de medisch specialist.

Wij vergoeden:

1. een eenpersoonskamer. Heeft het ziekenhuis eenpersoonskamers maar kunt u daarvan geen gebruik maken? Dan heeft u recht op € 75 compensatie per opnamedag
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 (ZBC¹) in Nederland of in het buitenland

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 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	Geen vergoeding
Superfit	€ 2.500 Maximaal per kalenderjaar
ONVZ Zorgplan	€ 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

Heeft het ziekenhuis wel eenpersoonskamers, maar kunt u er geen gebruik van maken? De compensatie van € 75 per opnamedag declareert u eenvoudig met het formulier Privékamer¹.

Goed om te weten

De 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 overzicht² 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?

Ook in een buitenlands ziekenhuis kunt u gebruikmaken van de vergoedingen voor een eenpersoonskamer of extra comfortvoorzieningen. De maximale vergoeding per kalenderjaar geldt voor alle kosten in binnen- en buitenland samen.

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/overzicht-ziekenhuizen-onvz-zorgplan

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	Geen vergoeding
Superfit	Assistentie, overnachting, vervoer Overnachting: maximaal 2, maximaal € 100 per nacht Vervoer: € 0,27 per km
ONVZ Zorgplan	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. Tijdens uw opname kunt u ook gebruik maken van extra comfortmogelijkheden.

Ongevallendekking Superfit

Uitgebreide vergoedingen

ONVZ

VERZEKERD VAN JEZELF

Ongevallendekking 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. het ongewild binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of oren
- d. wondinfectie, bloedvergiftiging of tetanus ontstaan bij een ongeval
- e. verstikking, verdrinking, zonnesteek, warmtestuwing, bevroering, 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 2018

Wereldfit

Uitgebreide voorwaarden 2018

ONVZ vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn de algemene regels ook van toepassing.

ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij geldt de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

U moet contact opnemen met ONVZ Zorgassistance voordat u kosten maakt als bedoeld in Wereldfit, tenzij dit redelijkerwijs niet mogelijk is. Als dit niet is gedaan, kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Dit geldt niet voor de Vergoeding Voorziene zorg.

U kunt daarnaast contact opnemen voor advies over geneeskundige zorg.

ONVZ Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 67. ONVZ vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar ONVZ Zorgassistance.

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: 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

Marktconform bedrag

Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ binnen deze voorwaarden: het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is gelet op het bedrag dat andere zorgverleners in het land van behandeling rekenen.

Onvoorziene zorg

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare behandeling die geen enkel uitstel toelaat omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen vereist is.

Reisgenoot

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.

Ziekenvervoer

Vervoer dat om medische redenen niet met openbaar vervoer kan plaatsvinden. Dit vervoer vindt plaats vanwege medisch onderzoek of medische behandeling.

2. Wie zijn verzekerd?

Verzekerd zijn de personen zo genoemd op het polisblad, als zij ook een zorgverzekering hebben volgens de Zorgverzekeringswet.

3. Waar bent u verzekerd?

U bent in het buitenland verzekerd. In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen als sprake is van minimaal één betaalde overnachting. De voorwaarde dat sprake moet zijn van minimaal één betaalde overnachting geldt niet bij de Vergoeding Voorziene zorg.

4. Voor hoe lang bent u verzekerd?

U bent verzekerd als u voor een periode van maximaal 180 dagen naar het buitenland vertrekt (dit geldt niet voor de Vergoeding Voorziene zorg). U bent voor dezelfde periode verzekerd in uw woonland, buiten uw woonplaats, als sprake is van minimaal één betaalde overnachting.

5. Eisen voor zorgverleners

Bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener zijn ingeschreven in de door de overheid gehanteerde registers. Zonder zo'n register moet de zorgverlener ingeschreven staan in het eventuele register van de erkende beroepsgroep. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

6. Medische gegevens

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van ONVZ. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van behandeling of repatriëring.

7. (Zieken)vervoer

ONVZ vergoedt de kosten van passend vervoer. Bij vliegen worden vergoed de kosten van de economy class, tenzij dit redelijkerwijs onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoedt ONVZ € 0,27 per kilometer. ONVZ gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

8. Verblijf

ONVZ vergoedt de kosten van verblijf (daaronder begrepen overnachting en maaltijden) in de hierna genoemde gevallen, tot maximaal € 150,- per persoon per dag.

Onvoorziene zorg

1. Bij acute ziekte of ongeval van verzekerde vergoedt ONVZ, na contact met ONVZ Zorgassistance, de kosten van:

- zorg die voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen voor zover de kosten onder de basisverzekering vallen en 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 of een andere ziektekostenverzekering maakt hiervan deel uit
- in Nederland of in het buitenland geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de basisverzekering of een andere ziektekostenverzekering
- middelen die in Nederland geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. Is de Wereldfit onderdeel van uw Superfit, dan is dit bedrag maximaal € 350,-
- bij de behandeling horende hulpmiddelen en verbandmiddelen
- het ziekenvervoer van verzekerde naar en van de zorgverlener volledig

2. Repatriëring

ONVZ vergoedt:

- bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte de medisch noodzakelijke repatriëring van verzekerde naar het door ONVZ Zorgassistance aangewezen land, met de voorgeschreven medische begeleiding
- de noodzakelijke extra kosten van verblijf van de te repatriëren verzekerde als repatriëring om medische reden noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is
- eenmalig de kosten van vervoer en verblijf voor bezoek aan de te repatriëren verzekerde van één 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

ONVZ Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf voor u.

Aanvullende dienstverlening

1. Opsporing en redding

Als u vanwege ziekte of ongeval in een noodsituatie belandt waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoedt ONVZ de kosten hiervan tot maximaal € 25.000,-.

2. Vervoer naar ziekenhuis bij opname en verblijf voor onvoorziene zorg

Vervoer en verblijf verzekerde bij opname reisgenoot

ONVZ vergoedt 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

ONVZ vergoedt de extra kosten van vervoer van verzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis waar verzekerde is opgenomen. Ook worden vergoed de extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten in verband met de ziekenhuisopname van verzekerde.

Vervoer en verblijf bezoekers

De volgende vergoeding geldt alleen bij een opname van verzekerde die naar verwachting langer dan 5 dagen duurt of bij een levensbedreigende situatie. ONVZ vergoedt eenmalig de extra kosten van vervoer en verblijf van maximaal twee personen voor bezoek aan verzekerde. Kosten van verblijf worden vergoed tot maximaal 8 dagen. Daarna alleen als verzekerde om medische redenen niet in staat is om terug te keren naar huis, tot maximaal 15 dagen.

3. Eerder terugkeren

Vergoeding

Als sprake is van:

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 Regeling 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

dan vergoedt ONVZ eenmalig:

- 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

ONVZ Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf voor u.

Regeling bij familieomstandigheden in woonland

In afwijking hiervan geldt het volgende als u in uw woonland verblijft. In een geval als bedoeld onder 4 worden de kosten vergoed van nodig vervoer binnen het woonland tot maximaal € 500,- per gebeurtenis.

4. Vervangende chauffeur

ONVZ vergoedt de kosten van een vervangende chauffeur. Dit geldt als:

- het gebruikte motorrijtuig nog goed rijdt, en de bestuurder niet in staat is om te rijden, en
- de andere reisgenoten het motorrijtuig (redelijkerwijs) niet kunnen besturen

Reist u met een eigen motorrijtuig, dan vergoedt ONVZ de kosten van de vervangende chauffeur tot de woonplaats. Reist u met een gehuurd motorrijtuig, dan vergoedt ONVZ de kosten van de vervangende chauffeur naar de dichtstbijzijnde inleverplaats.

ONVZ Zorgassistance regelt de inzet van een vervangende chauffeur.

5. Garantie, voorschotbetalingen en toezending geneesmiddelen

ONVZ Zorgassistance regelt op uw verzoek:

- garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de zorgverlener, als de kosten vergoed worden uit de basisverzekering of Wereldfit
- de nodige voorschotbetalingen, als de kosten vergoed worden zoals hiervoor is omschreven
- indien mogelijk toezending van noodzakelijke geneesmiddelen als deze niet ter plaatse zijn te verkrijgen, als de kosten vergoed worden zoals hiervoor is omschreven

Regeling bij overlijden

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoedt ONVZ de kosten van:

- vervoer van het stoffelijk overschot naar het land van keuze van de nabestaanden, of begravenis of crematie en overkomst inclusief terugreis van familieleden in de 1e of 2e graad tot maximaal € 7.500,-
- 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 gedurende 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 gedurende maximaal 7 dagen van één persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan

ONVZ Zorgassistance regelt het vervoer en het verblijf.

Voorziene zorg

1. ONVZ vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg volgens de Vergoeding Zorg door de medisch specialist vanuit 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. De vergoeding volgens de basisverzekering of een andere ziektekostenverzekering maakt hiervan deel uit.

U moet voorafgaand aan de behandeling contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent, die u begeleidt 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. Uitsluitingen

Van bovenstaande vergoeding zijn uitgesloten de kosten voor:

- inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon (supplementen) (België) of kosten die hieruit voortvloeien
- alternatieve zorg

3. ONVZ vergoedt ook de kosten van ziekenvervoer als dit plaatsvindt voor een behandeling waarvan de kosten vergoed worden volgens 1. ONVZ vergoedt het ziekenvervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar en van het ziekenhuis in België of Duitsland.

A tot Z index

Vergoedingen

A tot Z index

A

Acnebehandeling	184
Adoptie: zorg bij adoptie	120
Alternatieve geneeswijzen	164
Ambulancevervoer	193
Anticonceptie(genees)middelen	160
Audiologische zorg	168

B

Bevalling-TENS	117
Beweegprogramma bij chronische ziekte	82
Beweegprogramma bij en na kanker	84
Beweegprogramma bij obesitas	85
Bijzondere tandheelkunde	149
Borstkanker: aanvullend onderzoek	55
Borstvoeding: lactatiekundige	118
Brillenglazen, (contact)lenzen en laserbehandeling	174
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen	205
Buitenland: spoedeisende zorg	200
Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg	202

C

Camouflagetherapie	185
--------------------	-----

D

Diagnostiek voor eerstelijns zorg	29
Dialyse	58
DiamondClean Smart tandenborstel	151
Diëtetiek	129
Dieetpreparaten	131

E

Eerstelijns verblijf	70
Elektrische epilatie/laserbehandeling	187
Erfelijkheidsonderzoek	54
Ergotherapie	97

F

Fronttandvervanging	146
Fysiotherapie en oefen therapie tot 18 jaar	75
Fysiotherapie en oefen therapie vanaf 18 jaar	77

G

Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar	144
Geneesmiddelen (aanvullende verzekeringen)	125
Geneesmiddelen (basisverzekering)	123
Geriatrische revalidatie	95
Gezondheidscheck-up / sportcheck-up	42
Ggz: generalistische basis-ggz	154
Ggz: gespecialiseerde ggz	156
Griep prik	35

H	
Hospice	72
Huisarts	28
Huishoudelijke hulp	100
Hulpmiddelen	179
I	
IVF	52
K	
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	148
Kinderopvang	65
Kraampakket	115
Kraamzorg	113
Kuuroord	102
L	
Lidmaatschap patiëntenvereniging	106
Logeerhuis	63
Logopedie	173
Loophulpmiddelen	88
M	
Mechanische beademing	59
Medisch specialist	45
O	
Oedeem- en littekentherapie	80
Ongevallendekking Superfit, Uitgebreide vergoedingen ongevallendekking Superfit	209, 229
Orgaantransplantatie en -donatie	56
Orthodontie tot 18 jaar	141
Orthodontie vanaf 18 jaar	143
Orthoptie	169
Overgangsconsulente	103
P	
Pedicure bij diabetes en reuma	190
Persoonsgebonden budget	69
Plastische chirurgie	48
Plaswekker	119
Podotherapie en podologie	79
Prenatale screening	109
Preventiecurussen	37
Preventief medisch onderzoek	38
Psoriasisdagbehandeling	188
Psychische zorg bij de huisarts	33
R	
Reiskosten voor ziekenbezoek	197
Revalidatie (medisch-specialistisch)	94
S	
Senioren Fitzwemmen	91
Steunpessarium	181
Steunzolen	90
Sterilisatie en refertilisatie	161
Stoppen met roken	40
Stottertherapie	176

T	
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	134
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	136
Tandheelkundige zorg na een ongeval	139
Therapie voor houding en beweging	87
Therapeutisch kamp voor jongeren	104
Trombosedienst	34
V	
Vergoeding in bijzondere gevallen	212
Verhaalsbijstand bij letselschade	210
Verpleging en verzorging	67
Vervangende mantelzorg	98
Voetzorg bij diabetes mellitus	31
Voorwaardelijk toegelaten behandelingen	61
Vruchtbaarheidsbehandeling	50
W	
Wereldfit: eerder terugkeren	218
Wereldfit: repatriëring	216
Wereldfit: vergoeding bij overlijden	220
Wereldfit: vervangende chauffeur	221
Wereldfit: ziekenhuiszorg in België en Duitsland	215
Z	
Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers	127
Ziekenhuisopname	46
Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na	226
Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort	224
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	171
Zittend ziekenvervoer	194
Zorghotel	101
Zwangerschap en bevalling	111



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