



2026

Algemene regels en Vergoedingen ONVZ Vrije Keuze

ONVZ

Eersteklas Zorgverzekering

Inhoud

Intro ONVZ Vrije Keuze

Contactgegevens

Algemene regels ONVZ Vrije Keuze

Vergoedingen ONVZ Vrije Keuze

OntzorgPlus vergoedingen

Wereldfit uitgebreide voorwaarden

OntzorgPlus uitgebreide voorwaarden

Basisregels hulpmiddelen ONVZ Vrije Keuze

Vergoedingen hulpmiddelen ONVZ Vrije Keuze

Intro ONVZ Vrije Keuze

● Vrije keuze - ook in 2026

Geachte heer/mevrouw,

Vrijheid is voor u belangrijk. En dat vindt ONVZ ook. Vrijheid om uw eigen keuzes te maken. Een gevoel dat wij iedereen van harte gunnen, in welke situatie dan ook. Want vrijheid is een kostbaar goed.

Om die vrijheid mogelijk te houden, hebben wij een aantal wijzigingen in onze basisverzekering en aanvullende verzekeringen doorgevoerd. Dit doen wij zodat onze verzekeringen betaalbaar blijven en blijven aansluiten op de wensen van al onze leden. Zowel voor degenen die weinig zorg willen verzekeren, als leden die graag uitgebreid verzekerd willen zijn. We willen er zeker van zijn dat iedereen een passende zorgverzekering kan hebben. En dat u zich ook in 2026 bij ONVZ geen zorgen hoeft te maken over of alles goed geregeld is.

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

Hierbij hebben we de algemene regels en de vergoedingen van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan 2026 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 2026 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 +31 (0)30 639 62 22.

Met vriendelijke groet,

Jean-Paul van Haarlem
Bestuursvoorzitter ONVZ

● Leeswijzer ONVZ Vrije Keuze

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

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

Wilt u de algemene regels en vergoedingen graag digitaal of per post ontvangen? Laat het ons Service Center weten op +31 (0)30 639 62 22

Contactgegevens

● Contactgegevens

● ONVZ

Postbus 392
3990 GD Houten
Telefoon: +31 (0)30 639 62 22
Internet: www.onvz.nl

● ONVZ Service Center

Voor algemene vragen over uw zorgverzekering
Bereikbaar op werkdagen van 8.00 tot 20.00 uur
Web: onvz.nl/contact
Telefoon: +31 (0)30 639 62 22

● ONVZ Machtigingen

Als u toestemming nodig heeft om zorg vergoed te krijgen
Telefoon: +31 (0)30 639 62 22
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur
Internet: www.onvz.nl/contact

● ONVZ ZorgConsulent

Informatie over behandelmethodes, het regelen van zorg en zorgbemiddeling
Telefoon: +31 (0)30 639 62 24
Bereikbaar op werkdagen van 9.00 tot 17.30 uur
E-mail: zorgconsulent@onvz.nl

● ONVZ Kraamzorg Service

Informatie over en aanvraag van kraamzorg
Telefoon: +31 (0)88 668 97 05
Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur
Internet: www.onvz.nl/snel-regelen/zwangerschap-en-geboorte

- **ONVZ Zorgassistance**

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

Telefoon: +31 (0)88 668 97 67

24 uur per dag bereikbaar

- **ONVZ Verhaalszaken**

Bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde

Telefoon: +31 (0)30 639 62 64

Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

- **ONVZ Klachtenservice**

Voor het indienen van een klacht kunt u gebruik maken van

Het klachtenformulier op onvz.nl/contact

Postbus 392

3990 GD Houten

E-mail: klachtenservice@onvz.nl

- **Taxivervoer**

Telefoon: +31 (0)900 333 33 30

Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

Inhoudsopgave

Inleiding	8
1. De verzekeringen van ONVZ	9
Over onze verzekeringen	9
Wie zijn verzekerd	10
Welke regels de verzekering en de premie bepalen	10
2. Ik word klant van ONVZ	12
Een verzekering afsluiten of aanvragen	12
Wanneer uw verzekering ingaat	12
Wat verder belangrijk is als u de verzekering afsluit	13
3. Ik ben verzekerd bij ONVZ	15
Ik heb zorg nodig	15
Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico	17
Soms vergoedt de verzekering minder, of niet	19
Ik wil zorgkosten declareren	21
Ik betaal premie	22
Meewerken en informeren	24
Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig	25
Wijzigen van de verzekering	26
4. Ik ga weg bij ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering	27
Opzeggen	27
Soms eindigt de basisverzekering van ONVZ zonder opzegging	28
Soms beëindigen wij de verzekering	28
Als u fraudeert	29
Als u niet tevreden bent of een klacht heeft	30
Recht dat van toepassing is	31

Algemene regels ONVZ Vrije Keuze

● Inleiding

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

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

Deze algemene regels zijn verdeeld in 4 onderwerpen.

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

• 1. De verzekeringen van ONVZ

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

Met de Vrije Keuze Basisverzekering heeft u ruimte om eigen zorgkeuzes te maken. Met keuzevrijheid bij het kiezen van een arts, ziekenhuis of zorgverlener. ONVZ heeft verder aanvullende verzekeringen. Deze breiden de vergoedingen van de basisverzekering uit. Ook met ruime zorgkeuze en vergoedingen, passend bij uw wensen en behoeften. Bijvoorbeeld met fysiotherapie, de tandarts vanaf 18 jaar of alternatieve zorg.

• Over onze verzekeringen

1. Dit zijn onze verzekeringen

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

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

Als wij hierna van 'ONVZ' spreken, of van 'wij' of 'ons' bedoelen we ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregisternummer 30135168) als het over de Vrije Keuze Basisverzekering gaat. En ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregisternummer 30209308) als het over aanvullende (tand)verzekeringen gaat.

Wij hebben 2 basisverzekeringen en verschillende aanvullende verzekeringen.

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

De bij de Vrije Keuze Basisverzekering horende aanvullende verzekeringen zijn:

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

De bij de Vrije Keuze Basisverzekering horende aanvullende tandverzekeringen zijn:

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

2. Dit staat in onze algemene regels en vergoedingen

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

- welke zorg en diensten verzekerd zijn
- wie die zorg mag geven
- welke voorwaarden verder gelden
- in onze Zorgzoeker: met welke zorgverleners wij een contract hebben
- wat de vergoeding is bij zorgverleners zonder contract

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

• Wie zijn verzekerd

3. De hoofdverzekerde sluit de verzekering af

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

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

4. Verzekerde

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

5. Zorgpolis

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

• Welke regels de verzekering en de premie bepalen

6. Onze algemene regels en vergoedingen

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

7. Wetten en regelingen

Ook de Zorgverzekeringswet en de regelingen die daarbij horen, bepalen de Vrije Keuze Basisverzekering. Die regelingen zijn onder andere het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Verder zijn ook andere wetten en regelingen van toepassing, bijvoorbeeld de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) of de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Die kunnen we hier niet allemaal noemen.

8. De wet is leidend

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

9. Door u gegeven informatie telt mee

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

10. Premietabel en overzicht maximale vergoedingen

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

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

11. Collectieve verzekeringen

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

• 2. Ik word klant van ONVZ

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

• Een verzekering afsluiten of aanvragen

12. Via onze site of een verzekeringsadviseur

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

13. Een aanvullende verzekering afsluiten

Een aanvullende verzekering afsluiten kan alleen als u ook de Vrije Keuze Basisverzekering afsluit, of als u de Vrije Keuze Basisverzekering heeft.

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

14. Aanvullende verzekeringen voor kinderen

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

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

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

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

• Wanneer uw verzekering ingaat

15. Op de zorgpolis staat wanneer uw verzekering ingaat

16. Ingangsdatum basisverzekering

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

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

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

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

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

de dag dat u 18 jaar wordt. Want de meeste zorg van de tandarts valt dan niet meer onder de basisverzekering.

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

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

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

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

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

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

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

Overstapservice

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

17. Ingangsdatum aanvullende verzekeringen

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

• Wat verder belangrijk is als u de verzekering afsluit

18. Bedenktijd

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

19. Vereniging ONVZ

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

20. Wij reageren via het kanaal dat u gebruikt

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

• 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

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

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

• Ik heb zorg nodig

21. Vergoeding meestal aan de zorgverlener

Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt dan meestal rechtstreeks aan de zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen contract hebben? Dan geldt een maximale vergoeding. Die is meestal lager dan de rekening van de zorgverlener. Voor de rest krijgt u nog een rekening van de zorgverlener.

Soms stuurt de zorgverlener de rekening naar u. Dan betaalt u de hele rekening aan uw zorgverlener en vraagt u ons zelf om vergoeding.

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

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

22. Lees de algemene regels en de vergoedingen

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

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

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

23. Vergoeding alleen als de verzekering loopt

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

24. Wij vergoeden doelmatige zorg

Wij vergoeden alleen de zorg:

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

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan speelt mee wat in het gehele betrokken vakgebied als goede zorg geldt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent. Het moet steeds passende zorg zijn die voldoet aan de professionele standaard en Werkwijzers VAGZ/VAV. De professionele standaard is het geheel van professionele medische normen dat aangeeft wat goed handelen is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren, onder meer beschreven in door de betrokken beroepsgroep gepubliceerde waarborgdocumenten en in kwaliteitsinstrumenten opgenomen in het openbare register.

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

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

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

25. Let op of de zorgverlener een contract met ons heeft

Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft. Dat staat dan in de vergoeding. Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de Zorgzoeker op onze site. Kiest u dan toch voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden maximale vergoedingen. Hoe wij deze vergoedingen hebben berekend, staat in de overzichten van de maximale vergoedingen. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2026? Dan kunt u de lopende behandeling afmaken bij die zorgverlener. Gaat het om chronische zorg? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg nog gedurende een redelijke overgangsperiode, maar maximaal 1 jaar. Dit geldt niet voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het reglement Zvw-pgb.

Hardheidsclausule

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

26. Er geldt altijd een maximum voor de vergoeding

Voor een aantal zorgsoorten gelden maximale vergoedingen als u naar een zorgverlener gaat die geen contract met ons heeft. Dat staat in algemene regel 25.

Maar ook bij andere zorgsoorten geldt altijd een maximum voor de vergoeding. Soms bepaalt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de prijs van zorg. Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér. Is er geen vaste of maximumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per

zorgsoort. Bij fysiotherapie uit de Vrije Keuze Basisverzekering en spoedeisende medisch-specialistische zorg in het buitenland bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners in Nederland onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

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

27. Wettelijke eigen bijdragen

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

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

28. Verplicht eigen risico vanaf 18 jaar

U betaalt ook het verplichte eigen risico. De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. Voor 2026 is het bedrag € 385. Dit deel van uw zorgkosten betaalt u zelf. Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering.

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

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

29. Verplicht eigen risico als u 18 jaar wordt

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

30. Vrijwillig eigen risico

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

31. Vrijwillig eigen risico als u 18 jaar wordt

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

32. Voor sommige zorg geen eigen risico

Het verplicht of vrijwillig eigen risico geldt niet voor:

- huisartsenzorg. Maar het eigen risico geldt wel voor onderzoeken of behandelingen, die de huisarts voorschrijft en waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht
- zorg van de huisarts, samen met andere zorgverleners, bij chronische aandoeningen
- verpleging en verzorging. Maar het eigen risico geldt wel bij eerstelijns verblijf
- voetzorg bij een verhoogd risico op wondjes en zweren aan uw voeten (voetulcera) door een aandoening of na een medische behandeling
- programma's voor stoppen met roken
- gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht
- medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik van geneesmiddelen op recept door de apotheek. Maar het eigen risico geldt wel voor de geneesmiddelen zelf
- specifiek aangewezen geneesmiddelen op onze lijst voorkeursgeneesmiddelen. Maar het eigen risico geldt wel voor de dienstverlening van de apotheek die daarbij hoort, zoals de terhandstellingskosten of een begeleidingsgesprek
- verloskundige zorg en kraamzorg. Maar het eigen risico geldt wel voor zorg die daarmee te maken heeft, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer
- plaatsen en verwijderen spiraaltje door verloskundige
- verkennend gesprek (geneeskundige ggz)
- meekijkconsulten en meedenkadviezen op aanvraag van de huisarts, die door de medisch specialist apart in rekening worden gebracht
- hulpmiddelen in bruikleen. Maar het eigen risico geldt wel voor verbruiksartikelen voor deze hulpmiddelen en kosten van gebruik
- zorg voor u als orgaan- of weefseldonor, als de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar) voorbij is
- vervoerskosten die u als orgaan- of weefseldonor maakt tijdens de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar)
- samenwerking tussen zorgaanbieders of zorgaanbieders en andere partijen rond zorg en diensten die de basisverzekering vergoedt, als die samenwerking algemeen is en niet alleen gaat over zorg en diensten die u krijgt
- zorg die de aanvullende verzekeringen vergoeden

33. Eigen risico per kalenderjaar

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

34. Eigen risico als de rekening veel later komt

Maakt u in 2026 zorgkosten? En stuurt uw zorgverlener ons de rekening pas in 2028 of later? Dan brengen we het verplichte eigen risico niet in rekening. Behalve als het aan u ligt dat wij de rekening niet eerder ontvingen. Dan kunnen wij het eigen risico wel in rekening brengen.

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

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

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

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

• Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

36. Vergoeding volgens andere wetten

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

Het gaat onder meer om:

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

37. Wat de basisverzekering niet vergoedt

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende zorg en diensten ook niet. De aanvullende verzekeringen vergoeden die zorg en diensten alleen als dat er hieronder bij staat.

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

38. Terrorisme

Met terrorisme bedoelen we gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen. Bij zorg door terrorisme krijgt u mogelijk een lagere vergoeding. Wij hebben onze verplichting om deze zorg 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 zorg dan ook voor dit deel. Het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT regelt de vergoeding. Hebben wij de zorg niet verzekerd bij de NHT? Ook dan vergoeden wij de zorg alsof deze wel verzekerd zou zijn bij de NHT.

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

39. Extra vergoeding van de overheid

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

40. Als u meer verzekeringen heeft

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

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

41. Wat wij ook niet vergoeden

Tot slot vergoeden wij ook niet in de volgende situaties.

Zorg binnen de familie

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

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

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

Niet-gecontracteerde zorg

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

Dat is ook zo, als u niet de Vrije Keuze Basisverzekering heeft, maar een andere basisverzekering. Het gedeelte van de zorgkosten dat u dan zelf moet betalen omdat u naar een zorgverlener zonder contract gaat, vergoeden onze aanvullende verzekeringen niet.

Opzet of roekeloosheid

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

Soms ook uitsluiting in de vergoeding

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

• Ik wil zorgkosten declareren

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

42. Uw zorgverlener dient de rekening in

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

Een zorgverlener met wie wij geen contract hebben, stuurt u soms nog een rekening van het deel dat wij niet vergoeden. Die moet u zelf aan de zorgverlener betalen. Stuurt de zorgverlener de hele rekening naar u? Dan kunt u die rekening bij ons indienen.

43. Soms moet u zorgkosten terugbetalen

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

44. Als u zelf de rekening indient

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

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

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

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

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

45. Controle

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

• Ik betaal premie

46. Premiebetaling vooraf

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

47. Premie voor kinderen

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

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

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

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

48. Korting op uw premie

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

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

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

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

49. Toeslag op uw premie

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

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

50. Premie over een deel van de maand

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

51. Als u premie niet (op tijd) betaalt

Betaalt u de premie van de Vrije Keuze Basisverzekering niet (op tijd)? Dan geldt de volgende regeling. Wat geldt voor aanvullende verzekeringen staat in algemene regel 73.

Wij verrekenen met wat u van ons tegoed heeft

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

Premieachterstand van 2 maandpremies

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

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

Premieachterstand van 4 maandpremies

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

- alsnog een betalingsregeling accepteert
- ons binnen maximaal 4 weken na de waarschuwing laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij ons. Of dat de premieachterstand niet juist is berekend. U ontvangt bericht van ons of wij dit met u eens zijn. Zijn wij het niet eens? Dan kunt u uw bezwaar voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de burgerlijke rechter. Informatie over het indienen van een klacht bij de SKGZ staat in algemene regels 78 en 79. Als u dat doet binnen 4 weken nadat u bericht van ons heeft ontvangen, melden wij u in ieder geval niet aan bij het CAK tot de SKGZ of de rechter heeft beslist

Premieachterstand van 6 maandpremies

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

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

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

Afmelding bij het CAK

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

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

Geen bestuursrechtelijke premie

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

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

52. Verplichte premiebetaling per maand

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

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

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

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

Verrekenen met wat u van ons tegoed heeft

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

Wij bieden u een betalingsregeling aan

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

Wat geldt voor de aanvullende verzekering staat in algemene regel 73.

54. Detentie

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

• Meewerken en informeren

55. Meewerken bij aanvragen, controle of onderzoek

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

56. Melden belangrijke veranderingen

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

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

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

57. Aansprakelijkheid van anderen

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

• Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig

58. Persoonsgegevens

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

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

59. Burgerservicenummer (BSN)

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

60. Waarvoor wij uw gegevens gebruiken

Wij gebruiken uw gegevens, opgenomen telefoongesprekken en chatgeschiedenis:

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

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

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

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

61. Stichting CIS

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

62. Uitwisselen persoonsgegevens

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

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

63. Marketing

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

- **Wijzigen van de verzekering**

64. Overstappen van aanvullende verzekering

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

65. Wij kunnen de verzekering wijzigen

Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen wijzigen. Zowel voor de Vrije Keuze Basisverzekering als voor de aanvullende verzekeringen. De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen, gaat de nieuwe premie na 7 weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in algemene regel 66.

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

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

• Opzeggen

66. U zegt de verzekering op

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

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

- als de bedenktijd van algemene regel 18 nog niet om is
- als u van werkgever verandert en bij uw oude én nieuwe werkgever deelneemt aan een collectieve verzekering. De opzegging moet dan binnen 1 maand na het einde van uw oude dienstverband bij ons binnen zijn. De opzegging gaat in op de 1e dag van de volgende maand. Anders loopt de oude verzekering nog door tot 1 januari van het volgende jaar. De korting van de collectieve verzekering geldt dan niet meer
- als de hoofdverzekerde iemand anders verzekerd heeft en deze verzekerde een nieuwe verzekering krijgt. Bijvoorbeeld bij scheiding. De oude verzekering eindigt op het moment dat de nieuwe verzekering ingaat. De opzegging moet wel op dat moment bij ons binnen zijn. Anders loopt de oude verzekering nog door in de maand waarin wij de opzegging ontvangen en de maand daarna
- als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 65. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. U moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat. Of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling. Of als de wijziging in uw voordeel is
- als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u laat weten dat wij medische gegevens over u hebben bekeken die niet voor ons bestemd waren. Wij zullen dat nooit doen. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa bij ons binnen zijn. Uw verzekering eindigt dan op de 1e dag van de 2e maand na uw opzegging

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

Soms kunt u de basisverzekering niet opzeggen

De hoofdverzekerde kan de Vrije Keuze Basisverzekering niet opzeggen als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor het betalen van de verschuldigde premie. U kunt dan pas opzeggen nadat u de verschuldigde premie, rente en incassokosten heeft betaald. U kunt de basisverzekering wel opzeggen als wij uw Vrije Keuze Basisverzekering of de dekking hiervan hebben geschorst of opgeschort. Of als wij aan u binnen 2 weken hebben laten weten dat wij akkoord gaan met uw opzegging.

67. Opzeggen basisverzekering via CAK

Als het CAK u bij ons heeft verzekerd, kunt u de eerste 12 maanden niet opzeggen. Daarna wel, ook tijdens het jaar. Het CAK is een organisatie van de overheid. Die kijkt wie geen basisverzekering heeft, maar er wel

een moet hebben. Als het nodig is, sluit het CAK dan een basisverzekering voor u af. En kiest zelf de verzekeraar.

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

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

68. Geen recht op de basisverzekering

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

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

69. Beëindiging bij overlijden

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

70. Als onze vergunning wordt ingetrokken

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

- **Soms beëindigen wij de verzekering**

71. Wijzigen aanvullende verzekering van kinderen

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

72. Beëindigen verzekering

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

Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering. Zowel met een basisverzekering als met een aanvullende verzekering. Als u die verzekering heeft, dan beëindigen wij die. Of vervangen die door een andere verzekering. De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht. Die kan op dat moment de verzekering opzeggen of een andere verzekering bij ons sluiten.

Wij beëindigen uw Superfit als u buiten Nederland gaat wonen.

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

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

Wij verrekenen met wat u van ons tegoed heeft

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

Aanmaning

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

Beëindiging

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

74. Bedreiging of intimidatie

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

• Als u fraudeert**75. Fraude**

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

Voorbeelden van fraude zijn:

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

76. Onderzoek naar fraude

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

77. Maatregelen bij fraude

Is fraude vastgesteld? Dan kunnen dit de gevolgen zijn:

- rekeningen waarmee is gefraudeerd vergoeden wij niet
- rekeningen die wij onterecht aan u of uw zorgverlener hebben betaald moet u aan ons terugbetalen
- kosten van het fraudeonderzoek zijn voor uw rekening
- wij kunnen aangifte doen bij de politie
- wij kunnen uw gegevens (laten) opnemen in de registers die in algemene regel 61 staan
- wij kunnen uw verzekering(en) met terugwerkende kracht beëindigen tot de datum van de fraude
- wij kunnen u tot 5 jaar daarna weigeren voor een nieuwe verzekering

• Als u niet tevreden bent of een klacht heeft

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

78. Een klacht indienen

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

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

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

79. Met uw klacht naar de SKGZ

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

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

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

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

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

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

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

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

Naar de rechter kan ook

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

80. Een klacht over onze formulieren

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

Informatielijn: 088 770 87 70

E-mail: informatielijn@nza.nl

- **Recht dat van toepassing is**

81. De verzekeringen vallen onder Nederlands recht

Inhoudsopgave

Huisarts en gezond blijven	36
Huisarts	36
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	38
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)	40
Voetzorg	43
Psychische zorg bij de huisarts	46
Trombosedienst	48
Griep prik	50
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)	52
Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen	55
Stoppen met roken	58
Preventie cursussen	60
Preventief onderzoek	62
Hormoonconsulent	65
Ziekenhuis en medisch specialist	67
Medisch specialist	67
Ziekenhuisopname	71
Plastische chirurgie	74
Vruchtbaarheidsbehandelingen	78
In-vitrofertilisatie (ivf)	81
Erfelijkheidsonderzoek	84
Orgaantransplantatie en -donatie	86
Dialyse	89
Mechanische beademing	91
Voorwaardelijk toegelaten zorg	93
Second opinion	95
Verblijf in een logeerkamer	97
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder	100
Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort	102
Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na	105
Verpleging en verzorging	108
Verpleging en verzorging in de eigen omgeving	108
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	111
Eerstelijns verblijf	113

Vervangende mantelzorg	116
Hulp bij mantelzorg	118
Huishoudelijke hulp	120
Hospice	122
Bewegen	124
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	124
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	127
Valpreventieve beweeginterventie	131
Beweegprogramma's	133
Loophulpmiddelen	135
Zwemmen voor 50+	137
Revalidatie en herstel	139
Medisch-specialistische revalidatie	139
Geriatrische revalidatie	142
Ergotherapie	145
Zorghotel	147
Kuuroord	149
Therapeutisch kamp voor jongeren	151
Zwangerschap en bevalling	153
Prenataal onderzoek	153
Zwangerschap en bevalling	155
Kraamzorg	158
Kraampakket	162
Bevalling-TENS	164
Borstvoeding: lactatiekundige	166
Zorg bij adoptie	168
Medicijnen en dieet	170
Geneesmiddelen	170
Diëtetiek (dieetadvies)	174
Dieetpreparaten	176
Mond en gebit	178
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	178
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	181
Tandheelkundige zorg na een ongeval	185
Orthodontie tot 18 jaar	188

Orthodontie vanaf 18 jaar	190
Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar	192
Fronttandvervanging	195
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	197
Bijzondere tandheelkunde	199
Psychische zorg	202
Geneeskundige ggz	202
Opname voor geneeskundige ggz	206
Anticonceptie	209
Anticonceptie	209
Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	212
Alternatief	214
Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg	214
Horen, zien en spreken	216
Audiologische zorg	216
Orthoptie	218
Bril, (contact)lenzen en ooglaseren	220
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	223
Logopedie	225
Stottertherapie	227
Hulpmiddelen	229
Hulpmiddelen	229
Steunpessarium	232
Plaswekker	234
Huid en haar	236
Acnebehandeling	236
Camouflage-instructie	238
Elektrische epilatie en laserbehandeling	240
Vervoer	242
Ambulancevervoer	242
Ziekenvervoer	244
Zorg in het buitenland en reizen	248
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen	248

Buitenland: spoedeisende zorg	250
Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg	254
Repatriëring	257
Eerder terugkeren van een reis	260
Vervangende chauffeur tijdens een reis	262
Vergoeding bij overlijden in het buitenland	264
Verhaalsbijstand	267
Verhaalsbijstand bij letselschade	267

Vergoedingen ONVZ Vrije Keuze

● Huisarts en gezond blijven

● Huisarts

Heeft u problemen met uw gezondheid? Of er vragen over? Dan is uw huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt huisartsenzorg. Er zijn verschillende vormen van huisartsenzorg.

Soms behandelt de huisarts u

Die beantwoordt uw vragen, bespreekt uw klachten, laat onderzoek doen als dat nodig is, en stelt een diagnose. Meestal behandelt de huisarts u zelf. Maar soms verwijst uw huisarts u door naar een andere arts of zorgverlener.

Soms behandelen andere zorgverleners u

In de praktijk van uw huisarts werken vaak ook andere zorgverleners, bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige of een psycholoog. Die praktijkondersteuners behandelen u zelfstandig, maar uw huisarts blijft wel verantwoordelijk.

Soms behandelen de huisarts en andere zorgverleners u samen

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

Spoedzorg: eerst de huisarts of de huisartsenpost

Bij een levensbedreigende situatie belt u 112. Voor andere spoedeisende vragen belt u eerst uw huisarts. Is de praktijk gesloten? Dan belt u de huisartsenpost. Soms krijgt u advies, soms vragen ze u om langs te komen. Als het nodig is, verwijst uw huisarts of de huisartsenpost u door naar de spoedeisende hulp. Gaat u naar de spoedeisende hulp zonder verwijzing? Dan kunt u niet altijd terecht, of moet u langer wachten.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook de volgende vormen van huisartsenzorg. Omdat die extra of andere voorwaarden hebben, staan ze ergens anders:

- Voetzorg
- Psychische zorg bij de huisarts
- Stoppen met roken
- Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)
- Eerstelijns verblijf (huisartsenzorg met opname)

Hier kunt u terecht

- huisarts of huisartsenpraktijk
- huisartsenpost voor spoedeisende huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend
- GGD of arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding voor zorg bij een infectieziekte of tuberculose

Andere vergoedingen

- Gaat u op reis? Er is een aparte vergoeding voor vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor (vakantie)reizen.
- Voor preventief medisch onderzoek kunt u meestal ook gewoon bij de huisarts terecht. Wilt u meer doen aan preventie? Er zijn aparte vergoedingen voor (ander) Preventief onderzoek, Preventiecurssussen en de Grieprik.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

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

Het eigen risico

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

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show) of een rijbewijs- of aanstellingskeuring.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

• Diagnostiek voor eerstelijns zorg

Als de huisarts extra onderzoek nodig vindt.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

Soms heeft de huisarts voor een goede diagnose extra onderzoek nodig. Bijvoorbeeld bloedonderzoek, een hartfilmpje of een röntgenfoto. Dit kan vaak in de praktijk zelf. Dan hoort het bij de huisartsenzorg. Als het onderzoek niet in de huisartsenpraktijk kan, laat de huisarts u bijvoorbeeld naar een bloedprikpost gaan. Dit onderzoek buiten de huisartsenpraktijk is 'diagnostiek voor eerstelijns zorg'.

Uw huisarts of andere zorgverlener die de diagnostiek voorschrijft, krijgt de uitslag van het onderzoek en kan u dan verder behandelen. Daarbij moeten zij hun beroepsrichtlijnen volgen. Volgens de richtlijnen zal de huisarts een MRI-scan alleen voorschrijven bij bepaalde klachten aan de knie, schouder, onderrug of hersenen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende diagnostiek voor eerstelijns zorg:

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

Wij vergoeden eerstelijns diagnostiek als die is voorgeschreven door de volgende zorgverleners in de eerste lijn:

- huisarts, als dat is aanbevolen in de beroepsrichtlijn. Als die van die richtlijn afwijkt, dan moet de huisarts dat voldoende onderbouwen in het voorschrift
- verloskundige, als dat nodig is voor zorg rondom zwangerschap en bevalling
- jeugdarts, als dat nodig is voor zorg aan kinderen tot 4 jaar
- specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten, als dat nodig is voor huisartsenzorg (ook tijdens Eerstelijns verblijf)
- arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding, als dat nodig is voor individuele zorg bij (een risico op) deze ziekten

Vindt een andere zorgverlener, zoals de fysiotherapeut of uw bedrijfsarts, de diagnostiek nodig? Dan moet u daarvoor dus eerst langs uw huisarts.

Hier kunt u terecht

Vaak moet u naar een prikpost, echocentrum of polikliniek voor het onderzoek. De diagnostiek wordt uitgevoerd door een:

- eerstelijns diagnostisch centrum (EDC)
- Productiesamenwerkingsverband¹
- ziekenhuis
- jeugdarts, voor diagnostische tests bij een vermoeden van koemelkallergie bij kinderen tot 4 jaar

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen² in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Andere vergoedingen

Voor diagnostiek bij Prenataal onderzoek gelden andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Hierboven leest u welke zorgverleners de diagnostiek kunnen voorschrijven.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

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

2. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

- **Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)**

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

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De zorg bij sommige patiënten is te ingewikkeld voor de huisarts alleen. U kunt denken aan iemand die ouder wordt met meerdere aandoeningen tegelijk, of iemand met een verstandelijke beperking die een chronische ziekte krijgt. De huisarts (of kinderarts) kan dan een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten inschakelen. Dit is geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp).

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt gzsp in 3 vormen.

Advies aan de huisarts

De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten geeft advies aan uw huisarts. Dan ziet u zelf deze zorgverlener niet.

Consult en behandeling

De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten neemt de zorg, helemaal of voor een deel, over van uw huisarts of kinderarts. U heeft dan enkele gesprekken met die arts. Als meer zorg nodig is, stelt die samen met u een zorgprogramma op. Daarin staat aan welke behandeldoelen jullie gaan werken, en hoe. De artsen kunnen hierbij ook iemand met meer kennis van de ggz inschakelen. Bijvoorbeeld een gz-psycholoog³ of psychiater.

Dagbehandeling in een groep

Als u zelfstandig thuis woont en overdag behoefte heeft aan extra zorg, kan ook dagbehandeling in een groep deel uitmaken van het zorgprogramma, als dit helpt bij het bereiken van uw behandeldoel. Die dagbehandeling krijgt u in een instelling, bijvoorbeeld een verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Binnen uw zorgprogramma kunnen ook anderen u behandelen. Maar de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten is uw eerste aanspreekpunt. En

3. Ook: gezondheidszorgpsycholoog

verantwoordelijk voor uw totale behandeling. Bij gedragsproblemen kan uw eerste aanspreekpunt ook een andere zorgverlener zijn:

- Gz-psycholoog⁴
- orthopedagoog-generalist
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychiater

Andere zorg nodig?

Vindt de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten dat u naar een fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, logopedist of diëtist moet? Kijk dan hieronder bij 'Andere vergoedingen'. Let op dat de Vrije Keuze Basisverzekering de eerste 20 behandelingen fysiotherapie en oefentherapie niet vergoedt.

Hier kunt u terecht

- specialist ouderengeneeskunde
- arts voor verstandelijk gehandicapten

Uw huisarts werkt vaak al samen met deze zorgverleners. Soms werken zij in de huisartsenpraktijk, of bijvoorbeeld in een verpleeghuis of andere instelling.

Dit wordt niet vergoed

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

Andere vergoedingen

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

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

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor deze zorg moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of kinderarts. Als een verpleegkundig specialist of physician assistant⁵ in de huisartsenpraktijk werkt, mag die u ook, namens uw huisarts, verwijzen.

4. Ook: gezondheidszorgpsycholoog

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

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

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

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Voor dagbesteding naar de gemeente

Heeft u behoefte aan dagbesteding, maar heeft dit geen medisch doel binnen uw zorgprogramma? Dan moet u hiervoor naar het zorgloket van de gemeente.

• Voetzorg

Goede voetzorg kan problemen voorkomen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt voetzorg, maar alleen als u een verhoogd risico heeft op wondjes of zweren aan uw voeten (voetulcera) als gevolg van een ziekte of medische behandeling. Uw huisarts of een podotherapeut stelt het risicoprofiel vast. Dit risicoprofiel zegt iets over de kwetsbaarheid van uw voeten. Er zijn 4 risicoprofielen: 0, 1, 2 en 3.

Heeft u risicoprofiel 1, dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering alleen de jaarlijkse voetcontrole.

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

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

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden extra en andere voetzorg. Bijvoorbeeld als u voetklachten heeft door een afwijkende stand van uw voeten of uw manier van lopen. Optifit en hoger vergoeden:

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

5. steunzolen

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

Hier kunt u terecht

Voor voetzorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

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

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

- Podotherapeut⁶
- Pedicure⁷
- Medisch pedicure⁸
- Paramedisch chiropodist⁹

Voor andere voetzorg uit de aanvullende verzekering:

- Podotherapeut¹⁰
- Registerpodoloog¹¹
- Podoposturaal therapeut¹²

Voor steunzolen kunt u ook nog terecht bij de orthopedisch schoentechnicus¹³.

Dit wordt niet vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering en onze aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- voetzorg als u geen verhoogd risico heeft op voetulcera (risicoprofiel 0)
- voetverzorging zoals eelt verwijderen of nagels knippen

De aanvullende verzekeringen vergoeden ook niet:

- extra kosten voor behandeling aan huis of in een instelling

Andere vergoedingen

Orthopedische aanpassing van schoenen valt onder de vergoeding Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

6. Deze moet een actieve agb-code hebben

7. Deze moet in het Kwaliteitsregister Pedicures staan, met aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet' en een actieve agb-code hebben

8. Deze moet in het Kwaliteitsregister Pedicures, het Register Paramedische Voetzorg of het Kwaliteitsregister van KABIZ staan en een actieve agb-code hebben

9. Deze moet in het Register Paramedische Voetzorg staan en een actieve agb-code hebben

10. Deze moet een actieve agb-code hebben

11. Deze moet in het Kwaliteitsregister van KABIZ staan en een actieve agb-code hebben

12. Deze moet in het Kwaliteitsregister van KABIZ staan en een actieve agb-code hebben

13. Deze moet een actieve agb-code hebben

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Het risicoprofiel moet op de rekening staan

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

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

• Psychische zorg bij de huisarts

Ook bij psychische klachten is uw huisarts uw eerste aanspreekpunt.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt psychische zorg door uw huisarts of door de praktijkondersteuner ggz (POH-ggz) voor alle leeftijden. Dit kunnen gesprekken zijn, maar ook een digitaal programma. Soms krijgt u geneesmiddelen.

Uw huisarts of POH-ggz behandelt alleen lichte klachten. Bij twijfel over de aanpak van uw klachten kan ook de hulp worden ingeroepen van zorgverleners binnen de ggz en het sociaal domein om samen met u te bespreken hoe u het beste kunt worden geholpen. Dit heet een verkennend gesprek.

Heeft u meer of andere zorg nodig, dan kan de huisarts u doorverwijzen naar de Geneeskundige ggz. En geldt die vergoeding

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan kan uw huisarts bij ernstige klachten doorverwijzen naar de jeugd-ggz. De gemeente regelt deze zorg.

Hier kunt u terecht

- huisarts of POH-ggz die onder verantwoordelijkheid van uw huisarts werkt

Dit wordt niet vergoed

- bewegingsgerichte therapie
- anonieme behandeling via internet

Andere vergoedingen

- Stoppen met roken
- Geneeskundige ggz (vanaf 18 jaar), als uw huisarts u doorverwijst
- Geneesmiddelen, als uw huisarts of POH-ggz die voorschrijft

De aanvullende verzekeringen vergoeden ook andere zorg die u misschien kan helpen bij psychische klachten:

- Startfit en hoger vergoeden Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

- Optifit en hoger vergoeden Preventiecursussen, zoals runningtherapie of een slaapcursus

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Ook het verkennend gesprek niet.

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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

Als u bloedverduunners gebruikt om trombose tegen te gaan, moet u regelmatig uw bloed laten controleren. U kunt dat soms ook zelf doen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zorgverleners, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt:

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

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

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

Hier kunt u terecht

- trombosedienst (prikpost)
- thuis, als u zelf prikt

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen¹⁴ in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Andere vergoedingen

Zelfmeetapparatuur en wat daarbij hoort, valt onder de vergoeding Hulpmiddelen bij trombose.

14. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een verwijzing hebben**

Voordat u naar de trombosedienst gaat, moet u een verwijzing hebben van uw (huis)arts of medisch specialist.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

• Griep prik

Als u de jaarlijkse griepgolf wilt ontlopen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

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. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de griep prik niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

Als u geen risicopatiënt bent, dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Benfit en hoger 1 keer per kalenderjaar een griep prik.

Hier kunt u terecht

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

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

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

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

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Meer informatie vindt u bij het RIVM

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

• Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)

Voor een blijvende verbetering van uw eetgewoontes en beweeggedrag.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 voor beweegprogramma's bij gli en andere beweegprogramma's samen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 500 voor beweegprogramma's bij gli en andere beweegprogramma's samen Max. per kalenderjaar
Superfit	100% voor beweegprogramma's bij gli en andere beweegprogramma's

Dit krijgt u vergoed

Bij overgewicht loopt u een groter risico op ziekte. Een gecombineerde leefstijlinterventie (gli) kan u helpen een gezondere leefstijl te krijgen. U krijgt dan advies en begeleiding bij gezondere eetgewoontes, meer bewegen en gedragsverandering. Die begeleiding krijgt u meestal in groepsverband.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de gli als u aan 3 voorwaarden voldoet:

1. u bent ouder dan 16 jaar
2. u bent gemotiveerd om het hele programma te doorlopen (dat duurt zo'n 2 jaar)
3. u heeft een BMI¹⁵ van:
 - 35 of hoger, of
 - 25-35 en een ziekte die samenhangt met uw overgewicht, of
 - 25-35 met een grote buikomvang. Voor vrouwen is dat 88 cm of meer. Voor mannen is dat 102 cm of meer

Voldoet u hieraan en heeft u diabetes type 2? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms ook een startbijeenkomst van 2 dagen met verblijf en medische begeleiding. En tijdens het programma medische begeleiding voor het afbouwen van medicijnen. Dat is zo als u aan de volgende 4 voorwaarden voldoet:

1. u gebruikt insuline of SU-derivaten
2. u heeft niet goed ingestelde diabetes¹⁶
3. een eerdere leefstijlinterventie is niet gelukt of is niet veilig
4. u bent toch gemotiveerd om uw leefstijl te veranderen

Let op!

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt alleen door ons erkende gecombineerde leefstijlinterventies bij een gli-begeleider¹⁷ die voor de betreffende interventie een licentie heeft.

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

16. Dat is zo als het HbA1c-gehalte boven de NHG-streefwaarde is

Wel de coaching, niet de beweging

Uw gli-begeleider¹⁸ motiveert en coacht u naar gezonder gedrag, meer bewegen en gezonder eten. Samen onderzoekt u bijvoorbeeld wat voor u het beste werkt om meer te bewegen. Zoals aansluiten bij een wandelgroep, of een sportvereniging. De kosten van die wandelgroep of sportvereniging betaalt u zelf.

Beweegprogramma's in de aanvullende verzekering

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden een beweegprogramma als u deelneemt aan een gli. Een beweegprogramma kan interessant zijn als u goed op weg bent in die gli, maar het nog niet lukt om bij een beweegactiviteit zoals een wandelgroep of sportvereniging aan te sluiten.

In zo'n beweegprogramma traint u 3 tot 4 maanden lang meerdere keren per week, in een groep. Het is een afgebakend programma met als doel om u te leren hoe u verantwoord kunt bewegen, welke beweegactiviteiten bij u passen en hoe u die zelfstandig op kunt pakken. Daarna kunt u zelf verder in het gewone sportaanbod. Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor beweegprogramma's bij gli en andere Beweegprogramma's samen. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Superfit vergoedt de beweegprogramma's volledig.

Hier kunt u terecht

Voor de gecombineerde leefstijlinterventie:

- een leefstijlcoach¹⁹ met wie uw huisarts samenwerkt in de zorggroep
- een BLCN-leefstijlcoach, die als zodanig geregistreerd staat in het kwaliteitsregister KABIZ
- een diëtist of oefentherapeut met de kwalificatie leefstijlcoach (LC) in het Kwaliteitsregister Paramedici
- een fysiotherapeut met de kwalificatie leefstijlcoach in het kwaliteitsregister van KNGF of SKF

Voor het beweegprogramma:

- Fysiotherapeut²⁰
- Oefentherapeut Mensendieck of Cesar²¹

Dit wordt niet vergoed

- activiteiten om meer te bewegen, bijvoorbeeld uw fitnessabonnement of lidmaatschap van een sportvereniging

Andere vergoedingen

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

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

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

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

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

19. Deze moet als leefstijlcoach geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister van KABIZ, KNGF of SKF, of in het Kwaliteitsregister Paramedici

20. Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

21. Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Verwijst uw huisarts u door voor andere klachten, bijvoorbeeld naar de diëtist of psycholoog? Dan valt die zorg wel onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u aan het gli-programma begint, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of medisch specialist²².

Voor een tweede gli-programma moet u vooraf onze toestemming hebben

Bent u al eens met een gli-programma gestart, maar heeft u dat niet afgemaakt? Of heeft u opnieuw behoefte aan zo'n programma? Als u nog een keer met een gli-programma wilt starten, moet u toestemming van ons hebben vóórdat u aan dit programma (of het verblijf als dat erbij hoort) begint. Soms regelt uw zorgverlener dat voor u.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

De ZorgConsulent helpt u bij het vinden van een begeleider

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

Uw gli-begeleider houdt uw huisarts of medisch specialist op de hoogte

Uw verwijzer blijft zo betrokken bij uw voortgang.

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

• Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen

Samen werken aan een blijvende gezonde leefstijl voor uw kind.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

Kinderen met overgewicht kunnen via een zogenoemde ketenaanpak werken aan een blijvend gezonde leefstijl. Dan werken verschillende zorgverleners samen met het kind en het gezin, om medische, sociale en psychische problemen aan te pakken. Een centrale zorgverlener (CZV) maakt een plan van aanpak. En coördineert en begeleidt de zorg. Een gecombineerde leefstijlinterventie (gli) kan hier onderdeel van zijn. Dat is een programma van zo'n 2 jaar. Het bestaat uit advies en begeleiding op het gebied van voeding, eetgewoontes, beweging en is gericht op een blijvende gedragsverandering.

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

Uw kind moet aan 3 voorwaarden voldoen:

1. uw kind is jonger dan 18 jaar
2. uw kind is samen met het gezin gemotiveerd om het hele programma voor de ketenaanpak te volgen
3. uw kind heeft een verhoogd gezondheidsrisico door:
 - obesitas. Dat betekent dat de BMI van uw kind vergelijkbaar is met een BMI²³ van 30 tot 35 bij volwassenen, of
 - overgewicht met risicofactoren of een ziekte die samenhangt met het overgewicht. Uw kind heeft overgewicht als de BMI van uw kind vergelijkbaar is met een BMI²⁴ van 25 tot 30 bij volwassenen

En de zorg moet aan 3 voorwaarden voldoen:

1. de CZV geeft coördinatie en begeleiding op basis van een zorgplan
2. de CZV heeft de gli gemotiveerd in dat zorgplan opgenomen

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

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

3. het gaat om een van de door ons erkende gecombineerde leefstijlinterventies

Als andere problemen een blijvende gedragsverandering in de weg staan kan de CZV de start van de gli maximaal 6 maanden uitstellen om eerst andere hulp te regelen. Als dat nodig is, kan deze periode verlengd worden. Na die tussenperiode vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de CZV en de gli alleen nog als het doel van het zorgplan nog bereikt kan worden binnen overzienbare termijn.

Beweegprogramma's in de aanvullende verzekering

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

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

Hier kunt u terecht

Voor de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas:

- een CZV, die als jeugdverpleegkundige in het register van V&VN staat, of als jeugd- en gezinsprofessional of pedagogisch adviseur in het register van SKJ of als kinderleefstijlcoach in het kwaliteitsregister van BLCN
- een kinderleefstijlcoach, geregistreerd in het kwaliteitsregister voor kinderleefstijlcoaches van BLCN

Voor het beweegprogramma:

- Fysiotherapeut²⁵
- Oefentherapeut Mensendieck of Cesar²⁶

Dit wordt niet vergoed

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

Andere vergoedingen

- Krijgt uw kind tijdens de ketenaanpak te maken met andere klachten die (verder) behandeld moeten worden, zoals klachten bij het bewegen? Dan kan de huisarts doorverwijzen voor bijvoorbeeld Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar, Diëtetiek, of naar de Medisch specialist. Die zorg krijgt uw kind dan naast de ketenaanpak
- Als uw kind 16 jaar of ouder is, kan de verwijzer ook kiezen voor een gli-programma voor volwassenen. Dan geldt de vergoeding Gecombineerde leefstijlinterventie voor volwassenen
- Wil uw kind op een andere manier aan de leefstijl werken? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden Preventiecurssussen voor 'gezond gewicht' en een Therapeutisch kamp voor jongeren met overgewicht

25. Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

26. Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een verwijzing hebben**

Voor de CZV moet u een verwijzing hebben van de huisarts, kinderarts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige.

U moet vooraf onze toestemming hebben

In de volgende gevallen moet u ons vooraf toestemming vragen:

- voor de begeleiding en coördinatie van de CZV en de gli. U vraagt ons toestemming na de intake, maar voordat de begeleiding begint
- voor verlenging van de tussenperiode van 6 maanden tussen intake en gli

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het gli-programma moet effectief zijn. De behandelaar kan u daar meer over vertellen. Daarom vergoeden wij alleen door ons erkende gecombineerde leefstijlinterventies.

Als uw kind tijdens de ketenaanpak 18 jaar wordt

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

• Stoppen met roken

Wilt u graag stoppen met roken of vaper (het roken van een e-sigaret)? En lukt dat niet alleen? Dan kunt u daar hulp bij krijgen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Stoppen-met-rokenprogramma, met nicotinevervangers/geneesmiddelen 3 keer per kalenderjaar
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 150 voor stoppen met roken en andere preventiecursussen, uit vergoeding Preventiecursussen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 250 voor stoppen met roken en andere preventiecursussen, uit vergoeding Preventiecursussen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 325 voor stoppen met roken en andere preventiecursussen, uit vergoeding Preventiecursussen Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt:

- korte ondersteunende adviezen, en
- 3 keer per kalenderjaar een stoppen-met-rokenprogramma, en nicotinevervangers en geneesmiddelen die daarbij horen

Het stoppen-met-rokenprogramma is bedoeld om te stoppen met roken door uw gedrag te veranderen. U krijgt advies, persoonlijke en telefonische coaching, of een groepstraining, en nicotinevervangers of geneesmiddelen als dat nodig is.

Heeft u zo'n intensief programma niet nodig, maar wilt u wel graag kort stopadvies? Dan kunt u dat altijd aan uw huisarts vragen. Of aan uw verloskundige of medisch specialist²⁷, als u daar toch al onder behandeling bent.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook stoppen met roken. Dat staat bij Preventiecursussen.

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

Hier kunt u terecht

Voor korte ondersteunende adviezen:

- huisarts
- verloskundige
- Medisch specialist²⁸

Voor het stoppen-met-rokenprogramma uit de basisverzekering:

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

Voor een stoppen-met-rokenprogramma uit de aanvullende verzekering kijkt u in Preventiecurssussen.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Het programma niet, en ook de voorgeschreven nicotinevervangers en geneesmiddelen niet.

Dit moet u zelf doen

Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig

Voor het programma zelf heeft u geen verwijzing nodig.

Maar voor nicotinevervangers en geneesmiddelen die bij het programma horen heeft u wel een voorschrift nodig. Uw huisarts, medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist kunnen dat voorschrift geven. Die laatste 3 moeten ook een aanvraagformulier invullen. Dit formulier stuurt u mee met uw declaratie.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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.

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

• Preventiecursussen

Fit worden en fit blijven.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

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

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden door ons erkende preventiecursussen. Cursussen voor eerste hulp voor 75%, de overige cursussen voor 100%. Maar altijd tot de maximale vergoeding per kalenderjaar. De maximale bedragen staan hierboven.

Optifit en hoger vergoeden cursussen in de volgende categorieën:

- stoppen met roken (100%)
- zwangerschap (100%)
- gezond gewicht (100%)
- mentale fitheid (100%)
- zelfmanagement (100%)
- eerste hulp (75%)

De cursussen die we vergoeden, staan op ons [Overzicht erkende preventiecursussen](#). In de loop van het jaar kunnen daar cursussen bijkomen.

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

Dit wordt niet vergoed

- cursussen bedrijfshulpverlening
- cursussen sport-EHBO

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

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Preventief onderzoek

Onderzoek naar uw gezondheid als de basisverzekering dat niet vergoedt.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

Heeft u gezondheidsproblemen? Of vragen over uw gezondheid? Dan is de huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt. Heeft u geen klachten, maar wilt u wel uw gezondheid laten onderzoeken? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering geen preventief onderzoek.

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

Heeft u een aanvullende verzekering?

Dan vergoeden die preventief onderzoek. Welk preventief onderzoek u vergoed krijgt en tot welk bedrag hangt af van welke aanvullende verzekering u heeft. We leggen het hieronder uit.

Onze persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck

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

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

Een ander preventief of sportmedisch onderzoek

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook ander preventief onderzoek voor 50% tot een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

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

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

Farmacogenetisch onderzoek

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

Bij farmacogenetisch onderzoek gaat een laboratorium met dna-onderzoek na of een geneesmiddel bij u zal werken, en welke dosis voor u het beste is. Uw arts schrijft het onderzoek voor en vraagt het aan, of weet waar u terecht kunt. Wij vergoeden het farmacogenetisch onderzoek als het gaat om een voor u nieuw geneesmiddel, en als het onderzoek past binnen de adviezen van de KNMP²⁹. Uw arts weet of dat zo is. Het zogenoemde dna-paspoort valt ook onder dit farmacogenetisch onderzoek.

Hier kunt u terecht

- voor onze gezondheidschecks of sportcheck: de door ons gecontracteerde aanbieders
- voor een andere gezondheidscheck of uitgebreider onderzoek: huisarts of medisch specialist
- voor sportmedisch onderzoek of sportmedische keuring: een sportarts
- voor een duikkeuring: een duikerarts³⁰
- voor farmacogenetisch onderzoek: laboratorium voor farmacogenetisch onderzoek

Dit wordt niet vergoed

- Bevolkingsonderzoek³¹
- onderzoek dat u voor of via uw werkgever of sportvereniging laat doen

Andere vergoedingen

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

29. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

30. Deze moet Europees gecertificeerd zijn door het NICDA of de NVD. U vindt een gecertificeerde duikerarts op www.mijnduikerarts.nl en www.duikkeuring.nl

31. Dat is preventief medisch onderzoek dat de overheid aanbiedt en betaalt, bijvoorbeeld voor borstkanker of darmkanker. Als u er aan mee kunt doen, krijgt u vanzelf bericht

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

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

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

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

Soms moet op de rekening staan wie het onderzoek uitvoert

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

Voor farmacogenetisch onderzoek moet u een voorschrift van uw arts hebben

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

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Voor meer informatie kunt u terecht bij de ZorgConsulent

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

Onze gezondheidscheck is niet geschikt voor kinderen

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

• Hormoonconsulent

Ondersteuning bij hormonale problemen zoals de overgang, menstruatie en andere hormonale veranderingen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 200 voor consulten en online programma samen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 350 voor consulten en online programma samen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 500 voor consulten en online programma samen Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

In verschillende levensfasen kunt u klachten krijgen door hormoonwisselingen, zowel lichamelijk als emotioneel. U kunt klachten hebben rondom uw menstruatie. Of bijvoorbeeld in de overgang (menopauze) te maken krijgen met opvliegers, emotionele schommelingen en slaapproblemen. Een hormoonconsulent of overgangsconsulent geeft u voorlichting, advies en zorg. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de zorg van een hormoonconsulent of overgangsconsulent niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden:

- consulten door een hormoonconsulent of overgangsconsulent
- het online 12-weeken programma VitalFem Menstruatie of VitalFem Overgang, aangeboden door Care for Women

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

- Care for Women, voor een hormoonconsulent, overgangsconsulent of het online programma
- een overgangsconsulent aangesloten bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten

Dit wordt niet vergoed

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

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Ziekenhuis en medisch specialist

• Medisch specialist

Heeft u specialistische zorg nodig? Dan verwijst uw huisarts of andere zorgverlener u naar de medisch specialist.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding De meeste ziekenhuiszorg
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt:

- medisch-specialistische zorg
- verpleging, paramedische zorg³², geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen

De medisch specialist³³ doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt met u hoe het traject verder gaat. En is als behandelaar verantwoordelijk voor uw zorgvraag. Uw medisch specialist kan delen van de zorg door anderen laten doen. Bijvoorbeeld een scan of onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

De medisch specialist³⁴ doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt met u hoe het traject verder gaat. En is als behandelaar verantwoordelijk voor uw zorgvraag. Uw medisch specialist kan delen van de zorg door anderen laten doen. Bijvoorbeeld een scan of onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

32. Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

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

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

Behandeling in een zbc³⁵ of eigen praktijk vergoeden wij alleen als de verantwoordelijk behandelaar een medisch specialist is. In het ziekenhuis kan uw verantwoordelijke behandelaar ook een verpleegkundig specialist of physician assistant³⁶ zijn.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook uw opname in een ziekenhuis als dat nodig is.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist in:

- het ziekenhuis
- een zelfstandig behandelcentrum (zbc³⁷)
- een eigen praktijk

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen³⁸ in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- behandeling tegen snurken door operatie van de huig (uvuloplastiek)

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook geen Sterilisatie of een hersteloperatie daarvan. De aanvullende verzekeringen soms wel.

Andere vergoedingen

Sommige behandelingen krijgt u soms wel in het ziekenhuis, maar zijn geen medisch-specialistische zorg. Ze vallen onder een andere vergoeding:

- Kaakchirurgie
- Geneeskundige ggz
- Opname voor geneeskundige ggz

Sommige behandelingen zijn wel medisch-specialistische zorg, maar er gelden andere voorwaarden. Daarom staan ze in aparte vergoedingen. Bijvoorbeeld:

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

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

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

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

38. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een verwijzing hebben**

Voordat u naar de medisch specialist gaat, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts, een andere medisch specialist, jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist³⁹ zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook uw verloskundige u verwijzen. Bij acute zorg⁴⁰ heeft u geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Voor de volgende behandelingen en onderzoeken moet u vooraf toestemming van ons hebben:

1. behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg⁴¹ staan
2. uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie) als wij met uw zorgverlener geen contract hebben
3. behandelingen voor Complex Chronische Longaandoeningen (CCL) als uw zorgverlener niet in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL staat
4. behandeling met ooggeneesmiddelen die op ons Overzicht ooggeneesmiddelen staan, als wij met uw zorgverlener geen contract hebben

Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren.

Een second opinion kan ook

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

WachtlIJst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlIJst is, kunt u onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook in andere situaties kunt u de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

39. Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg

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

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

Let op bij zorg in het buitenland

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

• Ziekenhuisopname

Soms is bij medisch-specialistische zorg een opname in het ziekenhuis nodig.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding Max. 3 jaar
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort
Zorgplan	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt uw ziekenhuisopname als u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist⁴² of kaakchirurg⁴³ in het ziekenhuis moet overnachten.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook de zorg die bij uw ziekenhuisopname hoort:

- verpleging en verzorging
- Paramedische zorg⁴⁴
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

Soms hoeft u niet meer in het ziekenhuis te blijven. Maar heeft u nog wel een hoog risico op ernstige complicaties, waarbij direct medisch-specialistische zorg nodig is. Bijvoorbeeld als u CAR-T celtherapie ondergaat voor een agressieve vorm van lymfeklierkanker. Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook verblijf dichtbij het ziekenhuis, als u daar te ver vandaan woont. Bij dat verblijf is geen verpleging, verzorging of paramedische zorg nodig. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal € 94,50 per dag.

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

43. De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

44. Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

Heeft u de aanvullende verzekering Superfit of Zorgplan?

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

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (zbc⁴⁵)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

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

- logeerhuis bij het ziekenhuis
- hotel of andere betaalde overnachting

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen⁴⁶ in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Andere vergoedingen

Er is ook nog andere zorg waarbij u kunt worden opgenomen. Dat staat ergens anders:

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

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een verwijzing hebben**

Voordat u naar de medisch specialist gaat, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts, andere medisch specialist, jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde. Als u naar de oogarts moet, kan ook een orthoptist of optometrist⁴⁷ u verwijzen. Als u vanwege uw zwangerschap of voor uw bevalling naar de medisch specialist moet, kan óók uw verloskundige u verwijzen. Voor acute zorg⁴⁸ heeft u geen verwijzing nodig.

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

46. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

47. Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

U moet vooraf toestemming van ons hebben als u wordt opgenomen voor de volgende behandelingen of onderzoeken:

1. behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg⁴⁹ staan
2. uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie) als wij met uw zorgverlener geen contract hebben
3. behandelingen voor Complex Chronische Longaandoeningen (CCL) als uw zorgverlener niet in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL staat
4. behandeling met oorgeneesmiddelen die op ons Overzicht oorgeneesmiddelen staan, als wij met uw zorgverlener geen contract hebben

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de ziekenhuisopname alleen als de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg van de Medisch specialist of kaakchirurg, waarvoor u wordt opgenomen, ook vergoedt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Dagen dat u buiten het ziekenhuis bent voor vakantie- of weekendverlof tellen wel mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Dat staat in de vergoedingen voor spoedeisende en niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland. Zo moet u voor een geplande opname in het buitenland vooraf toestemming van ons hebben.

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

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

• Plastische chirurgie

Heeft u brandwonden of littekens na een ongeluk? Of een aangeboren afwijking aan uw uiterlijk? Dan kan plastische chirurgie nodig zijn.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	In bepaalde gevallen: • 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	• bij lichamelijke functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • correctie flaporen tot 18 jaar
Topfit	• bij lichamelijke functiestoornis • correctie flaporen tot 18 jaar
Superfit	• bij lichamelijke functiestoornis • correctie flaporen tot 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt plastische chirurgie alleen in bepaalde gevallen. Dat moet wel voor iedereen hetzelfde zijn. Daarom gebruiken zorgverzekeraars hiervoor de Werkwijzer plastische chirurgie⁵⁰ van de Vereniging Artsen Volksgezondheid. De voorwaarden in die werkwijzer gelden dus ook. Meer uitleg staat in het document 'plastische chirurgie'.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis⁵¹ heeft
2. Verminkingen⁵² door een ziekte, ongeluk of medische behandeling
3. verlamde of verslapte bovenoogleden, als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of chronische aandoening die u bij de geboorte al had
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemeltespleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen

50. Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard. De actuele versie vindt u op <https://vavolksgezondheid.nl/werkwijzers-vagzvav>

51. Als u bijvoorbeeld uw hand niet goed kunt dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

52. 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

8. het veranderen van primaire geslachtskenmerken als transseksualiteit bij u is vastgesteld
De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dan ook verpleging en verzorging, paramedische zorg⁵³, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die u door de ingreep nodig heeft.

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

Heeft u een aanvullende verzekering?

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

Optifit vergoedt plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- correctie van bovenoogleden als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis
- het vervangen van borstprothesen, als er een medische indicatie is voor het verwijderen van borstprothesen maar u niet aan de criteria voor vergoeding uit de basisverzekering voldoet

Topfit en Superfit vergoeden plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis
- het vervangen van borstprothesen, als er een medische indicatie is voor het verwijderen van borstprothesen maar u niet aan de criteria voor vergoeding uit de basisverzekering voldoet

Hier kunt u terecht

Bij de plastisch chirurg, of andere medisch specialist⁵⁴ die plastische chirurgie doet. Die moet werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc⁵⁵).

Soms moet de zorgverlener zelf ook voldoen aan voorwaarden zoals beschreven in de Werkwijzer plastische chirurgie⁵⁶. In geval van zorg bij genderincongruentie, moet bijvoorbeeld sprake zijn van een multidisciplinair genderteam.

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de zorg uit de basisverzekering niet helemaal. Voor die zorg gelden onze maximale vergoedingen. Voor zorg uit de aanvullende verzekering vergoeden wij maximaal de marktconforme prijs.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen⁵⁷ in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

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

53. Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

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

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

56. Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard. De actuele versie vindt u op <https://vavolksgezondheid.nl/werkwijzers-vagzvav>

57. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

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

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde. Voor acute zorg⁵⁸ heeft u geen verwijzing nodig.

Meestal moet u vooraf toestemming van ons hebben

Voor behandelingen die op de 'limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg'⁵⁹ staan, moet u vooraf toestemming van ons hebben.

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

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc⁶⁰ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren.

Transgenderzorg is meer dan plastische chirurgie

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

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

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

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

WachtlIJst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlIJst is, kunt u onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook in andere situaties kunt u de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

• Vruchtbaarheidsbehandelingen

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

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Tot 43 jaar: • 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding Bij ivf 1e, 2e en 3e poging, uit vergoeding lvf
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Extra pogingen ivf (tot 43 jaar), uit vergoeding lvf

Dit krijgt u vergoed

Voldoet u aan de volgende 2 voorwaarden?

1. u bent als vrouw jonger dan 43 jaar, en
2. u heeft een kinderwens, maar zwanger worden lukt al langere tijd niet door een medische oorzaak

Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering:

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

Voor lvf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders.

Hier kunt u terecht

U kunt naar een medisch specialist in:

- het ziekenhuis
- een zelfstandig behandelcentrum⁶¹ (vruchtbaarheidskliniek)

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

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

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen⁶² in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

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

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een verwijzing hebben**

Voordat u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of een andere medisch specialist⁶³.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

We kijken naar de kans op zwangerschap

De leeftijd van de vrouw en de kwaliteit van het sperma zijn belangrijk voor de kans op zwangerschap. Uw gynaecoloog bepaalt een indicatie van die kans. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt vruchtbaarheidsbehandelingen alleen als dat voor u zinnig is.

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

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

62. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

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

Donorsperma betaalt u zelf

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

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc⁶⁴ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in algemene regel 44.

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

• In-vitrofertilisatie (ivf)

Lukt het lange tijd niet om zwanger te worden? Dan kan uw huisarts u doorverwijzen naar de medisch specialist voor een vruchtbaarheidsbehandeling. Bijvoorbeeld voor ivf.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Tot 43 jaar, 3 pogingen: • 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding Na doorgaande zwangerschap opnieuw 3 pogingen
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Tot 43 jaar, extra pogingen

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de eerste 3 pogingen ivf of icsi⁶⁵, elke keer dat u zwanger wilt worden. U moet dan wel aan 3 voorwaarden voldoen:

1. u bent als vrouw jonger dan 43 jaar
2. u heeft een kinderwens, maar zwanger worden lukt al langere tijd niet door een medische oorzaak
3. uw medisch specialist vindt dat u ivf of icsi nodig heeft

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

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

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

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

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

65. Bij ivf vindt bevruchting buiten het lichaam plaats. Bij icsi wordt ook nog de zaadcel in de eicel geïnjecteerd

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

We spreken van een doorgaande zwangerschap als het embryo leeft:

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

Er gelden leeftijdsgrenzen

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

We kijken naar de kans op zwangerschap

De basis- en aanvullende verzekering vergoeden ivf en icsi alleen als dit in uw geval zinnig is. Dat betekent dat u een klinisch noodzakelijke medische indicatie heeft voor ivf of icsi. Dat is voor ivf bijvoorbeeld extreem slechte zaadkwaliteit (ook wel “extreme OAT” genoemd), een vastgestelde ondoorgankelijkheid van de eileiders of onbegrepen subfertiliteit waarbij 6-9 pogingen iui geen zwangerschap hebben opgeleverd. Ook geldt voor Superfit dat die de extra pogingen ivf of icsi alleen vergoedt als de basisverzekering de eerste 3 pogingen heeft vergoed.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- Zelfstandig behandelcentrum⁶⁶ (vruchtbaarheidskliniek)

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de zorg uit de basisverzekering niet helemaal. Voor die zorg gelden onze maximale vergoedingen. Voor zorg uit de aanvullende verzekering vergoeden wij maximaal de marktconforme prijs.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen⁶⁷ in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

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

Andere vergoedingen

- Vruchtbaarheidsbehandelingen

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

67. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de 1e, 2e en 3e poging ivf of icsi. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of een andere medisch specialist⁶⁸.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Wilt u voor ivf of icsi naar het buitenland? Een deel van de ivf- of icsi-behandeling vindt plaats tijdens dagopname⁶⁹. Daarom moet u ons vooraf toestemming vragen.

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Let op bij zorg in het buitenland

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

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

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

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc⁷⁰ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren.

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

69. U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

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

• Erfelijkheidsonderzoek

Wilt u weten of u een (kans op een) erfelijke ziekte of aandoening heeft, en of u die kunt doorgeven? Dan kunt u erfelijkheidsonderzoek laten doen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt erfelijkheidsonderzoek en -advies. Dat 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, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Advisering kan dan ook aan hen plaatsvinden.

Hier kunt u terecht

- klinisch-genetisch centrum (centrum voor erfelijkheidsonderzoek) van een ziekenhuis

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen⁷¹ in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- onderzoek om ouderschap vast te stellen

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

71. Hiermee bedoelen wij deze [ziekenhuizen](#) en hun poliklinieken

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een verwijzing hebben**

Voordat u naar het klinisch-genetisch centrum gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist⁷².

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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.

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

• Orgaantransplantatie en -donatie

Heeft u een nieuw orgaan of weefsel nodig? Dan komt u soms in aanmerking voor een transplantatie. Ook kunt u zelf donor zijn om iemand anders te helpen. Bijvoorbeeld door een nier af te staan.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, anders beperkte vergoeding Ook de meeste zorg voor de donor
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

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

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

Heeft uw donor zelf geen basisverzekering (bij ons of een andere zorgverzekeraar)? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook:

- openbaar vervoer (2e klas) binnen Nederland van en naar alle hierboven genoemde zorg voor uw donor. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto
- vervoer van uw donor naar Nederland en terug, als uw donor in het buitenland woont, maar de transplantatie van nier, beenmerg of lever gebeurt in Nederland
- overige kosten die verband houden met de transplantatie en die uw donor maakt doordat die in het buitenland woont

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

- uw kosten van openbaar vervoer (2e klas) van en naar alle hierboven genoemde zorg. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto
- uw vervoer naar Nederland en terug, als u in het buitenland woont, maar de transplantatie van uw nier, beenmerg of lever gebeurt in Nederland

- uw overige kosten die verband houden met de transplantatie, die u maakt doordat u in het buitenland woont
- zorg die u nodig heeft na de 13 weken na ontslag uit het ziekenhuis (of een half jaar als het gaat om een levertransplantatie) volgens de geldende vergoedingen

Hier kunt u terecht

Weefsels en organen worden getransplanteerd in een ziekenhuis in:

- Nederland
- ander EU- of EER-land⁷³
- 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

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen⁷⁴ in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- als u zelf donor bent en in het buitenland woont: uw verblijfskosten in Nederland en inkomsten die u misloopt
- als uw donor in het buitenland woont en u bent ontvanger: de verblijfskosten in Nederland van uw donor en inkomsten die uw donor misloopt

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

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

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

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

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

Als u een orgaan ontvangt, bent u al in behandeling. Als u zelf donor wordt, dan is een voorschrift of verwijzing niet nodig.

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

74. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

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

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

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Als donor kunt u sommige onkosten vergoed krijgen

Er is een subsidieregeling als u zelf donor bent. De Nederlandse Transplantatiestichting voert deze regeling uit en kan u hier meer over vertellen.

• Dialyse

Uw nieren halen afvalstoffen uit uw bloed en regelen het vocht in uw lichaam. Als uw nieren niet meer goed werken, is soms een behandeling nodig om die functie over te nemen. Die behandeling heet dialyse.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding In een instelling of bij u thuis
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

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

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

Er zijn 2 vormen van dialyse:

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

U krijgt die zorg in een ziekenhuis of dialysecentrum. Maar vaak kan het ook thuis.

Als u de dialyse thuis doet, krijgt u ondersteuning van het ziekenhuis of het dialysecentrum waar u behandeld wordt. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze ondersteuning. U kunt denken aan:

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

Deze ondersteuning is onderdeel van de begeleiding vanuit het ziekenhuis of dialysecentrum. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze ondersteuning dan ook als medisch-specialistische zorg. U kunt daarvoor geen beroep doen op de vergoeding Verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- dialysecentrum

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen⁷⁵ in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Andere vergoedingen

Bij thuisdialyse kunt u ook andere kosten vergoed krijgen. Daarvoor geldt de vergoeding Met thuisdialyse samenhangende kosten.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U bent al onder behandeling bij een medisch specialist. Voor de dialyse zelf is geen voorschrift of verwijzing nodig.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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 verblijf in het buitenland

Wilt u op vakantie naar het buitenland? Of moet u daar werken? Onze ZorgConsulent kan u meer vertellen over de (vergoedings)mogelijkheden. Ook de Nierpatiënten Vereniging Nederland kan u adviseren.

75. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

• Mechanische beademing

Soms kunt u niet meer zelfstandig (voldoende) ademen. Een beademingsapparaat kan dan uw ademhaling van u overnemen. Dit heet mechanische beademing.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zorgverleners, anders beperkte vergoeding In een instelling of bij u thuis
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt mechanische beademing.

U krijgt die eigenlijk altijd in het ziekenhuis, meestal tijdelijk. Heeft u langere tijd, of zelfs voor altijd beademing nodig? Dan gaat u daarvoor soms naar een verpleeghuis. Maar als uw medische situatie dat toelaat, kunt u de beademing thuis krijgen. Met hulp van een centrum voor thuisbeademing.

Bij beademing thuis vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering:

- beschikbaar stellen van de beademingsapparatuur en het instellen ervan
- begeleiding van u, en uw familie of mantelzorgers bij het leren om met de mechanische beademing om te gaan
- medisch-specialistische en verpleegkundige zorg die u nodig heeft
- geneesmiddelen die u bij de beademing nodig heeft

Dit krijgt u allemaal van het centrum voor thuisbeademing. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dit dan ook als medisch-specialistische zorg. U kunt daarvoor geen beroep doen op de vergoeding Verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

Daarnaast krijgt u een vergoeding voor uw extra stroomkosten. Die is € 0,06 per uur dat u de beademing nodig heeft (€ 1,44 per dag, bij een gebruik van 24 uur).

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis of revalidatiecentrum
- verpleeghuis
- centrum voor thuisbeademing

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen⁷⁶ in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U bent al onder behandeling bij een medisch specialist. Voor de mechanische beademing zelf is geen voorschrift of verwijzing nodig.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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.

76. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

• Voorwaardelijk toegelaten zorg

Meedoen aan onderzoek naar nieuwe behandelingen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% als u meedoet aan het onderzoek
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

Soms lijkt een behandeling, geneesmiddel of hulpmiddel veelbelovend voor een bepaalde groep patiënten. Maar is nog niet genoeg onderzoek gedaan om dit met zekerheid te kunnen zeggen. Dan vergoedt de basisverzekering de zorg (nog) niet. Om het onderzoek naar de effectiviteit van de zorg mogelijk te maken, kan de overheid die, voor een bepaalde periode, toch toevoegen aan het basispakket. We noemen dat 'voorwaardelijk toegelaten zorg'.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de voorwaardelijk toegelaten zorg als u één van de patiënten bent voor wie de behandeling, het geneesmiddel of hulpmiddel zou kunnen werken. U moet wel meedoen met het wetenschappelijk onderzoek.

Welke zorg, en hoe, waar en in welke periode u de zorg kunt krijgen, staat uitgelegd in het document voorwaardelijke toelating tot het basispakket. Elke 3 maanden kan de minister nieuwe behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen toelaten. Daarom kan het document in de loop van het jaar worden aangepast.

Hier kunt u terecht

Dat leest u in het document voorwaardelijke toelating tot het basispakket.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor deze zorg moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, medisch specialist⁷⁷, jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Niet bij alle ziekenhuizen of zorgverleners krijgt u vergoeding

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

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

• Second opinion

Twijfelt u of een ingrijpende behandeling wel nodig is? Of over de diagnose van uw arts? Dan kunt u een second opinion laten doen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%, soms beperkte vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

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

1. het gaat om zorg die onder de Vrije Keuze Basisverzekering valt, zoals zorg van de medisch specialist. Of dat zo is, staat in de vergoedingen. Daar staat ook of onze maximale vergoedingen gelden bij niet-gecontracteerde zorg
2. de diagnostiek of voorgestelde behandeling waar de second opinion over gaat, valt ook onder de Vrije Keuze Basisverzekering
3. de arts die de second opinion doet, werkt in hetzelfde vakgebied als uw eigen zorgverlener
4. u heeft een verwijzing van een arts. Dit kan uw eigen zorgverlener zijn, of uw huisarts
5. u gaat met de second opinion terug naar uw eigen zorgverlener

De arts⁷⁸ die de second opinion doet, geeft alleen de eigen mening en neemt de behandeling dus niet over. Het is daarom belangrijk om uw wens voor een second opinion eerst te bespreken met uw eigen zorgverlener.

Hier kunt u terecht

- arts die werkt in hetzelfde vakgebied als uw eigen zorgverlener

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg vaak niet helemaal. De maximale bedragen staan in onze vergoedingen. Gaat u bijvoorbeeld voor een second opinion naar de medisch specialist? Kijk dan in de vergoeding Medisch specialist, onder 'Zorgverlener zonder contract'.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke Nederlandse zorgverleners we een contract hebben.

78. Met arts bedoelen wij in deze vergoeding ook een tandarts

Dit wordt niet vergoed

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

Andere vergoedingen

Voor een 'second opinion' over Verpleging en verzorging in de eigen omgeving geldt die vergoeding.

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor een second opinion over zorg door een huisarts of over verloskundige zorg geldt geen eigen risico.

Voor een second opinion over andere zorg geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een verwijzing hebben**

Voordat u de second opinion krijgt, moet u een verwijzing hebben van een arts. Dit kan uw eigen zorgverlener zijn als dat een arts is. Anders moet u langs uw huisarts voor een verwijzing.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die uw eigen zorgverlener normaal gesproken verleent.

De ZorgConsulent helpt u

Informatie en advies over een second opinion kunt u ook altijd vragen aan onze ZorgConsulent.

• Verblijf in een logeerhuis

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

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

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

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

Voor het verblijf betaalt u een bedrag per dag. We noemen dat hierna logeerkosten. Het logeerhuis noemt het bedrag soms 'eigen bijdrage'. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze kosten niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

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

1. Ziekenhuisbehandeling van een kind onder de 18 jaar

Wordt uw kind behandeld of opgenomen in het ziekenhuis? De aanvullende verzekering Benfit en hoger en OntzorgPlus van het kind vergoedt de logeerkosten van de ouder, als die ook zo'n verzekering bij ons heeft. Benfit en Optifit vergoeden maximaal € 12,50 per dag, tot maximaal € 260 per kalenderjaar.

Topfit en Superfit vergoeden de logeerkosten volledig. OntzorgPlus vergoedt de logeerkosten volledig

als uw kind wordt opgenomen binnen 1 jaar na een ernstig ongeval of vaststelling van een ernstige aandoening.

2. Ziekenhuisopname vanaf 18 jaar

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

3. Na transplantatie of behandeling van kanker

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

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

Hier kunt u terecht

- logeerafdeling of logeerhuis van het ziekenhuis
- Ronald McDonald Huis

Andere vergoedingen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt logeren ook in plaats van:

- Ziekenvervoer
- Ziekenhuisopname

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

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

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

Met OntzorgPlus moet u contact met ons opnemen

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Het ziekenhuis weet wat de mogelijkheden zijn

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

OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding.

• Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder

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

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

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

Hier kunt u terecht

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

Andere vergoedingen

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

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor kinderopvang bij ziekenhuisopname betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor kinderopvang bij ziekenhuisopname geldt geen eigen risico.

Dit moet u zelf doen

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Heeft u nog geen opvang? De ZorgConsulent helpt u verder

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

• Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

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

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

Wordt u in het ziekenhuis opgenomen? Dan geldt de vergoeding Ziekenhuisopname. In veel ziekenhuizen kunt u gebruik maken van extra voorzieningen of service om uw ziekenhuisopname iets aangenamer te maken. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt die extra's niet.

Heeft u de aanvullende verzekering Superfit of Zorgplan?

De aanvullende verzekeringen Superfit en Zorgplan vergoeden de 4 voorzieningen die hieronder staan. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor al die voorzieningen samen. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Het moet gaan om een ziekenhuisopname in Nederland, België of Duitsland die noodzakelijk is voor onderzoek of behandeling door de Medisch specialist.

Wij vergoeden:

1. een eenpersoonskamer die u op eigen verzoek krijgt in plaats van een meerpersoonskamer. Het ziekenhuis besluit op basis van eigen beleid of de kamer voor u beschikbaar is. Wij kunnen daar geen garanties in geven
2. het luxepakket dat het ziekenhuis aanbiedt. Dat kan zijn voor:
 - bellen met een toestel op uw kamer, binnen Nederland, België of Duitsland
 - koelkast, gevuld met frisdrank
 - krant of tijdschrift
 - koffie en thee voor uw bezoek
 - luxe maaltijden of een extra snack
 - gebruik televisie en internet
 - gebruik van hulpmiddelen, bijvoorbeeld een bedleesbril

- kluisje voor waardevolle spullen

Wij vergoeden ook kosten van aanvullend comfort als dat niet in een luxepakket wordt aangeboden in het ziekenhuis. Bijvoorbeeld als u een extra snack of drankje kunt kopen in een shop die in het ziekenhuis gevestigd is.

3. een extra bed op de kamer of extra maaltijd als uw partner tijdens uw opname bij u kan verblijven. Woont u meer dan 50 kilometer van het ziekenhuis waar u bent opgenomen? Dan kan uw partner tijdens uw opname ook in de buurt van het ziekenhuis overnachten in een (betaalde) overnachtingsmogelijkheid. Wij vergoeden de overnachting tot maximaal € 100 per nacht
4. een bedrag voor parkeerkosten van uzelf of uw bezoek. Bij een opname van maximaal 5 dagen is dit bedrag € 100. Bij een opname van 6 dagen of langer is dit bedrag € 200

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc⁷⁹) in Nederland, België of Duitsland
- als u buiten Nederland, België of Duitsland woont: een ziekenhuis in ieder land

Dit wordt niet vergoed

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

Andere vergoedingen

- Assistentie en service voor uw ziekenhuisopname en na ontslag

OntzorgPlus biedt soms ondersteuning thuis bij een spoedopname.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

De eenpersoonskamer regelt u zelf

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

Bel ons. Wij kunnen het comfort voor u regelen

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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

Ziekenhuisopname in het buitenland?

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

- **Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na**

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

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

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

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

Heeft u de aanvullende verzekering Superfit of Zorgplan?

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

Opname in Nederland

Bij opname in een Nederlands ziekenhuis vergoeden wij:

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

Als u met spoed wordt opgenomen, dan zijn de eerste 3 van bovenstaande punten niet mogelijk.
2. vervoer van en naar het ziekenhuis bij een dagopname⁸⁰ en bij opname en ontslag. Wij vergoeden het vervoer binnen Nederland per taxi of openbaar vervoer volledig. Gaat u liever met uw eigen auto of kan familie u brengen? Dan vergoeden wij € 0,27 per km
3. aansluitend op uw ontslag uit het ziekenhuis: maximaal 2 overnachtingen voor uzelf in een logeerkamer, zorghotel of andere (betaalde) overnachtingsmogelijkheid bij het ziekenhuis, tot maximaal € 100 per nacht. Zo kunt u een extra dag herstellen in de buurt van het ziekenhuis, zonder dat de arts dit voorschrijft. Bijvoorbeeld als u het gevoel heeft dat het ontslag wat vroeg komt. Moet u vóór 10 uur 's ochtends in het ziekenhuis aanwezig zijn? En woont u er meer dan 50 kilometer vandaan? Dan kunt u er ook voor kiezen om 1 overnachting voorafgaand aan de ziekenhuisopname te gebruiken
4. aanvullende zorg en dienstverlening door de ZorgConsulent bij ontslag uit het ziekenhuis. Bijvoorbeeld:
 - maaltijdservice
 - regelen van hulpmiddelen die u thuis nodig heeft voor een goed herstel
 - regelen van ondersteuning in het huishouden of kinderopvang
 - regelen van vervangende mantelzorg
5. de volgende hulp bij vragen over uw behandeling, de nazorg of het herstel:

a. uitgebreid telefonisch consult bij een medisch specialist

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

b. begeleiding artsgesprek

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

Opname in België of Duitsland?

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

⁸⁰. U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

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

Andere vergoedingen

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

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Vervoer regelt u zo

U laat de Zorgassistent uw vervoer regelen. Of u doet het zelf via taxicentrale Transvision. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer +31 (0)900 333 33 30. Na de telefonische intake met Transvision kunt u ook online ritten boeken via hun reserveringstool.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

We gaan voor autovervoer uit van de optimale route

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

Opname buiten Nederland, België of Duitsland?

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

• Verpleging en verzorging

• Verpleging en verzorging in de eigen omgeving

Heeft u in de eigen omgeving hulp nodig, bijvoorbeeld om een wond te verzorgen of u te helpen opstaan, wassen en aankleden? Dan kan verpleging en verzorging (wijkverpleging) een oplossing zijn.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt verpleging en verzorging in de eigen omgeving als u geneeskundige zorg nodig heeft of daar een grote kans op is. Uw eigen omgeving is meestal thuis maar kan ook tijdelijk ergens anders zijn, bijvoorbeeld bij familie waar u logeert of op vakantie.

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

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

Een hbo-gediplomeerd verpleegkundige moet een indicatie stellen: een beoordeling welke zorg u nodig heeft, hoe vaak en hoe lang. Die doet dat in uw eigen omgeving. Meestal is dat bij u thuis. U bent daar zelf bij. Daarbij beoordeelt de verpleegkundige:

- wat u zelf kunt doen of leren of waar uw partner of mantelzorger u mee kan en wil helpen
- welke hulp u nodig heeft van de gemeente
- welke andere zorg nog nodig is, zoals een hulpmiddel of bijvoorbeeld fysiotherapie

De verpleegkundige zet samen met u de belangrijkste afspraken in een zorgplan.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de indicatiestelling en de geïndiceerde verpleging en verzorging op basis van het zorgplan.

Bij zorg voor kinderen, bij dementie en in de laatste levensfase gelden ook de volgende voorwaarden.

Verpleging en verzorging voor kinderen jonger dan 18 jaar

- een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige⁸¹ of verpleegkundig specialist kindergeneeskunde⁸² stelt de indicatie
- als uw kind naar een verpleegkundig kinderdagopvang of verpleegkundig kindersorghuis gaat, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering het verblijf en de zorg daar. Maar alleen als uw kind continu toezicht nodig heeft, of als er dag en nacht verpleegkundige zorg in de buurt beschikbaar moet zijn

Casemanagement bij dementie

- als u met (een vermoeden van) dementie verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, dan is er vaak ook iemand nodig die dat coördineert. En die u en uw omgeving begeleidt en ondersteunt in het leven met dementie. Dat doet een casemanager. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt of casemanagement nodig is

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

- de verpleegkundige heeft samen met de huisarts (of medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten) vastgesteld dat intensieve(re) zorg voor u nodig is omdat de laatste levensfase is aangebroken
- een verpleegkundige stelt vast welke zorg nodig is. De zorg is bedoeld om de kwaliteit van uw leven in deze periode zo goed mogelijk te houden en om uw naasten te ondersteunen
- de verpleegkundige legt de zorginzet en de conclusies van het overleg met de arts over het aanbreken van de laatste levensfase vast in uw zorgdossier
- u krijgt de zorg thuis, in een hospice of bijna-thuis-huis
- de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt waken alleen als dat om verpleegkundige redenen nodig is

Hier kunt u terecht

- voor de indicatiestelling: een hbo-gediplomeerd verpleegkundige, hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige⁸³ of verpleegkundig specialist kindergeneeskunde⁸⁴ die is aangesloten bij een netwerk⁸⁵ dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert
- voor de zorg: een verpleegkundige of verzorgende individuele gezondheidszorg
- voor zorg aan een kind jonger dan 18 jaar: ook een kinderverpleegkundige

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke Nederlandse zorgverleners we een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- zorg door een helpende (opleidingsniveau 2) als uw zorgverlener geen contract met ons heeft
- zorg die de gemeente regelt, zoals huishoudelijke hulp (let op, want die zorg staat vaak wél in uw zorgplan)
- verpleging en verzorging als u een indicatie heeft voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz): het zorgkantoor is dan uw aanspreekpunt

81. Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

82. Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

83. Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

84. Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

85. Bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, verpleegkundig platform of samenwerking van thuiszorgorganisaties

Andere vergoedingen

- Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb), als u verpleging en verzorging zelf wilt regelen
- Eerstelijns verblijf, als u tijdelijk opgenomen moet worden, maar niet in een ziekenhuis
- Zwangerschap en bevalling, voor (verpleegkundige) zorg rond uw bevalling
- voor verpleegkundige zorg bij medisch-specialistische zorg thuis, zoals Dialyse of Mechanische beademing: die vergoedingen
- Ziekenvervoer, bijvoorbeeld voor kinderen met een lichamelijke handicap

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U moet een indicatie laten stellen

- indicatiestelling van een hbo-gediplomeerd verpleegkundige
- bij zorg in de laatste levensfase: de hbo-gediplomeerd verpleegkundige en de huisarts hebben samen vastgesteld dat intensievere zorg nodig is omdat de laatste levensfase is aangebroken. Dit moet de verpleegkundige in het zorgdossier vastleggen

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

U moet voor deze zorg vooraf toestemming van ons hebben:

- als uw zorgverlener geen contract met ons heeft
- als u uw zorgbehoefte opnieuw wilt laten beoordelen

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals zorg die uw gemeente regelt.

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 in verband met de geneeskundige zorg die u nodig heeft. Of als u een verhoogd risico heeft om die zorg nodig te hebben. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden

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

Zorg regelen? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

• Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

Wilt u verpleging en verzorging in uw eigen omgeving liever zelf regelen? Dat kan met een persoonsgebonden budget.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%, volgens reglement Zvw-pgb
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

Als u recht heeft op Verpleging en verzorging in de eigen omgeving en u wilt zelf meer regie over uw zorg, dan kunt u een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aanvragen.

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

Een Zvw-pgb vraagt dus het nodige van u. Kunt u zelf niet aan alle regels voldoen? Iemand anders mag dat ook namens u doen. Maar u mag geen gebruik maken van een pgb-bureau of andere organisatie of persoon die tegen betaling uw Zvw-pgb beheert.

De precieze voorwaarden staan in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2026.

U vraagt een Zvw-pgb aan met het aanvraagformulier. Het 'verpleegkundige deel' (deel 1) van het formulier moet door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige worden ingevuld. Of door een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige⁸⁶ of verpleegkundig specialist kindergeneeskunde⁸⁷, als het gaat om zorg voor iemand onder de 18 jaar. Het 'verzekerden deel' (deel 2) moet u zelf invullen. Hierin geeft u aan met welke zorgverleners u de zorg gaat organiseren.

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

Wij streven ernaar om binnen 6 weken te beslissen. Als uw aanvraag akkoord is, krijgt u van ons een toestemmingsbrief. Daarin staat hoeveel uren zorg u maximaal vergoed krijgt. Met de brief kunt u contracten gaan sluiten met zorgverleners.

Hier kunt u terecht

Dat leest u in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2026.

86. Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

87. Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

Dit wordt niet vergoed

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

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U moet een indicatie laten stellen

- indicatiestelling van een hbo-gediplomeerd verpleegkundige
- bij zorg in de laatste levensfase: de hbo-gediplomeerd verpleegkundige en de huisarts hebben samen vastgesteld dat intensievere zorg nodig is omdat de laatste levensfase is aangebroken. Dit moet de verpleegkundige in het zorgdossier vastleggen

Een Zvw-pgb moet u bij ons aanvragen

U vraagt ons vooraf toestemming met het aanvraagformulier. Als we die goedkeuren, krijgt u een toestemmingsbrief.

U bent er zelf verantwoordelijk voor dat u goede zorg krijgt

Lees daarom vooraf het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2026 goed door. Daarin staat waar u allemaal aan moet denken. Meer informatie vindt u ook op www.pgb.nl.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Soms moet u het declaratieformulier Zvw-pgb gebruiken

U gebruikt dit formulier om rekeningen van informele zorgverleners te declareren, of rekeningen van formele zorgverleners met een AGB-code die begint met 91. Rekeningen van andere formele zorgverleners kunt u zonder dat formulier declareren. Meer daarover leest u in het reglement Zvw-pgb.

• Eerstelijns verblijf

Heeft u tijdelijk meer zorg nodig dan thuis mogelijk is, maar hoeft u daarvoor niet naar het ziekenhuis? Dan kan uw huisarts u tijdelijk laten opnemen voor eerstelijns verblijf.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt eerstelijns verblijf als:

- u door de zorg die u nodig heeft tijdelijk niet thuis kunt wonen, als u zorg in de laatste levensfase nodig heeft, of als uw medische situatie extra in de gaten gehouden moet worden, en
- opname in het ziekenhuis niet (meer) nodig is, en
- de verwachting is dat u wel weer naar huis kunt (niet bij zorg in de laatste levensfase)

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

Tijdens uw opname krijgt u huisartsenzorg. Als dat volgens uw zorgplan nodig is, krijgt u ook:

- verpleging en verzorging
- Paramedische zorg⁸⁸
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die standaard aanwezig zijn in de instelling waar u verblijft

Heeft u de aanvullende verzekering Topfit, Superfit of Zorgplan?

Soms biedt de instelling waar u verblijft extra faciliteiten aan. De aanvullende verzekering Topfit vergoedt hiervoor maximaal € 50 per dag. Superfit en Zorgplan vergoeden de extra faciliteiten volledig. De extra faciliteiten moeten wel te maken hebben met uw verblijf. Dan gaat het om bijvoorbeeld meer keuze bij

88. Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Wij vergoeden (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (zoals kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).

Hier kunt u terecht

- instelling voor eerstelijns verblijf
- speciale afdeling voor eerstelijns verblijf in een verpleeghuis
- 'huisartsenbedden' in een ziekenhuis

Er is in ieder geval 24 uur per dag een verpleegkundige⁸⁹ dichtbij beschikbaar.

Dit wordt niet vergoed

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

Andere vergoedingen

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

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

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

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eerstelijns verblijf en de meeste zorg die u daarbij krijgt, valt onder uw eigen risico. Alleen de zorg door de huisarts en de extra faciliteiten vallen niet onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft een indicatie nodig

Die indicatie krijgt u van uw huisarts of medisch specialist.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Als u langer dan 3 maanden eerstelijns verblijf nodig heeft, moet u ons toestemming vragen. Dat doet u voordat de 3e maand om is. Duurt het verblijf korter dan 3 maanden? Of gaat het om verblijf in de laatste levensfase (palliatieve zorg)? Dan heeft u geen toestemming nodig.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

⁸⁹. Deze moet minimaal hbo-gediplomeerd zijn

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Dagen dat u buiten het ziekenhuis bent voor vakantie- of weekendverlof tellen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

• Vervangende mantelzorg

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

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent
Optifit	€ 2.000 Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent
Topfit	€ 3.000 Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent
Superfit	€ 4.000 Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent
OntzorgPlus	2 weken, bij spoedopname na ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening Max. per ernstig ongeval of ernstige aandoening

Dit krijgt u vergoed

Mantelzorg is onbetaalde, vaak langdurige zorg voor een partner, familielid of vriend(in) met een ziekte of beperking. Bent u mantelzorger, maar moet u er langere tijd tussenuit? Bijvoorbeeld door vakantie of ziekte? Of heeft u een extra adempauze nodig? Dan kunt u vervangende mantelzorg krijgen. Dat kan ook als u mantelzorg krijgt, maar uw mantelzorger langere tijd niet voor u kan zorgen.

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

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden vervangende mantelzorg:

- als de gemeente geen vervangende mantelzorg kan bieden, en
- als de mantelzorger 3 maanden of langer minimaal 8 uur per week mantelzorg heeft gegeven, en
- onze ZorgConsulent de vervangende mantelzorg regelt.

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

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

Dit wordt niet vergoed

- vervangende mantelzorg als u een Wlz-pgb heeft

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**Vraag de vervangende mantelzorg op tijd aan bij de ZorgConsulent**

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

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

De ondersteuning door de gemeente gaat voor

U moet eerst bij de gemeente vragen of die u kan helpen. Onze aanvullende verzekeringen vergoeden de vervangende mantelzorg niet als de gemeente u wel kan helpen, maar u vindt die hulp niet voldoende. Dat staat in algemene regel 36.

De vervangende mantelzorger biedt geen medische zorg

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

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

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

• Hulp bij mantelzorg

Omdat u als mantelzorger veel moet regelen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

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

Een mantelzorgondersteuner kan u helpen om in balans te blijven. De ondersteuner biedt een luisterend oor, en helpt u bijvoorbeeld om grenzen te stellen, of uw sociale netwerk (weer) uit te breiden. Of bij het combineren van mantelzorg en werk.

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

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt geen mantelzorgondersteuning.

Hulp bij mantelzorg via de gemeente

Via de gemeente kunt u vormen van mantelzorgondersteuning krijgen. De precieze vorm van ondersteuning verschilt per gemeente. Daardoor kan het zijn dat uw gemeente andere vormen van mantelzorgondersteuning heeft.

Hulp bij mantelzorg in de aanvullende verzekering

Biedt uw gemeente geen mantelzorgondersteuning of mantelzorgmakelaar? En heeft u zelf 3 maanden of langer minimaal 8 uur per week mantelzorg gegeven? Dan kunt u met een aanvullende verzekering Startfit of hoger mantelzorgondersteuning krijgen van onze ZorgConsulent. Zij zijn opgeleid tot mantelzorgondersteuner en kunnen de ondersteuning combineren met hun kennis van de gezondheidszorg. Zo kunnen zij ook met u meedenken over zorg en vergoedingen.

Heeft u de aanvullende verzekering Optifit of hoger? Die vergoeden ook de mantelzorgmakelaar die de ZorgConsulent voor u regelt. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat bovenaan deze vergoeding. Deze vergoeding geldt niet als u mantelzorg krijgt.

Hier kunt u terecht

- de ZorgConsulent voor mantelzorgondersteuning
- een mantelzorgmakelaar die in het register zelfstandige mantelzorgmakelaars van BMZM⁹⁰ staat, via de ZorgConsulent

Andere vergoedingen

- Vervangende mantelzorg

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**Neem altijd contact op met de ZorgConsulent**

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

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En dat de ondersteuning door de gemeente voor gaat op de vergoeding van onze aanvullende verzekering. U moet dus eerst bij de gemeente vragen of die u kan helpen.

90. Beroepsvereniging van Mantelzorgmakelaars

• Huishoudelijke hulp

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

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

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

Heeft u een aanvullende verzekering?

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

- deze aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal 4 dagen, en
- u ouder bent dan 18 jaar
- de gemeente uw aanvraag voor ondersteuning thuis heeft afgewezen
- de ZorgConsulent de huishoudelijke hulp regelt

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

De aanvullende verzekeringen Superfit en OntzorgPlus vergoeden (ook) huishoudelijke hulp direct na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening:

- in de 1e week vanaf uw 1e opnamedag in het ziekenhuis, of
- in de 1e week vanaf uw ontslag uit het ziekenhuis

Ook dan moet de gemeente uw aanvraag voor ondersteuning thuis afgewezen hebben en moet de ZorgConsulent de huishoudelijke hulp regelen.

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U moet de huishoudelijke hulp aanvragen bij de ZorgConsulent**

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

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En dat de ondersteuning door de gemeente voor gaat op de vergoeding van onze aanvullende verzekering. U moet dus eerst bij de gemeente vragen of die u kan helpen.

Wij vergoeden geen eigen bijdragen

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

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

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

• Hospice

De laatste levensfase doorbrengen in een huiselijke omgeving.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Volgens vergoeding Verpleging en verzorging in de eigen omgeving of Eerstelijns verblijf
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 25 per dag voor eigen betaling
Topfit	€ 50 per dag voor eigen betaling
Superfit	100% van eigen betaling
Zorgplan	100% van eigen betaling

Dit krijgt u vergoed

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

Krijgt u Verpleging en verzorging in de eigen omgeving of Eerstelijns verblijf in het hospice? Dan leest u in die vergoedingen wat de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt. Soms vergoeden de Wlz⁹¹ en de Wmo⁹² het verblijf in een hospice. Het hospice kan u vertellen hoe dit in uw geval zit. Onze ZorgConsulent kan u ook verder helpen.

U betaalt bijna altijd ook zelf een bedrag aan het hospice, voor bijvoorbeeld de maaltijden die u er krijgt. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze kosten niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger en Zorgplan vergoeden deze eigen betaling aan het hospice wel. Ook vergoeden zij extra faciliteiten die u bij sommige hospices kunt 'bijbestellen'. Bijvoorbeeld een extra bed en maaltijden voor uw partner. Of extra koffie, thee of fruit op uw kamer. Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per dag. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Superfit en Zorgplan vergoeden de eigen betaling volledig.

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

Hier kunt u terecht

- hospice of bijna-thuis-huis

91. Wet langdurige zorg

92. Wet maatschappelijke ondersteuning

Elk hospice heeft een eigen zorgaanbod. Soms gaat het alleen om eenvoudige zorg. Maar er zijn ook hospices die complexe zorg geven. Het Netwerk Palliatieve zorg weet welke hospices er in uw omgeving zijn en wat de mogelijkheden zijn.

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

Voor een hospice betaalt u ons geen eigen bijdrage. Wel geldt soms een eigen bijdrage vanuit de Wlz of Wmo.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

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

De indicatie moet met de declaratie worden meegestuurd.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Bewegen

• Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen of door uw houding? Een fysio- of oefentherapeut kan vaststellen wat er aan de hand is en u behandelen of begeleiden bij uw herstel.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	- volgens lijst chronische fysiotherapie: 100% - voor andere indicaties: max. 18 behandelingen
Startfit	10 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Benfit	16 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Optifit	30 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Topfit	50 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Superfit	100%, max. 18 behandelingen manuele therapie 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt fysio- en oefentherapie als u jonger bent dan 18 jaar:

- bij behandeling van een aandoening op de lijst chronische fysiotherapie. Soms geldt wel een maximale behandeltermijn
- bij behandeling van een aandoening die niet op deze lijst staat: per indicatie maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. En nog eens 9 als u wel verbetering merkt maar nog niet van uw klachten af bent

Heeft u een aanvullende verzekering?

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

U moet de fysio- of oefentherapie wel nodig hebben om medische redenen, en dus niet om bijvoorbeeld beter te kunnen sporten.

Hier kunt u terecht

- Fysiotherapeut⁹³
- Kinderfysiotherapeut⁹⁴ of kinderoefentherapeut⁹⁵
- Manueel therapeut⁹⁶
- Oefentherapeut Mensendieck of Cesar⁹⁷
- Bekkenfysiotherapeut⁹⁸ of bekkenoefentherapeut⁹⁹
- Oedeemfysiotherapeut¹⁰⁰
- Huidtherapeut¹⁰¹: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut¹⁰² of psychosomatisch oefentherapeut¹⁰³.

Let op! Uw therapeut moet een van de volgende kwaliteitsregistraties hebben:

- uw fysiotherapeut, manueel therapeut of fysiotherapeut voor kinder-, bekken-, oedeem-, geriatrische of psychosomatische fysiotherapie moet geregistreerd staan in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF
- uw oefentherapeut Mensendieck of Cesar of oefentherapeut voor kinder-, bekken-, geriatric- of psychosomatische oefentherapie moet kwaliteitgeregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici
- uw huidtherapeut moet kwaliteitgeregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici

Zorgverlener zonder contract

Krijgt u fysiotherapie uit de aanvullende verzekering? En kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Deze maximale vergoedingen gelden niet voor oefentherapie Cesar of Mensendieck.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke Nederlandse zorgverleners we een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- Zorg die u krijgt om een bepaald sportniveau te bereiken. Of sportprestaties te verbeteren. Om dat te beoordelen kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

93. Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

94. Deze moet geregistreerd staan als kinderfysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

95. Deze moet kwaliteitgeregistreerd staan als kinderoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici

96. Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

97. Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici

98. Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

99. Deze moet kwaliteitgeregistreerd staan als bekkenoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici

100. Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

101. Deze moet kwaliteitgeregistreerd staan als huidtherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici en een actieve agb-code hebben

102. Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

103. Deze moet kwaliteitgeregistreerd staan als psychosomatisch oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici

Andere vergoedingen

- Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar, behandelingen die u voor uw 18e verjaardag heeft gehad tellen wel mee voor het in die vergoeding genoemde maximum aantal behandelingen
- Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg voor behandeling door andere therapeuten zoals een chiropractor of osteopaat
- Preventief onderzoek voor sportmedisch onderzoek en begeleiding bij sportklachten

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Als u fysio- of oefentherapie krijgt op een andere locatie dan de praktijk van uw therapeut of bij u thuis (bijvoorbeeld op school) moet u vooraf toestemming van ons hebben. Wij geven alleen toestemming als daar een medische reden voor is.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals zorg die niet doeltreffend is. Om dat te beoordelen kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

• Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen of door uw houding? Een fysio- of oefentherapeut kan vaststellen wat er aan de hand is en u behandelen of begeleiden bij uw herstel.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Behandelingen: • Lijst chronische fysiotherapie: vanaf 21e • Etalagebenen: max. 37 in 12 maanden • Artrose heup of knie: max. 12 in 12 maanden • COPD • Urine-incontinentie: max. 9 • Reumatoïde artritis • Axiale spondyloartritis
Startfit	• 10 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie • 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Benfit	• 16 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie • 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Optifit	• 30 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie • 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Topfit	• 50 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie • 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Superfit	• 100%, max. 18 behandelingen manuele therapie • 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt fysio- en oefentherapie als u 18 jaar of ouder bent bij:

1. aandoeningen op de lijst chronische fysiotherapie
2. etalagebenen
3. artrose in heup of knie
4. COPD
5. urine-incontinentie
6. reumatoïde artritis

7. axiale spondyloartritis

We leggen dit verderop uit.

Heeft u lichte klachten bij bewegen of door uw houding? Of wilt u klachten voorkomen? Dan kunt u met de Fysiochecknu app ook zelf aan de slag. Doe de online fysio check en u krijgt een persoonlijk oefenprogramma in de app.

Heeft u een aanvullende verzekering?

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

U moet de fysio- of oefentherapie wel nodig hebben om medische redenen, en dus niet om bijvoorbeeld beter te kunnen sporten.

Meer uitleg over de Vrije Keuze Basisverzekering.

1. aandoeningen lijst chronische fysiotherapie

Heeft u behandeling nodig door een aandoening op de lijst chronische fysiotherapie? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering fysio- en oefentherapie vanaf de 21e behandeling. De eerste 20 behandelingen betaalt u dus zelf. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.

2. etalagebenen

Bij etalagebenen (vernauwde slagaderen in de benen) vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding (looptraining), vanaf de 1e behandeling. Maar alleen als een arts heeft vastgesteld dat u perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine¹⁰⁴ heeft. De basisverzekering vergoedt maximaal 37 behandelingen, in een periode van maximaal 12 maanden.

3. artrose in heup of knie

Bij artrose in heup of knie vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. De basisverzekering vergoedt maximaal 12 behandelingen, in een periode van maximaal 12 maanden.

4. COPD

Bij COPD vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. Maar alleen als een arts heeft vastgesteld dat u COPD in GOLD¹⁰⁵-stadium II of hoger heeft.

5. urine-incontinentie

Bij urine-incontinentie vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie, vanaf de 1e behandeling.

6. reumatoïde artritis

Bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling.

7. axiale spondyloartritis

Bij axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling.

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

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

Hier kunt u terecht

- Fysiotherapeut¹⁰⁶
- Manueel therapeut¹⁰⁷
- Oefentherapeut Mensendieck of Cesar¹⁰⁸
- Bekkenfysiotherapeut¹⁰⁹ of bekkenoefentherapeut¹¹⁰
- Geriatriefysiotherapeut¹¹¹ of geriatrie-oefentherapeut¹¹²
- Oedeemfysiotherapeut¹¹³
- Huidtherapeut¹¹⁴: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut¹¹⁵ of psychosomatisch oefentherapeut¹¹⁶.

Let op! Uw therapeut moet een van de volgende kwaliteitsregistraties hebben:

- uw fysiotherapeut, manueel therapeut of fysiotherapeut voor bekken-, oedeem-, geriatrische of psychosomatische fysiotherapie moet geregistreerd staan in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF
- uw oefentherapeut Mensendieck of Cesar of oefentherapeut voor bekken-, geriatrie- of psychosomatische oefentherapie moet kwaliteitgeregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici
- uw huidtherapeut moet kwaliteitgeregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici

Zorgverlener zonder contract

Krijgt u fysiotherapie uit de aanvullende verzekering? En kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Deze maximale vergoedingen gelden niet voor oefentherapie Cesar of Mensendieck.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke Nederlandse zorgverleners we een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- Zorg die u krijgt om een bepaald sportniveau te bereiken. Of sportprestaties te verbeteren. Om dat te beoordelen kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

106. Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

107. Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

108. Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici

109. Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

110. Deze moet kwaliteitgeregistreerd staan als bekkenoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici

111. Deze moet geregistreerd staan als geriatriefysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

112. Deze moet kwaliteitgeregistreerd staan als geriatrie-oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici

113. Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

114. Deze moet kwaliteitgeregistreerd staan als huidtherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici en een actieve agb-code hebben

115. Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

116. Deze moet kwaliteitgeregistreerd staan als psychosomatisch oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici

Andere vergoedingen

- Als u nog geen 18 jaar bent, geldt de vergoeding Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar. Behandelingen die u voor uw 18e verjaardag heeft gehad, tellen wel mee voor het hierboven genoemde maximum aantal behandelingen
- Komt u in aanmerking voor een valpreventieve beweeginterventie? Dan geldt die vergoeding
- Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg voor behandeling door andere therapeuten zoals een chiropractor of osteopaat
- Preventief onderzoek voor sportmedisch onderzoek en begeleiding bij sportklachten

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor fysiotherapie en oefentherapie die onder de basisverzekering valt. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Als u fysio- of oefentherapie krijgt op een andere locatie dan de praktijk van uw therapeut of bij u thuis (bijvoorbeeld op uw werk) moet u vooraf toestemming van ons hebben. Wij geven alleen toestemming als daar een medische reden voor is.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals zorg die niet doeltreffend is. Om dat te beoordelen kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

• Valpreventieve beweeginterventie

Hulp bij bewegen als u een valrisico heeft.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

Meestal biedt uw gemeente een valpreventief trainingsprogramma aan. Soms vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering een valpreventieve beweeginterventie. Dat is zo als:

- er bij u een hoog valrisico is vastgesteld in de valrisicotest, en
- een valrisicobeoordeling is gedaan onder verantwoordelijkheid van uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg, en
- uit die valrisicobeoordeling is gebleken dat u begeleiding nodig heeft zoals een fysiotherapeut of oefentherapeut die kan bieden, omdat u ook andere lichamelijke of psychische problemen heeft

Is gebleken dat u de valpreventieve beweeginterventie nodig heeft? Dan brengt uw behandelaar, een fysiotherapeut of oefentherapeut, tijdens een intake onder andere uw zorgvraag en doelen in kaart. Samen bepaalt u of een valpreventieve beweeginterventie iets voor u is.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt alleen door ons erkende valpreventieve beweeginterventies.

Heeft u een valpreventieve beweeginterventie gedaan en heeft u er nog een nodig? Dan vergoeden wij die alleen als de start ervan minimaal 12 maanden later is dan de start van de vorige interventie.

Hier kunt u terecht

- een fysiotherapeut¹¹⁷ of oefentherapeut Mensendieck of Cesar¹¹⁸ die bij de erkende valpreventieve beweeginterventies genoemd staat

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

117. Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

118. Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici

Het eigen risico

Voor de valpreventieve beweeginterventie geldt het eigen risico. Voor de valrisicotest en valrisicobeoordeling niet, als uw huisarts of POH ouderenzorg die doet. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een verwijzing hebben**

U moet een verwijzing hebben van uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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.

• Beweegprogramma's

Om zo fit mogelijk te blijven. Ook tijdens of na een intensieve behandeling.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 voor alle beweegprogramma's bij chronische ziekte, kanker en de gecombineerde leefstijlinterventie samen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 500 voor alle beweegprogramma's bij chronische ziekte, kanker en de gecombineerde leefstijlinterventie samen Max. per kalenderjaar
Superfit	100%
OntzorgPlus	100%, alleen beweegprogramma's bij en na kanker

Dit krijgt u vergoed

Heeft u een chronische ziekte of herstelt u van een hartoperatie? Dan beweegt u misschien minder door angst voor pijn of onzekerheid over uw gezondheid. Een beweegprogramma kan u helpen om fit te blijven tijdens een behandeling of op een verantwoorde manier de stap naar een actievere leefstijl te zetten. Meer bewegen kan pijn en beperkingen juist verminderen en uw mentale gezondheid verbeteren. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt zo'n beweegprogramma niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden 1 beweegprogramma per diagnose in de volgende situaties:

- uw huisarts of medisch specialist heeft bij u chronische pijn¹¹⁹, osteoporose of diabetes vastgesteld
- u herstelt van een hartoperatie
- u krijgt een behandeling tegen kanker of u herstelt daarvan

In zo'n beweegprogramma traint u 3 tot 4 maanden lang 1 of meer keren per week in een groep. Het is een afgebakend programma met als doel om u te leren waar uw grenzen liggen, hoe u verantwoord kunt bewegen en hoe u weer zelfstandig beweegactiviteiten op kunt pakken. Daarna kunt u zelf verder bijvoorbeeld door aan te sluiten bij een wandelgroep of deel te nemen aan het gewone sportaanbod.

Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor deze beweegprogramma's en beweegprogramma's bij overgewicht (als onderdeel van een Gecombineerde leefstijlinterventie) samen. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Superfit vergoedt de beweegprogramma's volledig.

119. pijn die u al langer dan 3 maanden beperkt in uw dagelijks leven. Er is geen duidelijke lichamelijke oorzaak (meer) voor de ernst van uw klachten

OntzorgPlus vergoedt beweegprogramma's volledig, maar alleen programma's gericht op beweegactiviteiten tijdens behandeling of herstel van kanker.

Hier kunt u terecht

- Fysiotherapeut¹²⁰ of oefentherapeut Mensendieck of Cesar¹²¹ voor alle beweegprogramma's
- een begeleider van Tegenkracht

Wij adviseren u naar een gespecialiseerde fysio- of oefentherapeut te gaan:

- voor beweegprogramma's bij en na kanker kunt u een oncologisch fysiotherapeut zoeken op OncoNet
- voor beweegprogramma's na een hartoperatie of bij osteoporose kunt u een gespecialiseerde fysio- of oefentherapeut zoeken op Chronisch ZorgNet
- voor chronische pijn kunt u een psychosomatisch fysio- of oefentherapeut zoeken op de sites van KNGF, SKF of Kwaliteitsregister Paramedici

Andere vergoedingen

Als u een hoog risico heeft om te vallen, is een valpreventieve beweeginterventie wellicht wat voor u.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Met OntzorgPlus moet u contact met ons opnemen

Neem voordat u aan het beweegprogramma begint, contact op met onze ZorgConsulent. Die kan ook met u meedenken over andere vragen rondom uw zorg.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

De ZorgConsulent staat voor u klaar

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

OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding.

120. Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van KNGF of in het Individueel Register Keurmerk Fysiotherapie van SKF

121. Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici

• Loophulpmiddelen

Als u (tijdelijk) moeilijk loopt.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 100 voor 5 soorten loophulpmiddelen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 100 voor 5 soorten loophulpmiddelen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 200 voor 5 soorten loophulpmiddelen Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

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

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt eenvoudige loophulpmiddelen niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden:

- elleboogkrukken
- wandelstok met 3 of 4 poten
- looprek
- rollator
- serveerwagen

Voorbeelden van deze loophulpmiddelen vindt u in de [hulpmiddelenwijzer](#).

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. U kiest zelf of u het hulpmiddel koopt of huurt.

Hier kunt u terecht

- hulpmiddelenleverancier

Andere vergoedingen

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Hulpmiddelen voor kortdurende uitleen](#)
- [Orthesen](#)
- [Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen](#)

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een leverancier voor deze loophulpmiddelen.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Zwemmen voor 50+

Om uw conditie op peil te houden.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 50 Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 50 Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

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 zwemtraining voor mensen van 50+ of 65+. U zwemt dan onder leiding van een instructeur 1 of meer keren per week in extra verwarmd water. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dit niet.

Heeft u de aanvullende verzekering Topfit of Superfit?

De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden een zwemtraining tot maximaal € 50 per kalenderjaar, als u 50 jaar of ouder bent en zwemtraining volgt in een groep specifiek voor 50-plussers. Bijvoorbeeld ZwemFit 50+, FiftyFit of seniorenzwemmen.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

● Revalidatie en herstel

● Medisch-specialistische revalidatie

Heeft u door ziekte of een ongeval (tijdelijk) problemen met bijvoorbeeld bewegen? Dan kan revalidatie helpen om zo goed mogelijk verder te gaan met uw leven.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding Revalidatie en medisch noodzakelijke opname
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

Revalideren kan vaak in de 'eerstelijns'. Daarmee bedoelen we dat u fysiotherapie, oefentherapie of Ergotherapie krijgt. Blijkt dit niet mogelijk, omdat uw situatie daarvoor te complex is? Dan kunt u een verwijzing krijgen naar de revalidatiearts.

De revalidatiearts begint met het stellen van een indicatie: de revalidatiearts bepaalt of medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is. Het zogenoemde stepped-care principe is hierbij het uitgangspunt. Dat betekent dat de revalidatiearts beoordeelt wat de meest eenvoudige behandelvorm is die helpt voor uw aandoening of klachten. Kan er bijvoorbeeld nog behandeling door de huisarts, psycholoog of fysiotherapeut, zo nodig in onderlinge samenwerking, worden ingezet? Dan kan de revalidatiearts terugverwijzen, zo mogelijk met een behandeladvies. Is aan het stepped-care principe voldaan? Dan kan medisch-specialistische revalidatie geïndiceerd zijn.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische revalidatie onder directe leiding en verantwoordelijkheid van een revalidatiearts, als bij u de indicatie voor deze zorg volgens het stepped care principe is gesteld.

Stelt de revalidatiearts vast dat u intensieve behandeling nodig heeft door een team van verschillende zorgverleners? Dan is dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dit staat dan in de indicatie.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie alleen als u ook nog aan al deze 5 voorwaarden voldoet:

1. u heeft problemen met bewegen, communiceren, uw denkvermogen of gedrag. Dit komt door een stoornis of aandoening. Bijvoorbeeld een aandoening aan het bewegingsapparaat of neurologische problemen
2. er is sprake van complexe samenhangende problemen op meer gebieden. Bijvoorbeeld op het gebied van mobiliteit, zelfverzorging en communicatie
3. u kunt door deze zorg zelfstandig blijven functioneren, of zoveel zelfstandigheid behouden die met uw beperkingen redelijkerwijs mogelijk is. Of u kunt bijvoorbeeld weer geheel of gedeeltelijk functioneren binnen uw gezin, school of werk
4. een revalidatiearts is eindverantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de revalidatiezorg
5. behandeling door een team van verschillende zorgverleners geeft beter resultaat om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen

Krijgt u interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en is opname noodzakelijk voor betere of snellere resultaten? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum¹²².

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- Revalidatiecentrum¹²³

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen¹²⁴ in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Andere vergoedingen

- Fysiotherapie en oefentherapie of Ergotherapie voor revalidatie in de eerstelijns
- Geriatrische revalidatie voor revalidatie voor ouderen met meer gezondheidsproblemen tegelijk

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar de revalidatiearts gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist¹²⁵.

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

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

124. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen contract hebben? Dan moet u voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie zonder opname vooraf toestemming van ons hebben.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc¹²⁶ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren.

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

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

• Geriatrische revalidatie

Moet u revalideren? Dan krijgt u fysiotherapie, oefentherapie of ergotherapie. Of, bij complexere problemen, medisch-specialistische revalidatie. Bent u al op leeftijd? Dan moet de revalidatie wat rustiger en anders opgebouwd worden. Daarvoor is geriatrische revalidatie.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 50 per dag voor extra faciliteiten Max. tijdens opname
Superfit	100% extra faciliteiten Tijdens opname
Zorgplan	100% extra faciliteiten Tijdens opname

Dit krijgt u vergoed

Geriatrische revalidatie is revalidatiezorg die een team van zorgverleners onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde verleent aan kwetsbare patiënten, met meer gezondheidsproblemen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt geriatrische revalidatie als u

- integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg nodig heeft,
- kwetsbaar bent, bijvoorbeeld door uw leeftijd, en
- meer ingewikkelde gezondheidsproblemen tegelijk heeft.

Soms is dat na een opname in het ziekenhuis. Maar ook in de thuissituatie kunt u, bijvoorbeeld door ziekte, plotseling achteruitgaan in uw functioneren.

U krijgt zorg van een team van specialisten. Bijvoorbeeld een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een verpleegkundige. Een specialist ouderengeneeskunde stelt samen met u een behandelplan op en zorgt ervoor dat de zorg op uw situatie is afgestemd.

De revalidatie is erop gericht dat u zó herstelt of uw situatie zich zo verbetert dat u weer zoveel als mogelijk kunt meedoen in de maatschappij. Vaak werkt u eraan dat u weer terug kunt naar uw thuissituatie. Of krijgt u de revalidatie (deels) thuis. Als terugkeren naar huis niet meer kan, bespreekt uw arts of verpleegkundige andere mogelijkheden met u.

Krijgt u geriatrische revalidatie en is opname noodzakelijk voor betere of snellere resultaten? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering dat ook.

Heeft u de aanvullende verzekering Topfit, Superfit of Zorgplan?

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

Hier kunt u terecht

- verpleeghuis, revalidatiecentrum of vergelijkbare instelling

Dit wordt niet vergoed

- revalidatiezorg die u nodig heeft, als u in een Wlz instelling woont en daar ook behandeling krijgt. Wij vergoeden dan ook de extra faciliteiten niet.

Andere vergoedingen

- Medisch-specialistische revalidatie

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de geriatrische revalidatie. Voor extra faciliteiten geldt geen eigen risico.

Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet een indicatie hebben

Voordat u gaat revalideren, heeft u een indicatie nodig:

- bij opname in ziekenhuis: van de medisch specialist in overleg met een specialist ouderengeneeskunde
- zonder opname in ziekenhuis: van de klinisch geriater, internist-ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde. Er moet dan een geriatrisch onderzoek gedaan zijn

Na de 6e maand heeft u toestemming nodig

Heeft u langer geriatrische revalidatie nodig dan 6 maanden? Dan heeft u onze toestemming nodig voordat de 6e maand van uw revalidatie voorbij is. Meestal regelt de arts dit voor u.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de revalidatiezorg die specialisten ouderengeneeskunde normaal gesproken verlenen aan kwetsbare patiënten, met meerdere gezondheidsproblemen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

• Ergotherapie

Kunt u dagelijkse handelingen niet meer goed doen door lichamelijke of psychische problemen? Een ergotherapeut kan u helpen weer zo zelfstandig mogelijk te functioneren.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	10 uur Max. per kalenderjaar
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	100%
Superfit	100%

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal 10 uur ergotherapie per kalenderjaar.

Samen met de ergotherapeut werkt u eraan om dat wat niet meer goed gaat, toch weer mogelijk te maken. U krijgt advies, instructie, training of behandeling om uw doelen te bereiken.

Heeft u de aanvullende verzekering Topfit of Superfit?

De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden extra behandeluren ergotherapie als die nodig zijn, bovenop de vergoeding van de basisverzekering.

Hier kunt u terecht

- ergotherapeut

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de eerste 10 uur ergotherapie. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Als u ergotherapie krijgt op een andere locatie dan de praktijk van uw therapeut of bij u thuis, bijvoorbeeld op school of op uw werk, moet u vooraf toestemming van ons hebben. Wij geven alleen toestemming als daar een medische reden voor is.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die ergotherapeuten normaal gesproken verlenen en die als doel heeft om uw zelfredzaamheid en zelfzorg te verbeteren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

• Zorghotel

Een herstellingsoord om weer op krachten te komen na ziekte of een medische behandeling.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Volgens de vergoeding Eerstelijns verblijf
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 200 per dag, tot € 2.000 In door ons erkend zorghotel Max. per dag/kalenderjaar
Superfit	€ 200 per dag, tot € 2.500 In door ons erkend zorghotel Max. per dag/kalenderjaar
Zorgplan	€ 200 per dag, tot € 2.500 In door ons erkend zorghotel Max. per dag/kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

Soms vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering verblijf in een zorghotel. Maar alleen als sprake is van Eerstelijns verblijf. Een arts is dan uw hoofdbehandelaar. Aan welke voorwaarden u dan moet voldoen, staat in die vergoeding.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Topfit, Superfit en Zorgplan vergoeden verblijf in een zorghotel als uw arts vaststelt dat u na een operatie of door een lichamelijke ziekte moet herstellen, maar daarbij geen arts nodig heeft. Een zorghotel biedt dan bijvoorbeeld verpleging en fysiotherapie om u te ondersteunen bij uw herstel. Het aanbod verschilt per zorghotel. Bij de start van uw verblijf stelt de verpleegkundige¹²⁷ van het zorghotel samen met u een zorgplan op. Daarin staan het doel van uw verblijf, en afspraken over de zorg.

Topfit, Superfit en Zorgplan vergoeden maximaal € 200 per dag voor het verblijf in een zorghotel. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan hierboven.

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

127. Deze moet minimaal hbo-geëdiplomeerd zijn

Hier kunt u terecht

- door ons erkend zorghotel

Dit wordt niet vergoed

- verblijf in een zorghotel voor herstel van een psychische aandoening
- verblijf in een zorghotel als u een indicatie heeft of had kunnen krijgen voor (geriatrische) revalidatie, eerstelijns verblijf of voor Wlz¹²⁸-zorg.

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

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

Wij vergoeden het verblijf in een zorghotel alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

128. Wet langdurige zorg, via zorgkantoor

• Kuuroord

Als u reumatoïde artritis of psoriasis heeft.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 500 bij reumatoïde artritis of psoriasis Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 500 bij reumatoïde artritis of psoriasis Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

Bij reumatoïde artritis (een vorm van reuma) of psoriasis kan een verblijf in een kuuroord uw klachten verlichten. U volgt een persoonlijk kuurprogramma, afgestemd op uw medische klachten. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt het kuuroord niet.

Heeft u de aanvullende verzekering Topfit of Superfit?

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

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij kunnen u om een verklaring van uw reumatoloog of dermatoloog vragen

Dat doen wij als wij niet kunnen vaststellen of u reumatoïde artritis of psoriasis heeft. Soms kunnen wij dat aan eerdere declaraties zien. Maar door de privacyregels mogen wij die niet altijd (zonder uw toestemming) voor dat doel gebruiken.

• Therapeutisch kamp voor jongeren

Heeft uw kind astma, diabetes of een andere aandoening?

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 300 bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker Max. per kalenderjaar
Topfit	100% bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker
Superfit	100% bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker

Dit krijgt u vergoed

Een therapeutisch kamp is een actief vakantiecamp voor kinderen met bijvoorbeeld diabetes (suikerziekte), astma of overgewicht. Uw kind ontmoet er leeftijdgenoten met dezelfde aandoening. Zij werken onder begeleiding aan de conditie, en leren er omgaan met de ziekte of aandoening. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt geen therapeutisch kamp.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger (van uw kind) vergoeden een therapeutisch kamp bij astma, diabetes, overgewicht, ernstige huidauitslag (constitutioneel eczeem) of kanker.

Optifit vergoedt maximaal € 300 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de eigen bijdrage volledig.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Zwangerschap en bevalling

• Prenataal onderzoek

Wilt u tijdens uw zwangerschap laten onderzoeken of uw kindje een aangeboren afwijking heeft, zoals een open ruggetje of het syndroom van Down? Dat kan met prenataal onderzoek.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt prenataal onderzoek, maar alleen als uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog bepaalt dat u daarvoor een medische indicatie heeft. Een medische indicatie heeft u bijvoorbeeld door verloop van een eerdere zwangerschap of erfelijke aandoening in de familie.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dan:

- NIPT¹²⁹. U kunt deze test laten doen als u tussen de 9 en 14 weken zwanger bent. Uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog vraagt de test voor u aan
- prenataal vervolgonderzoek, zoals bijvoorbeeld een vlokentest, een vruchtwaterpunctie of een uitgebreidere echo (geavanceerd ultrageluidonderzoek). De basisverzekering vergoedt dit vervolgonderzoek ook als uit de NIPT of uit een echo blijkt dat er een verhoogde kans is op een aangeboren aandoening bij uw ongeboren kindje

Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet?

Voordat u prenatale onderzoeken krijgt, bespreekt uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog de verschillende soorten onderzoek met u. En de voor- en nadelen daarvan. Dit noemen we counseling. De overheid betaalt die counseling. Daarna kiest u zelf of u prenataal onderzoek wilt, en welke vorm.

Heeft u geen medische indicatie voor prenataal onderzoek? Dan betaalt de overheid sommige onderzoeken. Bijvoorbeeld de 20-weeken echo of een NIPT. Meer informatie hierover vindt u op een [website](#) van de overheid.

Hier kunt u terecht

- voor NIPT: bij een bloedprikpost (via uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog)

129. Niet-invasieve prenatale test (een bloedonderzoek)

- voor prenataal vervolgonderzoek: ziekenhuis

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor:

- NIPT
- geavanceerd ultrageluidsonderzoek
- vlokcentest
- vruchtwaterpunctie

Het eigen risico geldt wel voor aanvullend onderzoek. Bijvoorbeeld chromosoomonderzoek dat naast de vlokcentest of vruchtwaterpunctie in rekening wordt gebracht. [Zo werkt het eigen risico](#)

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor de NIPT of prenataal vervolgonderzoek heeft u een verwijzing nodig van uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En wat u allemaal aan ons moet doorgeven, zoals de geboorte van uw kind.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: prenataal onderzoek dat verloskundigen en medisch specialisten normaal gesproken als onderdeel van verloskundige zorg doen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Gezonde zwangerschap? Lees onze tips

Bij een zwangerschap moet u van alles regelen. ONVZ helpt u hier graag bij. En geeft u tips en adviezen. Kijk hiervoor op onze site bij [Ik ben zwanger](#).

• Zwangerschap en bevalling

Bent u zwanger? Dan heeft u extra zorg voor uzelf en uw ongeboren kindje nodig.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%, soms betaalt u een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 voor de eigen bijdrage en extra kraamzorg, uit vergoeding Kraamzorg Max. per bevalling
Optifit	100% voor de eigen bijdrage en extra kraamzorg, uit vergoeding Kraamzorg
Topfit	100% voor de eigen bijdrage en extra kraamzorg, uit vergoeding Kraamzorg
Superfit	100% voor de eigen bijdrage, extra kraamzorg en extra faciliteiten in het geboortecentrum, uit vergoeding Kraamzorg
Zorgplan	Extra faciliteiten in het geboortecentrum, uit vergoeding Kraamzorg

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt het hele traject van begeleiding en zorg tijdens uw zwangerschap en rond uw bevalling, tot en met de controles daarna.

Tijdens uw zwangerschap

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt begeleiding en zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Meestal gaat u naar een verloskundige, of soms uw huisarts. Die vertelt u alles over Prenataal onderzoek en over wat u kunt verwachten tijdens uw zwangerschap. En bereidt u voor op de bevalling.

Krijgt u medische problemen tijdens uw zwangerschap, zoals hoge bloeddruk of zwangerschapsdiabetes? Of heeft u een verhoogd risico op medische problemen tijdens uw zwangerschap of bevalling? Dan neemt de gynaecoloog de begeleiding over. En bevalt u in het ziekenhuis op medische indicatie.

Rond uw bevalling

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt begeleiding en zorg tijdens en na uw bevalling. Dat is de verloskundige zorg door uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Maar ook de hulp daarbij van een kraamverzorgende of verpleegkundige ('partusassistentie'). Er zijn 3 situaties:

1. U bevalt thuis

Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de verloskundige zorg door uw verloskundige of huisarts. Als er medische problemen zijn en u toch naar het ziekenhuis moet, dan krijgt u dat ook vergoed. Dan geldt situatie 3.

2. U bevalt in een geboortecentrum¹³⁰, of in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische indicatie

Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de verloskundige zorg. Maar let op: u betaalt een eigen bijdrage voor de kraamzorg van maximaal € 474,99. Hoe dat werkt, leest u in de vergoeding Kraamzorg.

Zijn er medische problemen, waardoor u alsnog in het ziekenhuis moet bevallen? Dan neemt het ziekenhuis de zorg over en geldt situatie 3. U betaalt dan geen eigen bijdrage.

3. U bevalt in een ziekenhuis op medische indicatie

Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de verloskundige zorg door de gynaecoloog. Is Ziekenhuisopname nodig? Die vergoeden wij ook.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden de eigen bijdrage in situatie 2. Daarvoor geldt de vergoeding Kraamzorg.

De aanvullende verzekeringen Superfit en Zorgplan vergoeden ook extra faciliteiten in een geboortecentrum. Ook dat staat in de vergoeding Kraamzorg.

Hier kunt u terecht

- tijdens uw zwangerschap: verloskundige, huisarts of (bij medische indicatie) gynaecoloog
- voor uw bevalling: thuis, geboortecentrum of (polikliniek van het) ziekenhuis

Dit wordt niet vergoed

- steriele waterinjecties
- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum, als u geen Superfit of Zorgplan heeft

Andere vergoedingen

- Prenataal onderzoek
- Kraamzorg
- Kraampakket
- Zorg bij borstvoeding
- Bevalling-TENS, voor pijnbestrijding tijdens de bevalling
- Preventiecurcussen kunnen u helpen bij een fitte zwangerschap en een goede voorbereiding op de bevalling

Dit betaalt u zelf**De eigen bijdrage**

Voor verloskundige zorg betaalt u geen eigen bijdrage, voor de kraamzorg wel. U betaalt een hogere eigen bijdrage als u in de polikliniek van het ziekenhuis bevalt zonder medische indicatie, of in het geboortecentrum. In andere gevallen is er een lagere eigen bijdrage voor Kraamzorg thuis. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor verloskundige zorg. Wel voor hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer. Zo werkt het eigen risico

130. Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd

Dit moet u zelf doen

Voor de gynaecoloog moet u vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar de gynaecoloog gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of verloskundige. Voor acute zorg¹³¹ heeft u geen verwijzing nodig.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En wat u allemaal aan ons moet doorgeven, zoals de geboorte van uw kind.

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.

Gezonde zwangerschap? Lees onze tips

Bij een zwangerschap moet u van alles regelen. ONVZ helpt u hier graag bij. En geeft u tips en adviezen. Kijk hiervoor op onze site bij Ik ben zwanger.

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

• Kraamzorg

Heeft u net een kindje gekregen? Een kraamverzorgende verzorgt u en uw pasgeboren kindje na de bevalling. In de eerste dagen daarna helpt die met de verzorging van uw baby en geeft informatie en advies.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%, u betaalt een eigen bijdrage Volgens Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg Max. per bevalling
Optifit	100% voor eigen bijdrage en extra kraamzorg
Topfit	100% voor eigen bijdrage en extra kraamzorg
Superfit	100% voor eigen bijdrage, extra kraamzorg en extra faciliteiten in het geboortecentrum
Zorgplan	100% voor extra faciliteiten in het geboortecentrum Tijdens opname

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt kraamzorg na de bevalling. U krijgt minimaal 24 en maximaal 80 uur, verspreid over maximaal 6 weken vanaf uw bevalling. Hoeveel uren kraamzorg u precies krijgt, en waar, hangt af van uw persoonlijke situatie en waar u bevalt. Uw kraamzorgorganisatie of geboortecentrum stelt dit, samen met u en uw verloskundige, vast op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg¹³².

Voor kraamzorg betaalt u 1 of meer eigen bijdragen. Er zijn er 2:

1. de eigen bijdrage voor kraamzorg thuis, deze is € 5,70 per uur (eigen bijdrage a)
2. de eigen bijdrage voor kraamzorg als u in een geboortecentrum¹³³ bevalt of in de polikliniek van een ziekenhuis zonder medische noodzaak (eigen bijdrage b). Die eigen bijdrage is maximaal € 474,99.

Welke eigen bijdrage of eigen bijdragen u in welke situatie betaalt, leggen we hieronder uit.

1. Bent u thuis bevallen?

Dan stelt uw kraamzorgorganisatie samen met uw verloskundige het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben. Hier geldt eigen bijdrage a.

132. Momenteel wordt een nieuw protocol getest: de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM). In de testfase mag het kraamcentrum of geboortecentrum ook deze KLIM gebruiken.

133. Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd

2. Bent u bevallen in een geboortecentrum¹³⁴ of in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische indicatie?

Dan krijgt u de eerste kraamzorguren in het geboortecentrum of in het ziekenhuis. Daarna stelt de kraamzorgorganisatie met uw verloskundige het aantal uren kraamzorg vast dat u en uw baby (thuis) nog nodig hebben. Voor de dag van de bevalling geldt eigen bijdrage b. Voor kraamzorg thuis in de dagen erna geldt eigen bijdrage a.

3. Bent u bevallen in het ziekenhuis met medische indicatie?

Dan stelt uw kraamzorgorganisatie met uw verloskundige na thuiskomst het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben. Hier geldt eigen bijdrage a voor de kraamzorg thuis. Voor de dagen in het ziekenhuis betaalt u geen eigen bijdragen.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden de volgende eigen bijdragen en extra kraamzorg:

- de eigen bijdrage a voor kraamzorg thuis
- de hogere eigen bijdrage b bij bevallen zonder medische noodzaak in het ziekenhuis, of in het geboortecentrum
- couveusenazorg na thuiskomst van de baby die meer dan 4 dagen in de couveuse heeft gelegen, of die in de couveuse heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van 8 of meer dagen
- aanvullende kraamzorg, als u om medische redenen meer kraamzorg nodig heeft dan de basisverzekering vergoedt
- uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet kan starten in de 6 weken na de geboorte van uw baby. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de gewone kraamzorg

Benfit vergoedt de eigen bijdrage en extra kraamzorg tot maximaal € 250 per bevalling. Optifit en hoger vergoeden dit volledig.

Bevalt u in een geboortecentrum en biedt dit centrum hotelfaciliteiten of andere luxezorg aan? De aanvullende verzekeringen Superfit en Zorgplan vergoeden deze faciliteiten als die te maken hebben met uw verblijf. Het kan gaan om extra keuze bij de maaltijden. Of om verblijf van uw partner of kinderen in het geboortecentrum. Of extra service voor uw bezoek.

Hier kunt u terecht

- kraamzorgorganisatie (thuis)
- Geboortecentrum¹³⁵
- ziekenhuis

Dit wordt niet vergoed

- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum, als u geen Superfit of Zorgplan heeft
- vervoerskosten die het kraamcentrum of de kraamverzorgende apart rekent. Deze kosten zitten al in het kraamzorgtarief

Andere vergoedingen

- De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden een Kraampakket
- Adopteert u een baby van nog geen jaar oud? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Benfit en hoger ook Zorg bij adoptie

134. Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd

135. Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

- eigen bijdrage a van € 5,70 per uur bij kraamzorg thuis
- eigen bijdrage b van maximaal € 474,99 als u bevalt in een geboortecentrum of in de polikliniek van een ziekenhuis zonder medische indicatie

De aanvullende verzekering Benfit vergoedt de eigen bijdrage tot maximaal € 250 per bevalling. Optifit en hoger vergoeden de eigen bijdrage volledig. Zo werkt de eigen bijdrage

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

U moet de kraamzorg op tijd aanvragen

Hoe dat werkt, leest u op de pagina over zwangerschap en geboorte. Komt u er niet uit? Bel dan met onze Kraamzorg Service (+31 (0)88 668 97 05). Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

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

Heeft u behoefte aan couveusenazorg, of aan aanvullende of uitgestelde kraamzorg? Dan heeft u een verklaring van de behandelend arts of verloskundige nodig waaruit de medische noodzaak blijkt. U stuurt deze verklaring mee met uw declaratie.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En wat u allemaal aan ons moet doorgeven, zoals de geboorte van uw kind.

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.

Zo berekenen wij de eigen bijdrage

De eigen bijdrage voor kraamzorg als u in de polikliniek bevalt zonder medische noodzaak, of voor kraamzorg in het geboortecentrum bestaat uit 2 delen:

- € 22,50 per persoon per dag (dus € 45 voor moeder en 1 kind samen)
- de extra kosten als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 161,50 per persoon per dag

Bevalt u van 1 kind? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering maximaal € 161,50 voor moeder en kind, dat is € 323. Daarvan gaat nog een eigen bijdrage af van € 45. De vergoeding is dus maximaal € 278. De rest betaalt u zelf, als eigen bijdrage.

Het tarief voor de bevalling in het ziekenhuis of geboortecentrum is maximaal € 752,99. Daardoor betaalt u nooit meer dan € 752,99 - € 278 = € 474,99 als eigen bijdrage. Heeft uw ziekenhuis of geboortecentrum een lager tarief? Dan is ook uw eigen bijdrage lager.

De eigen bijdrage voor kraamzorg thuis is € 5,70 per uur.

Gezonde zwangerschap? Lees onze tips

Bij een zwangerschap moet u van alles regelen. ONVZ helpt u hier graag bij. En geeft u tips en adviezen. Kijk hiervoor op onze site bij [Ik ben zwanger](#).

• Kraampakket

Het kraampakket, onmisbaar bij een thuisbevalling.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	1 keer per bevalling Van onze Kraamzorg Service
Optifit	1 keer per bevalling Van onze Kraamzorg Service
Topfit	1 keer per bevalling Van onze Kraamzorg Service
Superfit	1 keer per bevalling Van onze Kraamzorg Service

Dit krijgt u vergoed

In het kraampakket zitten producten die onmisbaar zijn wanneer u thuis bevalt, zoals een matrasbeschermer en onderleggers. Ook zitten er producten in voor na de bevalling, bijvoorbeeld kraamverband. Daarom is het kraampakket ook handig om in huis te hebben als u in een geboortecentrum of ziekenhuis wilt bevallen. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt geen kraampakket.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden het kraampakket van onze Kraamzorg Service. U kunt het kraampakket online aanvragen. U krijgt het dan thuis bezorgd.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

Vraag het kraampakket op tijd aan

Dit kan eenvoudig online. Vraagt u het pakket voor de 30e week van uw zwangerschap aan? Dan krijgt u het uiterlijk in de 34e week van uw zwangerschap thuis bezorgd.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Gezonde zwangerschap? Lees onze tips

Bij een zwangerschap moet u van alles regelen. ONVZ helpt u hier graag bij. En geeft u tips en adviezen. Kijk hiervoor op onze site bij Ik ben zwanger.

• Bevalling-TENS

Minder pijn bij bevallen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 75 Max. per bevalling
Topfit	€ 75 Max. per bevalling
Superfit	€ 75 Max. per bevalling

Dit krijgt u vergoed

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. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt geen bevalling-TENS.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden maximaal € 75 per bevalling voor een bevalling-TENS. U kunt daarmee zelf een bevalling-TENS huren of kopen.

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

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een leverancier voor de bevalling-TENS. Of u regelt het via onze ZorgConsulent.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Borstvoeding: lactatiekundige

Een goede start voor uw kind.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 200 Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 300 Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

Dit krijgt u vergoed

Borstvoeding geven klinkt eenvoudig. Maar in de praktijk gaat het niet altijd (meteen) vanzelf. Bijvoorbeeld bij problemen met het aanleggen, of als u onvoldoende melkproductie heeft.

In de kraamtijd kan de kraamverzorgende u helpen bij het geven van borstvoeding. Daarvoor geldt de vergoeding Kraamzorg.

Kunt u met uw vragen niet bij een kraamverzorgende terecht? Dan kunt u naar een lactatiekundige. Dat kan na de bevalling, maar ook al tijdens de zwangerschap. De lactatiekundige kan u ook helpen in bijzondere situaties, bijvoorbeeld als u of uw kind een beperking heeft. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de zorg van de lactatiekundige niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden consulten van een lactatiekundige. Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden alle consulten van de lactatiekundige.

Hier kunt u terecht

- een lactatiekundige die volwaardig lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB)

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen voor borstvoeding, zoals een borstkolf of speciale flesjes

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Zorg bij adoptie

Uw adoptiekind het beste geven.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 250 voor kraamzorg en medische screening Max. per adoptiekind
Optifit	100% voor kraamzorg en medische screening
Topfit	100% voor kraamzorg en medische screening
Superfit	100% voor kraamzorg en medische screening

Dit krijgt u vergoed

Adopteert u een kind? Dan heeft u misschien vragen over de verzorging, voeding of andere zaken waar nieuwe ouders mee te maken krijgen. In de eerste weken na de geboorte kan een kraamverzorgende u dan helpen. En misschien wilt u ook de gezondheid van uw kind laten controleren met een medische screening.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt Kraamzorg voor de pasgeboren baby. Het kraamcentrum stelt het aantal uren vast volgens een protocol. U betaalt dan een eigen bijdrage. Bij adoptie heeft u volgens het protocol meestal geen recht op kraamzorg.

Heeft u een aanvullende verzekering?

Als:

- uw adoptiekind jonger is dan 12 maanden en
- uw adoptiekind bij ons verzekerd is,

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

Benfit vergoedt deze zorg tot maximaal € 250 per geadopteerd kind. Optifit en hoger vergoeden deze zorg volledig.

Hier kunt u terecht

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

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor zorg bij adoptie betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**De kraamzorg aanvragen**

Dit kan eenvoudig online. Komt u er niet uit? Neemt u dan contact op met onze Kraamzorg Service via telefoonnummer +31 (0)88 668 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. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Voor de screening heeft u geen verwijzing nodig

U kunt rechtstreeks met uw kind naar de kinderarts gaan.

Wij vergoeden 1 keer per adoptiekind

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

• Medicijnen en dieet

• Geneesmiddelen

De basisverzekering vergoedt de meeste medicijnen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Soms betaalt u een eigen bijdrage Volgens voorkeursbeleid
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 150 voor sommige geregistreerde geneesmiddelen Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 300 voor sommige geregistreerde geneesmiddelen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.500 voor sommige geregistreerde geneesmiddelen Max. per kalenderjaar
Superfit	100% voor sommige geregistreerde geneesmiddelen

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt vrijwel alle gangbare geneesmiddelen die u op recept krijgt. En de dienstverlening en de begeleiding van de apotheek die daarbij hoort. Alle geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs). Op medicijnkosten.nl kunt u zien of uw geneesmiddel is opgenomen in het gvs. Daar staat ook per geneesmiddel welke voorwaarden gelden, of er een maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

Wat de Vrije Keuze Basisverzekering precies vergoedt, zetten we hieronder op een rij. In ons reglement Farmaceutische zorg 2026 leggen we dat verder uit. Dit reglement maakt dus ook onderdeel uit van deze vergoeding.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. geneesmiddelen die in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering staan. In die bijlage staan bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen. Zijn er onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Soms moet u voor een geneesmiddel aan specifieke voorwaarden voldoen, bijvoorbeeld een bepaalde ziekte hebben. Dat staat in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering
2. geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('doorgeleverde bereidingen'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna)

hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag

3. geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald. Uw arts vraagt dit speciaal voor u aan als u een zeldzame ziekte heeft
4. bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen voor rationele farmacotherapie. Dat betekent dat we uit onderzoek weten dat de behandeling met het geneesmiddel, in de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) die voor u geschikt is, goed werkt. En die behandeling ook het meest economisch is voor de basisverzekering.

Onder de vergoeding van 1 vallen heel veel geneesmiddelen. Vaak zijn het onderling vervangbare geneesmiddelen. Ze hebben dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm. Maar er zijn verschillende fabrikanten die hun eigen middel op de markt brengen. Met hun eigen prijs. In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn de onderling vervangbare medicijnen in groepen (clusters) bij elkaar gezet. En is een vergoedingslimiet bepaald. Alles boven die vergoedingslimiet moet u zelf betalen. Dat is de eigen bijdrage.

Voor de meeste clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen uit bijlage 1 wijzen wij 1 of meer specifieke geneesmiddelen aan. Dat betekent dat we voor die clusters alleen die aangewezen geneesmiddelen vergoeden. Die aangewezen geneesmiddelen vallen niet onder uw eigen risico. Maar voor de dienstverlening van de apotheek die daarbij hoort, zoals de terhandstelling of een begeleidingsgesprek, geldt uw eigen risico wel. De aangewezen geneesmiddelen staan op onze lijst voorkeursgeneesmiddelen. Deze lijst kunnen wij in de loop van het jaar wijzigen of uitbreiden.

Voor enkele clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen uit bijlage 1 wijzen wij alle generieke geneesmiddelen¹³⁶ aan. Over deze generieke geneesmiddelen betaalt u wel eigen risico. Van de apotheek krijgt u op basis van uw recept en medische situatie het meest passende geneesmiddel mee. Wij maken daarover afspraken met de apotheken. Als u bij die apotheken een ander geneesmiddel wilt, kunt u dat bespreken met uw arts of met de apotheek.

Is een ander geneesmiddel dan wij hebben aangewezen voor u medisch gezien nodig? Dus een merkgeneesmiddel of een ander middel dan op onze lijst voorkeursgeneesmiddelen staat? Dan schrijft uw arts dat, zo nodig met uitleg, op het recept. En vergoeden wij dat geneesmiddel toch. U betaalt daarover dan ook altijd eigen risico.

Heeft u een aanvullende verzekering?

Wat de aanvullende verzekering Benfit en de aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden, staat in het Overzicht geneesmiddelen aanvullende verzekering. Wij vergoeden deze geregistreerde geneesmiddelen, als de basisverzekering deze niet vergoedt. De kosten van terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de apotheek vergoeden wij dan ook.

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

Onze aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden vaccinaties tegen gordelroos. De vergoeding voor die gordelroosvaccinaties geldt alleen als u die vaccinaties krijgt, nadat uw Optifit, Topfit en Superfit langer dan 12 maanden loopt. Dat noemen wij een wachttijd. Past u uw aanvullende verzekering aan? Dan

136. een generiek geneesmiddel heeft dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm als het originele merkgeneesmiddel, maar komt van een andere fabrikant

gaat de wachttijd van 12 maanden opnieuw lopen en heeft u pas daarna weer recht op vergoeding. De vergoeding die u al heeft gehad, trekken wij af van de vergoeding waarop u na 12 maanden recht heeft.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden. Dit geldt niet voor de geneesmiddelen en apotheekzorg uit de aanvullende verzekering.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke Nederlandse zorgverleners we een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

Dit vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet:

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijnende gevallen
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen
- maagzuurremmers, als u deze niet chronisch moet gebruiken
- de volgende zelfzorggeneesmiddelen als u die niet chronisch moet gebruiken: laxeermiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, tegen diarree of droge ogen, of om de maag te legen. Dit geldt ook voor geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm (zoals een pil, drankje, zetpil of pleister)
- alle andere zelfzorggeneesmiddelen
- vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis
- dienstverlening en begeleiding van de apotheek die hoort bij geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt

De aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- eigen bijdragen volgens de basisverzekering
- geneesmiddelen waarvoor een terugbetalingsregeling¹³⁷ van de fabrikant geldt
- niet-aangewezen geneesmiddelen uit de clusters waarin wij voor de basisverzekering geneesmiddelen hebben aangewezen

Andere vergoedingen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende middelen niet. Maar uw aanvullende verzekering soms wel:

- Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis
- Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Voor sommige geneesmiddelen gelden ook andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders:

- Dieetpreparaten
- Voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen
- Anticonceptie

137. Van bepaalde geneesmiddelen kunt u de kosten of uw wettelijke eigen bijdrage bij de fabrikant terugvragen. Wij vergoeden die dan niet. Ook niet als de fabrikant bepaalt dat u eerst bij ons om vergoeding moet vragen. Meer informatie staat op terugbetaalregeling.nl en hevoconsult.nl

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Boven dit bedrag vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de eigen bijdragen. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Voor de specifiek aangewezen geneesmiddelen op onze lijst voorkeursgeneesmiddelen en voor de geneesmiddelen die de aanvullende verzekering vergoedt, geldt geen eigen risico. Voor alle andere (aangewezen) geneesmiddelen uit de basisverzekering geldt het eigen risico wel. Het eigen risico geldt ook als de Vrije Keuze Basisverzekering uw eigen bijdragen boven € 250 vergoedt. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Zo'n voorschrift (recept) krijgt u van uw behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant¹³⁸.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

De geneesmiddelen waarvoor u ons vooraf toestemming moet vragen staan op onze website.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de Medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die vaak uw geneesmiddelen

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen geneesmiddelen daarbij.

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

• Diëtetiek (dieetadvies)

Advies over voeding en gezondheid kan nodig zijn als u bijvoorbeeld een ziekte, eetprobleem of voedselallergie heeft. Of als u klachten heeft die met voeding te maken hebben, zoals ernstige darmklachten, hoge bloeddruk of verhoogd cholesterol.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

Een diëtist geeft voorlichting en advies over voeding, dieet en eetgewoonten. Dat noemen we diëtetiek.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal 3 uur diëtetiek per kalenderjaar:

1. bij overgewicht:
 - uw BMI¹³⁹ is minstens 30, of
 - uw BMI is tussen 25 en 30 én u loopt extra risico door bijvoorbeeld een ziekte (zoals hart- en vaatziekte)

2. als er een andere medische reden is:

Heeft u een ander medisch probleem waarvoor het nodig is een diëtist te raadplegen? Dan kan de huisarts u naar de diëtist verwijzen. U kunt ook zelf zonder verwijzing naar de diëtist.

Heeft u diabetes, een hart- of vaatziekte, of COPD? En ontvangt u hiervoor ketenzorg met diëtetiek, dan telt dit niet mee in het maximum van 3 uur.

Ketenzorg krijgt u via uw huisarts. Bij ketenzorg werken zorgverleners intensief samen om u zorg te geven. Ook de diëtist. U krijgt van hen samen één behandelplan.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden extra diëtetiek met een medische reden door een diëtist als u na de 3 uur van de basisverzekering nog begeleiding en advies nodig heeft. Benfit en Optifit

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

hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor extra diëtetiek. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden extra diëtetiek volledig.

Hier kunt u terecht

- diëtist

Dit wordt niet vergoed

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

Andere vergoedingen

- Huisartsenzorg, voor diëtetiek als onderdeel van ketenzorg bij diabetes, hart- of vaatziekten, of COPD
- Heeft u geen medische reden, maar wilt u wel uw eetgewoonten veranderen? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden Preventiecursussen

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Dat geldt niet voor diëtetiek als onderdeel van ketenzorg. En niet voor de extra diëtetiek die de aanvullende verzekering vergoedt. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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.

• Dieetpreparaten

Kunt u met gewone of aangepaste voeding niet genoeg voedingsstoffen binnen krijgen? Bij ziekte of ondervoeding kunnen dieetpreparaten dan helpen, omdat ze een andere vorm en andere samenstelling dan normale voeding hebben.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding • in bepaalde situaties
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dieetpreparaten als u aan 2 voorwaarden voldoet.

Voorwaarde 1:

- 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

Voorwaarde 2:

- aangepaste normale voeding is niet geschikt voor u, en bijzondere dieetvoeding die in de winkel te koop is ook niet

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dan 'polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten'. Deze termen verwijzen naar de samenstelling van het dieetpreparaat.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts
- gespecialiseerde leverancier

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw dieetpreparaten niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke Nederlandse zorgverleners we een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- dieetpreparaten tijdens de proefperiode (de periode waarin u een dieetpreparaat probeert voordat een allergie wordt vastgesteld)
- dieetproducten, zoals glutenvrije pasta, suikervrije jam en afslankrepen, die u koopt bij een supermarkt of drogist

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift of artsverklaring hebben

U moet voor dieetpreparaten een voorschrift (recept) hebben van uw huisarts, of een artsverklaring dieetpreparaten van een arts of medisch specialist¹⁴⁰, verpleegkundig specialist, physician assistant¹⁴¹ of diëtist.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

U heeft toestemming van ons nodig als sprake is van een voedselallergie (ook wel koemelkallergie) met milde klachten en degene die de dieetpreparaten krijgt:

- 2 jaar of ouder is, of
- tussen 1 en 2 jaar is en meer dan 500 ml dieetvoeding per dag nodig heeft, of
- tussen 0 en 1 jaar is en meer dan 1.000 ml dieetvoeding per dag nodig heeft

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Zo is het reglement Farmaceutische zorg van toepassing, én de algemene regels.

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

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen dieetpreparaten daarbij.

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

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

• Mond en gebit

• Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Goed zorgen voor uw gebit op jonge leeftijd voorkomt problemen als u ouder bent.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% van de meeste behandelingen
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 500 Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

Dit krijgt u vergoed

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering deze tandartsbehandelingen:

- controle (preventief tandheelkundig onderzoek), 1 keer per jaar
- extra controles als die nodig zijn
- incidentele consulten
- verwijderen van tandsteen
- fluoridebehandeling van het gebit, 2 keer per jaar
- extra fluoridebehandelingen als die nodig zijn
- sealing (aanbrengen van een bescherm laag)
- behandeling van tandvleesproblemen
- verdoving
- wortelkanaalbehandeling
- vullingen
- zorg bij klachten aan het kaakgewricht
- uitneembare prothetische voorzieningen (zoals een plaatje en een kunstgebit)
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve implantaten
- röntgenfoto's, behalve die voor orthodontie
- kaakoverzichtsfoto, behalve die voor orthodontie

Bij de materiaal- en techniekkosten van een kunstgebit vergoeden wij het marktconforme bedrag. In ons overzicht materiaal- en techniekkosten staat een indicatie hiervan. Zijn de materiaal- en techniekkosten van het kunstgebit hoger? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Bij de beoordeling vragen wij uw zorgverlener om een toelichting.

Is voor behandeling bij de kaakchirurg opname nodig? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de Ziekenhuisopname.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden tot 18 jaar de algemene tandheelkundige zorg die de basisverzekering niet vergoedt. Optifit vergoedt maximaal € 500 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

Voor zorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus
- Kaakchirurg¹⁴²

Voor de meeste mondzorg sluiten wij geen contracten. Wel voor kaakchirurgie. Gecontracteerde kaakchirurgen vindt u in onze Zorgzoeker. Kiest u voor een kaakchirurg waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Voor zorg uit de aanvullende verzekering:

- tandarts
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97¹⁴³)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- niet-restauratief behandelen van gaatjes (cariës) in het melkgebit (M05)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)

De aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- volledige narcose en voorbereiding daarvan (A20, A30)
- MRA¹⁴⁴ (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)

Andere vergoedingen

Voor sommige tandheelkundige zorg gelden extra of andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders:

- Fronttandvervanging
- Bijzondere tandheelkunde
- Orthodontie tot 18 jaar
- Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

142. De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

143. De codes tussen haakjes staan op de rekening van de tandarts

144. Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA

Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

Dit moet u zelf doen**Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig**

Alleen als u naar de kaakchirurg gaat. Dan moet u vooraf een verwijzing hebben van uw huisarts, tandarts, medisch specialist of jeugdarts. Voor acute zorg¹⁴⁵ heeft u geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

U moet vooraf toestemming van ons hebben voor:

- 3e en volgende fluoridebehandeling(en) in hetzelfde kalenderjaar
- kaakoverzichtsfoto
- transplantatie van een eigen tand of kies (autotransplantaat)
- behandelingen bij de kaakchirurg die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie¹⁴⁶ staan
- zorg onder volledige narcose
- kunstgebit waarvan de materiaal- en techniekkosten hoger zijn dan de bedragen in ons overzicht materiaal- en techniekkosten
- vervangen van een kunstgebit dat minder dan 5 jaar oud is
- klikgebit, en het repareren of rebasen (opvullen) van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

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.

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

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

• Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Bent u 18 jaar of ouder en wilt u zich verzekeren voor tandheelkundige zorg? Dat kan met een aanvullende verzekering.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Beperkt, volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 1.600 algemene tandheelkundige zorg Max. per kalenderjaar
Tandfit A	€ 200, waarvan max. € 75 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit B	€ 500, waarvan max. € 150 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit C	€ 1.250, waarvan max. € 250 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit Preventief	• controle en preventie volledig • andere tandheelkundige zorg: € 2.000, waarvan max. € 300 voor vullingen en tandvlesbehandelingen samen Vergoedingen: max. per kalenderjaar Geen vergoeding voor: kronen, bruggen, wortelkanaalbehandelingen, implantaten en prothesen

Dit krijgt u vergoed

Vanaf 18 jaar vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet. En orthodontie alleen in heel bijzondere gevallen.

Heeft u een aanvullende (tand)verzekering?

De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B, C en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg wel als u 18 jaar of ouder bent. De vergoedingen staan hieronder, per verzekering. De codes tussen haakjes staan op de rekening van de tandarts. Voor orthodontie geldt een andere vergoeding.

Superfit

Superfit vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.600 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

Tandfit A

Tandfit A vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 200 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 75 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹⁴⁷), zoals gebitsreiniging.

Tandfit B

Tandfit B vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 150 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹⁴⁸), zoals gebitsreiniging.

Tandfit C

Tandfit C vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 250 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹⁴⁹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit Preventief

Tandfit Preventief vergoedt deze preventieve behandelingen:

- consult ten behoeve van een intake (C001)
- consult periodieke controle (C002)
- consult, niet zijnde periodieke controle (C003)
- aanvullende anamnese (C010)
- mondzorg aan huis (C020)
- preventieve voorlichting (M01)
- evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M40)
- onderzoek bacteriën en enzymen (M32)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een bescherm laag) (V30, V35)

147. M01 preventieve voorlichting, M02 evaluatie van preventie, M03 gebitsreiniging, M30 behandelen gevoelige tandhalzen, M32 onderzoek bacteriën/ enzymen, M40 fluoridebehandeling

148. M01 preventieve voorlichting, M02 evaluatie van preventie, M03 gebitsreiniging, M30 behandelen gevoelige tandhalzen, M32 onderzoek bacteriën/ enzymen, M40 fluoridebehandeling

149. M01 preventieve voorlichting, M02 evaluatie van preventie, M03 gebitsreiniging, M30 behandelen gevoelige tandhalzen, M32 onderzoek bacteriën/ enzymen, M40 fluoridebehandeling

Tandfit Preventief vergoedt ook de meeste andere codes voor tandheelkundige zorg, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. Van dat bedrag kunt u maximaal € 300 besteden aan vullingen (V-codes) en tandvlesbehandelingen (parodontologie, T-codes) samen.

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

- kronen, bruggen en inlays¹⁵⁰
- kunstgebit
- implantaten
- wortelkanaalbehandeling
- orthodontie

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (A20¹⁵¹, A30)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandeling van witte vlekken (M80, M81)
- MRA¹⁵² (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- orthodontie
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)

Andere vergoedingen

- Tandheelkundige zorg na een ongeval
- Tandheelkundige zorg tot 18 jaar
- Fronttandvervanging
- Bijzondere tandheelkunde
- Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar
- Orthodontie tot 18 jaar
- Orthodontie vanaf 18 jaar

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

150. Op maat gemaakte vullingen

151. De codes tussen haakjes staan op de rekening van uw tandarts

152. Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

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 na een ongeval

Heeft u een ongeval gehad, bijvoorbeeld een bal tegen uw gezicht of een val van uw fiets? Dan kan het nodig zijn de schade aan uw gebit te herstellen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Sommige gevallen Uit vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar, of vanaf 18 jaar volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese en Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
OntzorgPlus	€ 10.000
Tandfit A	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit B	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit C	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit Preventief	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de meeste tandheelkundige zorg. Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms de kaakchirurg, het kunstgebit en Bijzondere tandheelkunde, maar andere mondzorg niet. Ook niet na een ongeval.

Heeft u de aanvullende tandverzekering, Superfit of OntzorgPlus?

Superfit, de aanvullende tandverzekeringen, en soms OntzorgPlus, vergoeden tandheelkundige zorg na een ongeval om de schade aan uw gebit te repareren tot maximaal € 10.000 per kalenderjaar, voor maximaal 1 ongeval¹⁵³. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of gedeeltelijk kunstgebit.

Verder geldt:

- het ongeval moet gebeurd zijn terwijl u Superfit, Tandfit A, B, C of Preventief of OntzorgPlus had
- wij vergoeden de behandelingen tot 1 jaar na het ongeval
- op het moment van de behandeling heeft u Superfit, Tandfit A, B, C of Preventief of OntzorgPlus

Heeft u naast OntzorgPlus ook Superfit, Tandfit A, B, C of Preventief? Dan kunt u de vergoedingen uit die verzekeringen niet bij elkaar optellen. U kunt deze vergoeding maar 1 keer gebruiken. En krijgt dus nooit meer dan € 10.000 per kalenderjaar.

Wij vergoeden alleen de behandelingen die nodig zijn voor herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dus alleen om de schade aan uw gebit te herstellen die direct door het ongeval is ontstaan. Er is geen recht op vergoeding als de indicatie voor behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Moest een tand bijvoorbeeld toch al vervangen worden door een kroon? Dan geldt niet deze vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval, maar de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (A20¹⁵⁴, A30)
- behandeling van schade aan uw gebit door een gebeurtenis waarbij duidelijk is dat deze kan ontstaan. Zoals bijten op een hard voorwerp of het niet dragen van een gebitsbeschermer waar dat regel is
- behandeling van schade aan uw gebit die is ontstaan of verergerd door eten
- behandeling van schade aan uw gebit als u alcohol, drugs of verdovende middelen had gebruikt voorafgaand aan het ongeval

Andere vergoedingen

- Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
- Tandheelkundige zorg tot 18 jaar
- Fronttandvervanging
- Bijzondere tandheelkunde
- Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar
- Kaakchirurgie

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

153. Met ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw gebit, buiten uw wil, waarbij onmiddellijk schade aan uw gebit ontstaat

154. De codes tussen haakjes staan op de rekening van uw tandarts

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Voor vergoeding van tandheelkundige zorg na een ongeval moet u vooraf toestemming van ons hebben. Bij spoedeisende zorg mag dit achteraf. De volgende gegevens moeten bij uw aanvraag zitten: een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener, behandelplan, begroting en (röntgen)foto's.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafspraken die u niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

• Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	80% tot € 2.000, voor de hele looptijd van de verzekering - er geldt 1 jaar wachttijd
Topfit	80% tot € 3.000, voor de hele looptijd van de verzekering - er geldt 1 jaar wachttijd
Superfit	100%

Dit krijgt u vergoed

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden 'gewone' orthodontie als u jonger bent dan 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest. Uw orthodontist brengt de behandeling in rekening met zogenoemde A-tarieven van de NZa. De codes voor behandeling op uw rekening eindigen dan op een A.

Optifit en Topfit vergoeden 80% van de orthodontie tot 18 jaar, tot een maximaal bedrag. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Als het maximale bedrag is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar.

De vergoeding geldt alleen als de behandeling plaatsvindt nadat uw Optifit en Topfit langer dan 12 maanden loopt. Dat noemen wij een wachttijd. Past u uw aanvullende verzekering aan? Dan gaat de wachttijd van 12 maanden opnieuw lopen en heeft u pas daarna weer recht op vergoeding. De vergoeding die u al heeft gehad, trekken wij af van de vergoeding waarop u na 12 maanden recht heeft.

Superfit vergoedt orthodontie tot 18 jaar volledig. De aanvullende tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

Andere vergoedingen

Topfit en Superfit hebben ook een vergoeding voor Orthodontie vanaf 18 jaar.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- Orthodontist¹⁵⁵

Dit wordt niet vergoed

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

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

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

• Orthodontie vanaf 18 jaar

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

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

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

Dit krijgt u vergoed

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking van de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door ernstige aandoeningen, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

Heeft u de aanvullende verzekering Topfit of Superfit?

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een beugel nodig? De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden orthodontie vanaf 18 jaar, voor het herstellen van een functionele afwijking. Uw orthodontist brengt de behandeling in rekening met zogenoemde A-tarieven van de NZa. De codes voor behandeling op uw rekening eindigen dan op een A.

Topfit vergoedt voor orthodontie maximaal € 500 per kalenderjaar. Superfit vergoedt die orthodontie volledig.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- Orthodontist¹⁵⁶

Dit wordt niet vergoed

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

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

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de orthodontie alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Gaat u naar een orthodontist voor een behandelplan, dan maakt u al kosten. Krijgt u van ons geen toestemming voor de behandeling? Dan betaalt u die kosten zelf.

Heeft u al een orthodontietraject gehad en moet uw retentiebeugel vervangen worden? Daarvoor hoeft u vooraf geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

• Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar

Natuurlijk probeert u zo lang mogelijk uw gebit gezond te houden. Maar soms zal uw tandarts u aanraden een kunstgebit (ook wel: gebitsprothese) te nemen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Volledig kunstgebit en reparatie of rebasen, u betaalt een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 1.600 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit A	€ 200 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit B	€ 500 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit C	€ 1.250 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit Preventief	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering het volledige, uitneembare kunstgebit. Die vervangt alle tanden en kiezen in uw boven- of onderkaak, en u kunt het uit uw mond halen. Een gedeeltelijk kunstgebit, waarbij u nog wel tanden en kiezen in die kaak heeft, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet. Dat valt onder de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt 4 soorten volledige, uitneembare kunstgebitten:

1. een immediaatprothese: een tijdelijk kunstgebit dat u krijgt na het trekken van alle tanden en kiezen. U draagt het tot uw mond genezen is
2. een gewone prothese (vervangingsprothese, niet op implantaten): het kunstgebit dat u krijgt ná de immediaatprothese

3. een overkappingsprothese (niet op implantaten): een kunstgebit dat over uw eigen tandwortels wordt geplaatst
4. een kunstgebit op implantaten: een klikgebit

U krijgt een gedeeltelijke vergoeding. Dit is een percentage van de totale kosten inclusief materiaal- en techniekkosten. Dus de kosten van de tandarts of de tandprotheticus en de materiaal- en techniekkosten. Bij het gebit op implantaten tellen ook de magneetjes, staafjes of drukknoppen die boven het tandvlees uitsteken ('het vaste gedeelte van de suprastructuur') mee in de totale kosten.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze percentages van de totale kosten (inclusief materiaal- en techniekkosten):

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of de onderkaak: 75%
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 90%
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 92%
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 83%

Het percentage dat de Vrije Keuze Basisverzekering niet vergoedt, is uw eigen bijdrage. Die moet u zelf betalen.

Heeft u Superfit of Tandfit A, B of C? Dan vergoeden die nog (een deel van) uw eigen bijdrage, volgens vergoeding.

Ook bij de materiaal- en techniekkosten van uw kunstgebit vergoeden wij het marktconforme bedrag. In ons overzicht materiaal- en techniekkosten staat een indicatie hiervan. Zijn de materiaal- en techniekkosten van uw kunstgebit hoger? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Bij de beoordeling vragen wij uw zorgverlener om een toelichting.

En uw implantaten dan?

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt die alleen als u een heel erg geslonken kaak zonder tanden heeft. Dan geldt de vergoeding Bijzondere tandheelkunde. Heeft u die geslonken kaak niet, dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit of Tandfit A, B en C het aanbrengen van implantaten door de tandarts, volgens de vergoeding Tandheeskundige zorg vanaf 18 jaar.

En als uw kunstgebit niet meer past of kapot is?

Dan kunt u het laten repareren of rebasen (opvullen) door een tandprotheticus of tandarts. Heeft u het kunstgebit nog geen 4 maanden? Dan hoeft u daar niet voor te betalen. Is het ouder dan 4 maanden? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering reparatie en rebasen voor 90%.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- tandprotheticus

Andere vergoedingen

- de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt soms implantaten onder uw klikgebit, dat valt onder de vergoeding Bijzondere tandheelkunde
- als u jonger dan 18 jaar bent, vallen gebitsprotheses onder de vergoeding Tandheeskundige zorg tot 18 jaar

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

U betaalt een percentage van de totale kosten zelf:

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of onderkaak: 25%
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 10%
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 8%
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 17%

De nummers verwijzen naar de opsomming hierboven. De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B en C vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Voor de volgende zorg moet u toestemming van ons hebben:

- kunstgebit (1, 2 of 3 uit de opsomming hierboven) waarvan de materiaal- en techniekkosten hoger zijn dan de bedragen in ons overzicht materiaal- en techniekkosten
- vervangen van een kunstgebit (2 of 3 uit de opsomming hierboven) als dat minder dan 5 jaar oud is
- klikgebit (4 uit de opsomming hierboven)
- repareren of rebasen van een klikgebit (4 uit de opsomming hierboven)
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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 uw blijvende snij- of hoektanden en bent u jonger dan 23 jaar? Dan kan uw tandarts of een kaakchirurg die vervangen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%, tot 23 jaar, als noodzaak is vastgesteld voor 18e verjaardag
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
OntzorgPlus	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval van OntzorgPlus
Tandfit A	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit B	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit C	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit Preventief	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt het vervangen van 1 of meer blijvende snij- of hoektanden als:

- die helemaal ontbreekt of ontbreken door een ongeval, of omdat ze niet zijn aangelegd
- u jonger dan 23 jaar bent
- uw tandarts voor uw 18e verjaardag heeft vastgesteld dat vervanging nodig is, en
- de reparatie gedaan wordt met niet-plastisch materiaal zoals een kroon of een brug (inclusief implantaten die daarbij nodig zijn)

Heeft u een aanvullende (tand)verzekering?

Als u niet voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering, dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit, OntzorgPlus, en Tandfit A, B en C het vervangen van 1 of meer blijvende snij- of hoektanden soms (gedeeltelijk). Maar alleen als uw tandarts de zorg uitvoert. Dan geldt de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar of Tandheelkundige zorg na een ongeval.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- Kaakchirurg¹⁵⁷

157. De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

Voor de meeste mondzorg sluiten wij geen contracten. Wel voor kaakchirurgie. Gecontracteerde kaakchirurgen vindt u in onze Zorgzoeker. Kiest u voor een kaakchirurg waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Andere vergoedingen

Als u (ook) andere ernstige gebitsproblemen heeft, geldt de vergoeding Bijzondere tandheelkunde.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

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

Dit moet u zelf doen

Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig

Als u voor deze zorg naar de kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet, heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of huisarts. Voor acute zorg¹⁵⁸ heeft u geen verwijzing nodig.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Wij vergoeden deze zorg alleen als wij toestemming hebben gegeven voordat de behandeling begint.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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.

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

• Kaakchirurgie vanaf 18 jaar

Moet u geopereerd worden aan uw mond of kaak? Dan kunt u naar de kaakchirurg.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding
Tandfit A	Geen vergoeding
Tandfit B	Geen vergoeding
Tandfit C	Geen vergoeding
Tandfit Preventief	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt chirurgische tandheelkundige zorg. Bijvoorbeeld bij een moeilijk te verwijderen verstandskies of problemen met uw kaak. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook röntgenonderzoek als dat voor die behandeling nodig is.

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

Hier kunt u terecht

- Kaakchirurg¹⁵⁹, in het ziekenhuis of een zbc¹⁶⁰

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen¹⁶¹ in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

159. De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

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

161. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

Dit wordt niet vergoed

- chirurgie aan het tandvlees (parodontale chirurgie)
- trekken van tanden en kiezen als de tandarts dat kan doen
- implantaten (behalve als het gaat om Bijzondere tandheelkunde of om Fronttandvervanging)

Andere vergoedingen

- Bijzondere tandheelkunde, als u naar de kaakchirurg moet voor een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking
- Tandheelkundige zorg tot 18 jaar (kaakchirurgie valt daaronder als u jonger dan 18 jaar bent)
- Fronttandvervanging

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van uw tandarts, orthodontist, huisarts of medisch specialist¹⁶². Voor acute zorg¹⁶³ heeft u geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen kaakchirurgie¹⁶⁴ staan, moet u vooraf toestemming van ons hebben.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

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.

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

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

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

• Bijzondere tandheelkunde

Soms is gewone tandheelkundige zorg niet voldoende. Bijvoorbeeld omdat u een bijzondere aandoening heeft aan uw tanden, kaak of mond. Of omdat u een lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. Dan kan extra of andere mondzorg (bijzondere tandheelkunde) nodig zijn.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%, soms betaalt u een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit A	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit B	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit C	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit Preventief	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt bijzondere tandheelkunde in 3 situaties.

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een niet-aangeboren afwijking of probleem van tanden, kaak of mond heeft. Bijvoorbeeld: het ontbreken van tanden of kiezen door een erfelijke oorzaak.
2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. Bijvoorbeeld: ernstige Parkinson, een verstandelijke beperking of extreme angst.
3. Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet krijgen die zonder bijzondere tandheelkundige zorg geen goed resultaat zal hebben. Bijvoorbeeld: een orgaantransplantatie of een hartoperatie, waarvoor uw mond ontstekingsvrij moet worden gemaakt.

In situaties 1 en 2 geldt ook nog dat uw gebit zonder bijzondere tandheelkunde niet op de voor u normale manier kan (blijven) functioneren. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de bijzondere tandheelkunde die nodig is om er voor te zorgen dat u de voor u normale tandfunctie terugkrijgt of behoudt.

In situatie 3 vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering 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.

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

De basisverzekering vergoedt soms implantaten

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

De basisverzekering vergoedt meestal geen 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
- bij de behandeling ook een kaakchirurg of een zorgverlener van buiten de tandheelkunde moet worden betrokken

Hier kunt u terecht

- tandarts
- Kaakchirurg¹⁶⁵
- orthodontist
- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

Zorg die niet rechtstreeks met situatie 1, 2 of 3 hierboven te maken heeft, betaalt u vanaf 18 jaar zelf. Bijvoorbeeld als u heel erge angst 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. Zo werkt de eigen bijdrage

Soms vergoedt uw aanvullende (tand)verzekering deze eigen bijdrage (gedeeltelijk) uit de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig

Als u naar een kaakchirurg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) gaat, heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Voor deze zorg moet u vooraf toestemming van ons hebben. Let op! Wij kunnen de toestemming intrekken als u zich niet aan de instructies van uw zorgverlener houdt (bijvoorbeeld: een beugel niet draagt).

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

165. De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

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.

● Psychische zorg

● Geneeskundige ggz

Heeft u psychische problemen die de huisarts of POH-ggz niet zelf kan behandelen? Dan kan uw huisarts u doorverwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 500 voor consulten bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.000 voor consulten bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 1.500 voor consulten bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt geneeskundige ggz vanaf 18 jaar, als er een vermoeden is dat u een psychische stoornis heeft. Of als zo'n stoornis al bij u is vastgesteld. Het moet gaan om een psychische stoornis volgens DSM-5¹⁶⁶.

Bij psychische problemen is uw huisarts of de bedrijfsarts het eerste aanspreekpunt. Bij twijfel over de aanpak van uw klachten kan de hulp worden ingeroepen van zorgverleners binnen de ggz en het sociaal domein om samen met u te bespreken hoe u het beste kunt worden geholpen. Dit heet een verkennend gesprek.

Bij een vermoeden van een psychische stoornis, verwijst de huisarts of bedrijfsarts u door voor geneeskundige ggz. De behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog¹⁶⁷ of psychotherapeut. Dat kan soms ook via video-consulten. Ook kunnen e-health programma's onderdeel zijn van de behandeling.

U krijgt altijd een indicierend en coördinerend regiebehandelaar. Zij zijn voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt in de verschillende fasen van de behandeling. Soms vervult één persoon allebei deze taken. Een regiebehandelaar kan ook andere behandelaars inzetten en zorgt dan voor goede samenwerking.

166. '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

167. Ook: gezondheidszorgpsycholoog

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden de behandeling van werk- of relatieproblemen en aanpassingsstoornissen, voor alle leeftijden. Het maakt niet uit of uw zorgverlener een contract met ons heeft. Maar er geldt wel een maximale vergoeding per kalenderjaar. Die bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

Een ggz-praktijk of ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ¹⁶⁸. Een regiebehandelaar is bijvoorbeeld een psychiater, klinisch psycholoog, gz-psycholoog of klinisch neuropsycholoog. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

Voor zorg uit de aanvullende verzekering mogen de volgende zorgverleners regiebehandelaar zijn:

- Gz-psycholoog¹⁶⁹
- klinisch psycholoog
- psychotherapeut
- kinder- of jeugdpsycholoog, geregistreerd bij NIP of SKJ
- orthopedagoog-generalist

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden. Dit geldt niet voor zorg uit de aanvullende verzekering.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke Nederlandse zorgverleners we een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van vliegangst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook geen behandeling van werkproblemen¹⁷⁰, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen¹⁷¹. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger wel.

Andere vergoedingen

- Psychische zorg bij de huisarts, als uw huisarts of POH-ggz¹⁷² u zelf kan helpen

168. In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicierend en coördinerend regiebehandelaar zijn

169. Ook: gezondheidszorgpsycholoog

170. Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid

171. 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

172. Praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg, die werkt in een huisartsenpraktijk en is opgeleid voor het helpen bij psychische klachten

- Opname voor geneeskundige ggz, als opname in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis nodig is

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Het verkennend gesprek en de zorg uit de aanvullende verzekering vallen niet onder het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar een zorgverlener gaat, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of de straatdokter. Voor acute zorg¹⁷³ heeft u geen verwijzing nodig.

Als het gaat om een aanpassingsstoornis (alleen aanvullende verzekering) mag de jeugdarts ook verwijzen.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u doorverwijzen naar andere geneeskundige ggz. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

U moet vooraf toestemming van ons hebben als uw ggz-instelling geen contract met ons heeft.

Gaat u naar een ggz-praktijk, dan hoeft u dus geen toestemming te vragen. Informeer bij uw zorgverlener of het een praktijk of instelling is.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de geneeskundige ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg. Daardoor krijgt u de behandeling misschien niet of niet helemaal vergoed.

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

WachtlIJst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlIJst is bij de zorgverlener van uw keuze, kunt u onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen naar een andere zorgverlener. Ook in andere situaties kunt u de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

• Opname voor geneeskundige ggz

Als een opname nodig is bij ernstige psychische problemen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een behandeling in de ggz, volgens de vergoeding Geneeskundige ggz. Soms is voor die behandeling ook een opname nodig. Dan geldt ook de vergoeding die u nu leest.

Heeft u een indicatie voor geneeskundige ggz en is een opname nodig voor een goed resultaat? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering een ggz-opname vanaf 18 jaar. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook de verpleging en verzorging, paramedische zorg¹⁷⁴, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij een opname nodig zijn. Krijgt u tijdens de opname dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

U krijgt altijd een indicerend en coördinerend regiebehandelaar. Zij zijn voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt in de verschillende fasen van de behandeling. Soms vervult één persoon allebei deze taken. Een regiebehandelaar kan ook andere behandelaars inzetten en zorgt dan voor goede samenwerking.

Hier kunt u terecht

Een ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicerend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ¹⁷⁵. Dat is meestal een klinisch psycholoog of psychiater. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

174. Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

175. In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicerend en coördinerend regiebehandelaar zijn

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke Nederlandse zorgverleners we een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van werkproblemen¹⁷⁶, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen¹⁷⁷
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar een zorgverlener gaat, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of de straatdokter. Voor acute zorg¹⁷⁸ heeft u geen verwijzing nodig.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u verwijzen voor opname in een (andere) ggz-instelling. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

U moet vooraf toestemming van ons hebben als uw ggz-instelling geen contract met ons heeft.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de geneeskundige ggz die klinisch psychologen en psychiaters normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Zonder opname als het kan, met opname als het nodig is.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Dagen dat u buiten het ziekenhuis bent voor vakantie- of weekendverlof tellen wel mee voor het volmaken van de 3 jaar.

176. Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid

177. 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

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

Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

Soms krijgt u uw geneesmiddelen van uw ggz-instelling

Krijgt u bij uw behandeling geneesmiddelen? Dan vallen die meestal onder de vergoeding Geneesmiddelen. Behalve als de ggz-instelling het geneesmiddel levert. Dan valt het geneesmiddel onder deze vergoeding.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Daardoor krijgt u misschien niet alles vergoed. En voor een opname in het buitenland moet u altijd vooraf toestemming van ons hebben.

WachtlIJst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlIJst is bij de zorgverlener van uw keuze, kunt u onze ZorgConsulent vragen u naar een andere zorgverlener te bemiddelen. Ook in andere situaties kunt u de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

● Anticonceptie

● Anticonceptie

Wilt u een zwangerschap voorkomen? Met anticonceptie (of: voorbehoedsmiddelen) kan dat.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% tot 21 jaar bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding In bepaalde gevallen ook boven 21 jaar Soms betaalt u een eigen bijdrage
Startfit	100% vanaf 21 tot 30 jaar
Benfit	100% vanaf 21 jaar
Optifit	100% vanaf 21 jaar
Topfit	100% vanaf 21 jaar
Superfit	100% vanaf 21 jaar

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende (geregistreerde) anticonceptiemiddelen, als u jonger dan 21 jaar bent:

1. anticonceptiepil
2. prikpil
3. anticonceptiepleister
4. anticonceptiering
5. anticonceptiestaaftje
6. hormoonspiraaltje
7. koperspiraaltje
8. pessarium

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt anticonceptiemiddelen met hormonen (1 tot en met 6) ook als u 21 jaar of ouder bent en u endometrioze (aandoening van het baarmoederslijmvlies) of bloedarmoede door hevig bloedverlies (menorragie) heeft.

Let op: laat u een anticonceptiemiddel plaatsen (of verwijderen) door een gynaecoloog? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist. Uw leeftijd maakt dan niet uit, maar vanaf 18 jaar betaalt u dan eigen risico.

Heeft u een aanvullende verzekering?

Als u 21 jaar of ouder en die aandoeningen niet heeft, dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Startfit en hoger de anticonceptiemiddelen die hierboven staan. Bij Startfit stopt de vergoeding als u 30 jaar wordt. Benfit en hoger vergoeden ook nog daarna.

Hier kunt u terecht

Anticonceptiemiddelen haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Een anticonceptiestaaftje of spiraaltje laat u plaatsen (of verwijderen) door:

- huisarts
- verloskundige
- gynaecoloog

Let op: bij de gynaecoloog is het anticonceptiestaaftje of spiraaltje onderdeel van de behandeling. U koopt het dan niet zelf.

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden. Dit geldt niet voor zorg uit de aanvullende verzekering.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke Nederlandse zorgverleners we een contract hebben.

Andere vergoedingen

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden ook sterilisatie.

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

Voor sommige anticonceptiemiddelen met hormonen betaalt u een eigen bijdrage. Deze eigen bijdragen zijn totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Hierin tellen ook de eigen bijdragen van (andere) geneesmiddelen mee. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdragen. Op medicijnkosten.nl kunt u zien of er een eigen bijdrage geldt. Zo werkt de eigen bijdrage

Startfit en hoger vergoeden de eigen bijdrage voor anticonceptiemiddelen. Startfit vergoedt deze eigen bijdrage tot 30 jaar. Benfit en hoger vergoeden ook daarna.

Het eigen risico

U betaalt eigen risico voor:

- het anticonceptiemiddel als u 18 jaar of ouder bent en de basisverzekering het middel vergoedt
- het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiestaaftje of spiraaltje door de gynaecoloog als u 18 jaar of ouder bent

Voor het plaatsen en verwijderen bij de huisarts of verloskundige betaalt u geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Voor anticonceptiemiddelen met hormonen (1 tot en met 6) moet u een voorschrift hebben van uw (huis)arts, medisch specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant¹⁷⁹.

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

Voor een pessarium moet u een voorschrift hebben van uw huisarts of medisch specialist.

Voor een koperspiraaltje moet u een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist of verloskundige.

Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje of anticonceptiestaafje door de gynaecoloog moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of verloskundige.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Zo is het reglement Farmaceutische zorg van toepassing, én de algemene regels. Daarin staat bijvoorbeeld dat het bij de anticonceptiemiddelen met hormonen moet gaan om geregistreerde, door ons aangewezen geneesmiddelen.

Het pessarium en koperspiraaltje zijn ook hulpmiddelen

Daarom zijn de basisregels hulpmiddelen ook van toepassing.

U krijgt een vaste afleverhoeveelheid mee

Per recept vergoeden wij de kosten van de anticonceptiepil voor maximaal 1 jaar.

• Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)

Om zwangerschap te voorkomen. Of juist weer mogelijk te maken.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	1x voor hele looptijd verzekering € 1.000 voor sterilisatie vrouw € 350 voor sterilisatie man Max. Geen vergoeding voor hersteloperatie
Optifit	1x voor hele looptijd verzekering € 1.200 voor sterilisatie vrouw € 400 voor sterilisatie man Max. Geen vergoeding voor hersteloperatie
Topfit	• 100% sterilisatie en hersteloperatie • voor hersteloperatie wachttijd van 1 jaar
Superfit	• 100% sterilisatie en hersteloperatie • voor hersteloperatie wachttijd van 1 jaar

Dit krijgt u vergoed

Wilt u geen kinderen (meer)? Een sterilisatie is een meestal blijvende manier om zwangerschap te voorkomen. Dit kan bij een vrouw, maar ook bij een man. Dan spreken we ook wel van 'vasectomie'. Een hersteloperatie (refertilisatie) kan de sterilisatie soms weer ongedaan maken.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt geen sterilisatie of hersteloperatie.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Benfit en Optifit vergoeden alleen sterilisatie. Topfit en Superfit vergoeden ook een hersteloperatie. Maar die hersteloperatie vergoeden wij alleen als die plaatsvindt nadat uw Topfit of Superfit langer dan 12 maanden loopt. Dat noemen wij een wachttijd. Past u uw aanvullende verzekering aan? Dan gaat de wachttijd van 12 maanden opnieuw lopen en heeft u pas daarna weer recht op vergoeding.

Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- medisch specialist
- voor vasectomie: ook huisarts

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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

• Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

Een aanvulling op reguliere behandelingen. Bijvoorbeeld van een alternatief arts, osteopaat of chiropractor.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 30 per dag, tot € 100 Geen geneesmiddelen Max. per dag/kalenderjaar
Benfit	€ 40 per dag, tot € 350 Geen geneesmiddelen Max. per dag/kalenderjaar
Optifit	€ 50 per dag + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 550 Max. per dag/kalenderjaar
Topfit	€ 65 per dag + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 1.000 Max. per dag/kalenderjaar
Superfit	€ 75 per dag + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 1.500 Max. per dag/kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg zijn onderzoeken en behandelingen waarvan wetenschappelijk (nog) niet bewezen is of ze werken.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt alternatieve geneeswijzen en beweegzorg niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger vergoeden:

- alternatieve geneeswijzen: consulten en behandelingen gericht op (het genezen van) een aandoening
- alternatieve beweegzorg: chiropractie, osteopathie en manuele therapie E.S. (eggshell)

Optifit en hoger vergoeden ook geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, als de arts of behandelaar die bij uw behandeling voorschrijft. Geregistreerde geneesmiddelen staan in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs). Op medicijnkosten.nl kunt u zien of het geneesmiddel is opgenomen in het gvs.

Wij vergoeden een maximaal bedrag per dag voor de consulten of behandelingen. En er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor alle alternatieve zorg samen. De bedragen staan hierboven.

Hier kunt u terecht

- Arts¹⁸⁰
- Behandelaar¹⁸¹
- voor geneesmiddelen: apotheek of apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- (laboratorium)onderzoek, ook niet als uw arts of behandelaar dat voor uw behandeling nodig vindt
- geneesmiddelen die u ergens anders haalt dan bij de apotheek of apotheekhoudende huisarts

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

Let op dat uw zorgverlener voldoet aan de eisen

Uw zorgverlener moet een arts zijn. Of volwaardig lid van een door ons erkende beroepsorganisatie en voldoen aan de PLATO-eisen. Daarnaast moet uw arts of behandelaar een actieve agb-code hebben. Anders vergoeden wij de zorg niet.

Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig

Voor geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw arts of behandelaar. Voor de behandelingen en consulten heeft u geen verwijzing nodig.

De agb-code moet op de rekening staan

Op de rekening moet staan welke agb-code uw arts of behandelaar heeft.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die normaal gesproken binnen het beroepsprofiel van de arts of behandelaar valt. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is. Activiteiten die niet gericht zijn op (genezing van) een aandoening vergoeden wij niet. Dit geldt bijvoorbeeld voor yoga en mindfulness.

180. Deze moet een actieve agb-code hebben

181. Deze moet volwaardig lid zijn van een door ons erkende beroepsorganisatie, voldoen aan de PLATO-eisen en een actieve agb-code hebben

• Horen, zien en spreken

• Audiologische zorg

Heeft u problemen met uw gehoor, bijvoorbeeld dat u een gesprek wel hoort, maar niet goed verstaat? Specialisten in een audiologisch centrum kunnen u verder helpen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland • 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze audiologische zorg:

- 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 gehoorproblemen
- hulp bij het stellen van een diagnose bij taal- en spraakstoornissen voor kinderen

In een audiologisch centrum werkt een team van specialisten op het gebied van gehoorproblemen en problemen die daarmee samenhangen, zoals spraakproblemen.

Hier kunt u terecht

- audiologisch centrum

Zorgverlener zonder contract

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

Wij contracteren alle ziekenhuizen¹⁸² in Nederland. Wilt u naar een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Andere vergoedingen

- Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

182. Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken

- Hulpmiddelen bij problemen met horen

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar het audiologisch centrum gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, kinderarts of KNO-arts.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

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

Als u of uw kind last heeft van een lui oog, scheelzien of dubbelzien.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Volgens de vergoeding Medisch specialist
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 500 Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 750 Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 1.500 Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

Heeft u of uw kind een lui oog, last van scheelzien of dubbelzien? Dan verwijst de huisarts u of uw kind naar de orthoptist. Die werkt op de afdeling oogheelkunde van een ziekenhuis, of in een oogkliniek. De orthoptist onderzoekt en behandelt gezichtsproblemen die te maken hebben met de stand, beweging en samenwerking van de ogen. We noemen dat orthoptie. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt orthoptie. Daarvoor geldt de vergoeding Medisch specialist.

Heeft u een aanvullende verzekering?

Wilt u naar een orthoptist buiten het ziekenhuis of oogkliniek? Of wilt u voor andere klachten naar de orthoptist, bijvoorbeeld omdat u leesproblemen heeft, of hoofdpijn? Dan geldt de vergoeding die u nu leest. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden orthoptie tot een maximaal bedrag per kalenderjaar. De bedragen staan hierboven.

Hier kunt u terecht

- orthoptist die werkt in een ziekenhuis of zbc¹⁸³
- orthoptist in een vrijgevestigde praktijk

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

Het eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**Voor de orthoptist heeft u geen verwijzing nodig**

Wilt u (ook) naar de oogarts? Dan moet u wel vooraf een verwijzing hebben. Daarvoor geldt de vergoeding Medisch specialist.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

• Bril, (contact)lenzen en ooglaseren

Ziet u niet scherp meer?

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij medische indicatie, uit vergoeding Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 75 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen
Optifit	€ 150 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen
Topfit	€ 300 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen
Superfit	€ 300 per 2 aansluitende kalenderjaren Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt brillenglazen en lenzen alleen als u ze op medische indicatie moet gebruiken, bijvoorbeeld omdat u een oogaandoening heeft. Ze vallen dan onder de vergoeding Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie.

Als u een bril of lenzen nodig heeft vanwege bij- of verziendheid, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering dat niet. Die vergoedt daarvoor ook geen ooglaserbehandeling.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden:

- brillenglazen met of zonder montuur
- Prismabril¹⁸⁴
- contactlenzen, nachtlenzen, torische lenzen
- geïmplanteerde lenzen
- ooglaserbehandeling
- reparatie van de bril

De brillenglazen en lenzen moeten versterkend zijn of een corrigerende werking hebben.

Er geldt een maximale vergoeding per 2 aansluitende kalenderjaren. Voor de maximale vergoeding telt ieder jaar de vergoeding in het vorige kalenderjaar mee. Wij vergoeden dus nooit meer dan de maximale vergoeding min het bedrag dat u vorig jaar vergoed heeft gekregen. U kunt het volledige

184. Een bril tegen dubbelzien

vergoedingsbedrag alleen gebruiken als u in het vorige jaar geen vergoeding heeft gehad. De maximale bedragen voor de 2 jaren staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

- bril en contactlenzen: opticien
- ooglaseren en geïmplanteerde lenzen: ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc¹⁸⁵)

Dit wordt niet vergoed

- lenzenvloeistof
- los brilmontuur
- brillenkoker en andere accessoires
- oogmeting (refractiemeting) en oogcontrole, aanmeetkosten en aanpassingskosten
- duikbril
- Floaterlaseren¹⁸⁶

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Declareer bij een nieuwe bril montuur en glazen samen

Heeft u een nieuwe bril? Declareer deze dan als één geheel. Een los montuur vergoeden wij namelijk niet.

Zorg dat rekeninggegevens compleet zijn

Dit moet op de rekening voor een bril of (contact)lenzen staan:

- naam en geboortedatum
- soort brillenglazen of (contact)lenzen
- correctie of sterkte
- gegevens van het montuur
- bedrag van de brillenglazen, (contact)lenzen en het montuur
- als u korting krijgt: voor welke onderdelen die geldt

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

186. Laseren tegen vlekken die u ziet zweven

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

• Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Heeft u ernstige problemen met zien of horen? Of met spraak of taal? Zintuiglijk gehandicaptenzorg kan u dan helpen om zo zelfstandig mogelijk te functioneren.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% De zorg en medisch noodzakelijke opname
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt multidisciplinaire zintuiglijk gehandicaptenzorg als 1 van de volgende 3 situaties voor u geldt:

- u bent doof of slechthorend (auditieve beperking)
- u bent blind of slechtziend (visuele beperking)
- u bent jonger dan 23 jaar en heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal (een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis)

Multidisciplinaire zintuiglijk gehandicaptenzorg krijgt u van een team van specialisten uit verschillende vakgebieden, bijvoorbeeld een psycholoog, orthopedagoog en ergotherapeut (multidisciplinair). De zorg kan bestaan uit onderzoek van uw 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 uw beperking maakt onderdeel uit van de zorg.

Meestal hoeft u niet opgenomen te worden. Maar als uw behandeling alleen kan slagen met een tijdelijke opname, dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die ook.

Hier kunt u terecht

Instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg, die:

- wettelijk is toegelaten voor de zorg en
- een kwaliteitskeurmerk ISO of HKZ heeft

Een multidisciplinair team verleent de zorg.

Dit wordt niet vergoed

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (bijvoorbeeld een doventolk)
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan volwassen doofblinden en prelinguaal doven¹⁸⁷

Andere vergoedingen

- Ziekenvervoer als u blind of slechthziend bent en u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen
- Hulpmiddelen

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Van wie u een verwijzing moet hebben, ligt aan uw beperking:

- bij een auditieve of communicatieve beperking: van een medisch specialist of klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum, volgens de richtlijnen van de FENAC¹⁸⁸
- bij een visuele beperking: van een medisch specialist, volgens de richtlijnen 'Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing' van het NOG. Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een eenvoudige revalidatievraag? Dan heeft u geen nieuwe verwijzing nodig

Heeft u na de eerste verwijzing een nieuwe zorgvraag, maar is er aan uw aandoening niks veranderd? Dan kan ook uw huisarts of jeugdarts u verwijzen.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Als u moet worden opgenomen, moet u vooraf toestemming van ons hebben.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van uw beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Dagen dat u buiten het ziekenhuis bent voor vakantie- of weekendverlof tellen wel mee voor het volmaken van de 3 jaar.

187. Mensen die doof zijn vanaf de geboorte of heel jonge leeftijd, voordat de taalontwikkeling begint

188. Federatie van Nederlandse Audiologische Centra

• Logopedie

Heeft u problemen met spreken, ademen of slikken? Een logopedist kan die problemen soms behandelen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt logopedie die een geneeskundig doel heeft. Dat betekent dat de logopedist u behandelt voor problemen die te maken hebben met het functioneren van bijvoorbeeld uw mondspieren, stembanden of ademhaling.

Hier kunt u terecht

- logopedist

Let op! Voor 4 behandelingen kunt u alleen terecht bij een gespecialiseerde logopedist:

- behandeling van stotteren
- behandeling van afasie
- preverbale logopedie
- Hanen ouderprogramma

U vindt de gespecialiseerde logopedisten in de registers van de NVLF.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van dyslexie
- behandeling van taalproblemen door dialect of doordat u een andere moedertaal heeft
- behandeling om onderwijs te ondersteunen
- muziektherapie

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

• Stottertherapie

Komt u door stotteren niet uit uw woorden?

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 350 voor hele looptijd verzekering Max.
Optifit	€ 500 voor hele looptijd verzekering Max.
Topfit	€ 750 voor hele looptijd verzekering Max.
Superfit	100%

Dit krijgt u vergoed

Bij stotteren praat u niet vloeiend. U herhaalt klanken of woorden, of blokkeert aan het begin van een woord. Stottertherapie kan dan helpen. Voorbeelden van stottertherapie zijn de Del Ferro methode, het McGuire programma en de BOMA-methode. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dit soort stottertherapie niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden stottertherapie. Voor Benfit, Optifit en Topfit geldt een maximale vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Superfit vergoedt de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- instituut voor stottertherapie

Dit wordt niet vergoed

- overnachting
- maaltijden tijdens de therapie

Andere vergoedingen

- Logopedie

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt rechtstreeks naar het instituut gaan.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

• Hulpmiddelen

• Hulpmiddelen

Heeft u een hulpmiddel nodig voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging?

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding • soms betaalt u een eigen bijdrage Volgens de vergoedingen Hulpmiddelen basisverzekering
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250, voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 500, voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 1.000, voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt hulpmiddelen en verbandmiddelen die u nodig heeft bij het herstel van een ziekte of aandoening, of als u met een ziekte of aandoening moet leven.

Hieronder staat om welke (groepen van) hulpmiddelen het gaat. Via de lijst klikt u door naar de vergoeding. Daar staat waar u recht op heeft en wat de voorwaarden zijn. Bijvoorbeeld of u een voorschrift nodig heeft, of toestemming moet vragen. En hoe het zit met het eigen risico en de eigen bijdrage. Wilt u snel zoeken naar de belangrijkste voorwaarden? Die hebben wij overzichtelijk bij elkaar gezet in een [Overzicht hulpmiddelen](#).

Voor deze hulpmiddelen gelden ook de [basisregels hulpmiddelen](#). Daar staat bijvoorbeeld in dat u hulpmiddelen zorgvuldig moet gebruiken en onderhouden. En hoe het zit met vervanging, reparatie en onderhoud.

- [Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers](#)
- [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#)
- [CPAP-apparaten](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#)
- [Hulphonden](#)
- [Hulpmiddelen bij chronische pijnbestrijding](#)

- Hulpmiddelen bij diabetes
- Hulpmiddelen bij problemen met ademen
- Hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- Hulpmiddelen bij problemen met horen
- Hulpmiddelen bij problemen met spreken
- Hulpmiddelen bij problemen met urine en ontlasting
- Hulpmiddelen bij problemen met zien
- Hulpmiddelen bij trombose
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed
- Hulpmiddelen voor Anticonceptie
- Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding
- Incontinentiemateriaal
- Infuuspomp voor geneesmiddelen
- Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen
- Kappen voor schedelbescherming
- Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)
- Mammaprothesen
- Met thuisdialyse samenhangende kosten
- MRA
- Orthesen
- Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen
- Persoonsalarmering
- Prothesen
- Pruik
- Therapeutisch elastische kousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen
- Verbandmiddelen
- Verbandschoenen
- Zuurstofapparaten

Heeft u een aanvullende verzekering?

Staat in de vergoeding dat u voor het hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden de eigen bijdrage (deels). De maximale vergoeding per kalenderjaar staat bovenaan deze vergoeding.

Andere vergoedingen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de hulpmiddelen hierboven. Er zijn ook hulpmiddelen die (gedeeltelijk) door de aanvullende verzekeringen worden vergoed. Daarvoor gelden de basisregels hulpmiddelen niet.

- Bevalling-TENS
- Bril, (contact)lenzen en ooglasers
- Eenvoudige loophulpmiddelen
- Plaswekker
- Steunpessarium
- steunzolen: uit vergoeding Voetzorg

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals een onnodig kostbaar hulpmiddel.

Soms wordt een hulpmiddel vergoed via het ziekenhuis

Is een hulpmiddel onderdeel van uw behandeling door de medisch specialist? Of wordt het geïmplantéerd? Dan valt het hulpmiddel onder de vergoeding Medisch specialist. Wij vergoeden het dan niet apart.

De overheid heeft een handig overzicht van hulpmiddelen

Dit is de hulpmiddelenwijzer. Heeft u toch nog vragen? Ons Service Center helpt u verder.

• Steunpessarium

Een oplossing voor bekkenbodemp Problemen bij de vrouw.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	100%
Optifit	100%
Topfit	100%
Superfit	100%

Dit krijgt u vergoed

Heeft u bekkenbodempklachten, bijvoorbeeld een verzakking van uw blaas of baarmoeder? Een steunpessarium kan verlichting geven of uw klachten verhelpen. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt zo'n steunpessarium niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden de kosten van een steunpessarium, als de huisarts het plaatst. U kunt ook zelf leren om de ring eruit te halen en weer terug te doen.

Hier kunt u terecht

Het steunpessarium haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

U laat het plaatsen bij uw huisarts. Die kan u ook leren hoe u het pessarium zelf kunt verwijderen en inbrengen.

Laat u het steunpessarium plaatsen bij de gynaecoloog? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist. U koopt het steunpessarium dan niet zelf.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Laat u het pessarium plaatsen en verwijderen door de gynaecoloog? Daarvoor geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U heeft geen voorschrift nodig**

U kunt het steunpessarium zonder voorschrift (recept) halen bij de apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Plaswekker

Droog de nacht door.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 85 voor hele looptijd verzekering Max., voor huur of koop
Optifit	€ 85 voor hele looptijd verzekering Max., voor huur of koop
Topfit	100% 1x voor hele looptijd verzekering Huur of koop
Superfit	100% 1x voor hele looptijd verzekering Huur of koop

Dit krijgt u vergoed

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 Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt zo'n plaswekker niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden een plaswekker. U kiest zelf of u die huurt of koopt. Benfit en Optifit vergoeden maximaal € 85. Als dat bedrag is bereikt, vergoeden wij dit hulpmiddel niet meer. Ook niet in een volgend jaar. Topfit en Superfit vergoeden een plaswekker eenmaal volledig.

Hier kunt u terecht

- leverancier van plaswekkers

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een leverancier voor de plaswekker.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

De verzekering van uw kind bepaalt de vergoeding

Koopt of huurt u een plaswekker voor uw kind? Dan valt dat niet onder uw eigen verzekering, maar onder die van uw kind. Als de naam van uw kind op de rekening staat, kunnen wij uw declaratie sneller afhandelen.

● Huid en haar

● Acnebehandeling

De juiste behandeling bij acne. Of bij littekens van genezen acne.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 150, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 200, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 300, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 400, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 500, alle leeftijden Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

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). Dat valt onder de vergoeding huisarts of Medisch specialist.

De huidarts kan acnebehandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voorschrijven. U blijft dan (als dat nodig is) onder behandeling bij de huidarts en gaat daarnaast naar de huidtherapeut of de schoonheidsspecialist. Die bekijkt welke soort acne u heeft en welke behandeling nodig is. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de behandeling door de huidtherapeut of schoonheidsspecialist niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen vergoeden de behandeling van actieve acne en van littekens van genezen acne. De vergoeding geldt tot 21 jaar, behalve bij Superfit. Die vergoedt de zorg ook vanaf 21 jaar. Startfit en hoger hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

- Huidtherapeut¹⁸⁹
- Schoonheidsspecialist¹⁹⁰

189. Deze moet kwaliteit geregistreerd staan als huidtherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici en een actieve agb-code hebben

190. Deze moet geregistreerd staan als schoonheidsspecialist in het SKIN register of Huidpro register en een actieve agb-code hebben

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U moet een voorschrift van uw huidarts (dermatoloog) hebben**

Stuur het voorschrift mee met uw eerste declaratie.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

De aandoening en agb-code moeten op de rekening staan

Op de rekening moet staan dat u de behandeling krijgt voor acne of littekens van acne. En wat de agb-code van uw huidtherapeut of schoonheidsspecialist is.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Camouflage-instructie

Leren om een ontsierende huidafwijking te verbergen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 70 voor 2 instructielessen Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 70 voor 2 instructielessen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 120 voor 2 instructielessen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 120 voor 2 instructielessen Max. per kalenderjaar

Dit krijgt u vergoed

Als u littekens of huidvlekken in uw gezicht of hals heeft, wilt u die misschien met professionele cosmetica verbergen. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist kan u leren hoe dat gaat. We noemen dat camouflage-instructie. U bespreekt samen welke producten u het beste kunt gebruiken, en u oefent hoe u die aanbrengt, fixeert en verwijderd. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze zorg niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

Als u een ernstig ontsierende huidafwijking in uw gezicht of hals heeft, dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Benfit en hoger camouflage-instructie. Topfit en Superfit vergoeden camouflage-instructie ook als daarvoor een andere medische reden bestaat.

Benfit en Optifit vergoeden maximaal € 70 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden maximaal € 120 per kalenderjaar. Wij vergoeden maximaal 2 instructielessen per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

- Huidtherapeut¹⁹¹
- Schoonheidsspecialist¹⁹²

Dit wordt niet vergoed

- schoonheidsbehandeling
- camouflageproducten voor thuis

191. Deze moet kwaliteitsgeregistreerd staan als huidtherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici en een actieve agb-code hebben

192. Deze moet geregistreerd staan als schoonheidsspecialist in het SKIN register of Huidpro register en een actieve agb-code hebben

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

De agb-code moet op de rekening staan

Op de rekening moet staan wat de agb-code van uw huidtherapeut of schoonheidsspecialist is.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Elektrische epilatie en laserbehandeling

Een oplossing voor overbeharing in het gezicht.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 350 voor hele looptijd verzekering Max.
Optifit	• € 750 voor hele looptijd verzekering • er geldt 1 jaar wachttijd Max.
Topfit	• € 1.500 voor hele looptijd verzekering • er geldt 1 jaar wachttijd Max.
Superfit	€ 2.000 voor hele looptijd verzekering Max.

Dit krijgt u vergoed

Heeft u in uw gezicht last van meer dan gewone (dus overmatige) haargroei? Dit kan bijvoorbeeld komen door de aandoeningen hirsutisme of hypertrichose. U heeft dan haar, waar andere mensen dat niet hebben. Of opvallend veel haargroei. U kunt dit haar weg laten halen door elektrisch ontharen (epilatie), behandeling met pulslucht (ipl) of laser.

Voor transgender vrouwen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms (na onze toestemming) epilatie of laserbehandeling van gezichts- en halsbehaar. Dit valt onder de vergoeding Plastische chirurgie. In andere gevallen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering elektrische epilatie, ipl- of laserbehandeling niet.

Heeft u een aanvullende verzekering?

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden elektrische epilatie, ipl- en laserbehandeling voor overmatige haargroei in het gezicht.

Er geldt een maximale vergoeding. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar.

Bij Optifit en Topfit geldt de vergoeding alleen als de behandeling plaatsvindt nadat uw Optifit of Topfit langer dan 12 maanden loopt. Dat noemen wij een wachttijd. Past u uw aanvullende verzekering aan? Dan gaat de wachttijd van 12 maanden opnieuw lopen en heeft u pas daarna weer recht op vergoeding. De vergoeding die u al heeft gehad, trekken wij af van de vergoeding waarop u na 12 maanden recht heeft.

Hier kunt u terecht

- Huidtherapeut¹⁹³
- Schoonheidsspecialist¹⁹⁴
- Medisch specialist¹⁹⁵

Dit wordt niet vergoed

- weghalen van haar op de hals of andere lichaamsdelen
- weghalen van haar bij 'gewone' haargroei
- apparatuur om thuis te ontharen, zoals ipl-apparaat

Andere vergoedingen

- Plastische chirurgie voor ontharing als onderdeel van transgenderzorg

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Op de rekening moet het behandeld gebied en de agb-code staan

Wij vergoeden alleen behandeling van het gezicht. Welk gebied behandeld is moet daarom op de rekening staan. En wat de agb-code van uw arts of behandelaar is.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

193. Deze moet kwaliteit geregistreerd staan als huidtherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici en een actieve agb-code hebben

194. Deze moet geregistreerd staan als schoonheidsspecialist in het SKIN register of Huidpro register en een actieve agb-code hebben

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

● Vervoer

● Ambulancevervoer

Moet u met spoed naar het ziekenhuis, of mag u alleen liggend vervoerd worden? Dat kan met een ambulance.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% Tot 200 km
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een reisafstand van maximaal 200 km (enkele reis). In bepaalde gevallen, zoals bij een ongeval, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook vervoer door een (trauma)helikopter.

Het moet gaan om vervoer in de volgende situaties:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg krijgt uit de Vrije Keuze Basisverzekering
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of een instelling, als u daar vanuit de Wlz onderzoek of behandeling krijgt. Onder behandeling valt ook het aanmeten en passen van een prothese
- als u jonger bent dan 18 jaar: naar een zorgverlener of ggz-instelling waar u zorg krijgt uit de Jeugdwet

In al deze situaties vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering, zo nodig, ook het vervoer terug naar uw huis. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

Dit wordt niet vergoed

- ambulancevervoer naar dagbesteding of dagbehandeling in een Wlz-instelling

Andere vergoedingen

- Ziekenvervoer

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U heeft geen verwijzing nodig**

Bij niet-spoedeisende zorg regelt uw zorgverlener de ambulance.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

U moet toestemming van ons hebben voor:

- vervoer over een grotere afstand dan 200 km
- vervoer met een ander vervoermiddel in niet-spoedeisende situaties

De aanvraag moet uitleggen waarom ambulancevervoer noodzakelijk is, en waarom de grotere afstand of het andere vervoermiddel nodig is.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Ziekenvervoer

Soms vergoedt de basisverzekering uw vervoerskosten naar bijvoorbeeld het ziekenhuis.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	In bepaalde situaties, u betaalt meestal een eigen bijdrage van € 134 Met openbaar vervoer, auto of taxi
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Eigen bijdrage
Superfit	Eigen bijdrage Vervoer bij dagopname in een ziekenhuis, ziekenhuisopname en ontslag Met auto of taxi
OntzorgPlus	Eigen bijdrage Ziekenvervoer naar ziekenhuis vanaf binnen 1 jaar na het ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening Met auto of taxi
Zorgplan	Vervoer bij dagopname in een ziekenhuis, ziekenhuisopname en ontslag Met auto of taxi

Dit krijgt u vergoed

Vervoer

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt soms ziekenvervoer. Per auto, taxi of openbaar vervoer waarbij u tijdens het vervoer geen zorg nodig heeft. Zoals dat wel het geval is bij ambulancevervoer. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ziekenvervoer over maximaal 200 km enkele reis in 7 specifieke situaties:

- u krijgt nierdialyse
- u krijgt chemotherapie, immuuntherapie of bestraling (radiotherapie) bij kanker (oncologische behandeling)
- u kunt zich alleen in een rolstoel verplaatsen
- u heeft een blijvend beperkt gezichtsvermogen waardoor u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. Dat is zo als u met allebei uw ogen minder dan 20% kunt zien of een ernstig beperkt gezichtsveld (zoals kokerzien) heeft. Dat moet niet gaan om tijdelijk slecht zien omdat u bijvoorbeeld een oogbehandeling heeft gehad
- u bent jonger dan 18 jaar en u heeft intensieve kindzorg¹⁹⁶

196. 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

- u krijgt geriatrische revalidatiezorg
- u krijgt dagbehandeling in een groep als onderdeel van een zorgprogramma bij Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

Wij vergoeden vervoer over een langere afstand dan 200 km alleen als wij daarvoor toestemming hebben gegeven.

Zijn deze situaties niet op u van toepassing? Dan is soms toch vergoeding mogelijk op grond van de zogenoemde hardheidsclausule. Dat kan als:

- u een langdurige ziekte of aandoening heeft, en
- u voor de behandeling daarvan voor langere tijd ziekenvervoer nodig heeft, en
- het bijzonder onredelijk zou zijn de kosten daarvoor niet te vergoeden.

Daarbij bekijken wij hoe vaak u vervoer nodig heeft in een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden, en over welke afstand. Wij passen de volgende rekenformule toe:

(aantal maanden) x (gemiddeld aantal keren per week) x (aantal km enkele reis volgens Google Maps)

Is de uitkomst gelijk aan of groter dan 250? Dan is het mogelijk dat u recht heeft op vergoeding van ziekenvervoer. U moet wel vooraf toestemming van ons hebben.

In alle situaties hierboven vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering het vervoer:

- naar een zorgverlener of instelling, waar u zorg krijgt die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt (bij nierdialyse en oncologische behandeling: voor de behandeling zelf en de afspraken die daarbij horen, zoals consulten, onderzoeken en controles, nadat de diagnose is gesteld en het behandelplan is opgesteld)
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of instelling, als u daar onderzoek of behandeling krijgt die de Wlz vergoedt (ook: het aanmeten en passen van een prothese)

In die situaties vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook:

- vervoer terug naar huis, of naar de plek waar u verzorgd kunt worden als u thuis niet de nodige verzorging kunt krijgen
- vervoer van een begeleider als u jonger bent dan 16 jaar, of als dat noodzakelijk is en u 16 jaar of ouder bent

De vergoeding van de Vrije Keuze Basisverzekering is:

- auto: € 0,40 per km
- openbaar vervoer: volledig, op basis van 2e klasse
- (rolstoel)taxi: volledig

Heeft u een aanvullende verzekering?

Voor ziekenvervoer betaalt u meestal een eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden die eigen bijdrage.

OntzorgPlus vergoedt ziekenvervoer soms. Dat staat in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus.

Superfit en Zorgplan vergoeden vervoer zonder medische noodzaak naar een Nederlands ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc¹⁹⁷), als:

- u een behandeling krijgt in dagopname¹⁹⁸ of opgenomen wordt, en

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

198. U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

- de basisverzekering deze (dag)opname vergoedt

Wij vergoeden in dat geval ook uw vervoer terug naar huis bij uw ontslag.

De vergoeding van de aanvullende verzekeringen is:

- auto: € 0,27 per km
- taxi: volledig

Logeren

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt logeren in plaats van ziekenvervoer als:

- de Vrije Keuze Basisverzekering het vervoer zou vergoeden, en
- u 3 of meer dagen achter elkaar naar uw zorgverlener moet voor een consult, controle of behandeling

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal € 94,50 per betaalde overnachting in de buurt van uw ziekenhuis of praktijk van uw zorgverlener. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook uw vervoer van uw huis naar uw logeerverblijf en terug. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

Hier kunt u terecht

- Transvision¹⁹⁹, als u kiest voor de taxi en u wilt dat uw vervoerder de declaratie voor u regelt
- auto, openbaar vervoer of (ander) taxibedrijf, maar dan moet u wel zelf de betaling en declaratie bij ONVZ regelen

Dit wordt niet vergoed

- parkeerkosten en andere bijkomende kosten
- vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen of blijft logeren en de begeleider alleen terugreist
- vervoer als u voor dagbesteding of dagbehandeling naar een Wlz-instelling gaat
- bij logeren: (extra) kosten voor overnachting(en) van een begeleider
- bij logeren: kosten voor maaltijden en andere extra kosten

Andere vergoedingen

- Orgaantransplantatie, als u donor bent en een orgaan of weefsel afstaat aan iemand anders wordt vervoer in sommige gevallen ook vergoed
- Opname voor geneeskundige ggz, als dagbesteding tijdens uw opname onderdeel uitmaakt van uw behandeling wordt het vervoer daar naartoe ook vergoed
- Assistentie en service voor uw ziekenhuisopname en na ontslag, als u vervoer nodig heeft bij ziekenhuisopname en ontslag
- Ziekenhuisopname, als u tijdelijk in de buurt van een gespecialiseerd ziekenhuis moet overnachten omdat u een hoog risico loopt die gespecialiseerde zorg direct nodig te hebben
- Verblijf in een logeerhuis voor logeren bij het ziekenhuis als een gezinslid is opgenomen

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

U betaalt voor deze zorg een eigen bijdrage. Hoe hoog die is, ligt eraan of u kiest voor vervoer of logeren:

- voor vervoer: € 134 per kalenderjaar voor vervoer naar en van uw zorgverlener, of bij logeren: voor het vervoer naar en van uw logeeraadres

199. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30

- voor logeren zelf: geen eigen bijdrage, maar alle kosten boven de maximale vergoeding per dag betaalt u zelf

U betaalt deze eigen bijdrage niet in de volgende situaties:

- als u tussen 2 instellingen vervoerd moet worden tijdens een opname, die de Vrije Keuze Basisverzekering of de Wlz vergoedt
- als u in een Wlz-instelling opgenomen bent en naar een zorgverlener moet voor specialistisch onderzoek of specialistische behandeling, die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt
- als u met een Wlz-indicatie opgenomen bent en naar een zorgverlener moet voor een tandheelkundige behandeling, die de Wlz vergoedt
- als de aanvullende verzekering het vervoer vergoedt

Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor ziekenvervoer en logeren dat onder de basisverzekering valt. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

Maar u moet ons wel toestemming vragen.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Hoe dat werkt staat bij toestemming vragen voor ziekenvervoer. U kunt zo ook toestemming vragen voor logeren, vervoer over een grotere afstand dan 200 kilometer, vervoer met een ander vervoermiddel of met een (extra) begeleider.

Regel het taxivervoer via Transvision

Wilt u reizen per taxi? Kies voor gemak en schakel Transvision in. Zij regelen het taxivervoer en declareren de kosten bij ons. Vraag wel eerst toestemming bij ons. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer +31 (0)900 333 33 30. Na de telefonische intake bij hen kunt u uw ritten ook online boeken via hun reserveringstool. Zorg dat u dit minstens 24 uur van te voren doet. Dat hoeft niet als het spoed heeft.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals zorg die de gemeente voor u moet regelen.

We gaan voor autovervoer uit van de optimale route

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

Declareer met het declaratieformulier ziekenvervoer

Wilt u ziekenvervoerskosten declareren? Gebruik het declaratieformulier ziekenvervoer. Op het formulier staat wat u moet meesturen.

OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding.

• Zorg in het buitenland en reizen

• Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

In sommige landen loopt u extra risico op infectieziekten, bijvoorbeeld hepatitis of malaria. U kunt zich hiertegen laten vaccineren, of (meestal tegen malaria) medicijnen slikken.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 75 voor 11 ziekterisico's Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 75 voor 11 ziekterisico's Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 100 voor 11 ziekterisico's Max. per kalenderjaar
Topfit	100% (alle ziekterisico's)
Superfit	100% (alle ziekterisico's)

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt geen vaccinaties of preventieve geneesmiddelen voor reizen naar het buitenland.

Heeft u een aanvullende verzekering?

Startfit en hoger vergoeden consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen (zoals malariatabletten) voor de volgende infectieziekten:

- hepatitis A en B
- difterie, tetanus en polio (dtp)
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningokokken
- rabiës
- malaria

Startfit, Benfit en Optifit vergoeden tot een maximumbedrag per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Topfit en Superfit vergoeden de consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen volledig. Dat kunnen ook vaccinaties tegen andere 'buitenlandse' infectieziekten zijn die het LCR (Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing) aanraadt.

Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- GGD
- Thuisvaccinatie.nl
- vaccinatiecentrum

Dit wordt niet vergoed

- het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- extra kosten voor een consult of vaccinatie aan huis
- andere middelen die aangeraden worden bij een reis naar het buitenland, zoals DEET en ORS (middel tegen uitdroging bij diarree of braken)

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen

Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig

Voor preventieve geneesmiddelen en vaccins die u zelf bij de apotheek haalt, moet u een voorschrift (recept) hebben van een arts.

Geen toestemming

U hoeft ons voor deze zorg geen toestemming te vragen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

• Buitenland: spoedeisende zorg

Als u onverwachts zorg nodig heeft in het buitenland.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Superfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering + Zorg volgens vergoedingen Superfit • Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Zorg die onder Superfit valt, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Geregistreerde geneesmiddelen Niet-geneesmiddelen, max. € 350 per kalenderjaar • Ziekenvervoer naar de zorgverlener
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering • Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Geregistreerde geneesmiddelen Niet-geneesmiddelen, max. € 250 per kalenderjaar • Ziekenvervoer naar de zorgverlener

Dit krijgt u vergoed

Bent u in het buitenland en heeft u met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of plotselinge ziekte? Dat is spoedeisende zorg, dus zorg die u onverwachts nodig heeft en meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Zodat u uw reis of verblijf niet hoeft af te breken.

Vergoeding volgens de Vrije Keuze Basisverzekering

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u die zorg met spoed in het buitenland krijgt. Er gelden 2 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding

Of: vergoeding volgens regels van het land waar u zorg krijgt

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de regels van het land waar u zorg krijgt. Door gebruik te maken van uw Europese zorgpas (EHIC) of een Verdragsformulier 111.

Heeft u een aanvullende verzekering?

Met Startfit, Benfit, Optifit of Topfit krijgt u geen aanvullende vergoeding voor spoedeisende zorg in het buitenland. En let op: OntzorgPlus vergoedt helemaal geen zorg of diensten in het buitenland.

Verblijft u maximaal 1 jaar in het buitenland? En heeft u daar onvoorzien²⁰⁰ spoedeisende zorg nodig? Dan vergoeden Wereldfit en Superfit in aanvulling op de Vrije Keuze Basisverzekering:

- zorgkosten die voor eigen rekening blijven, als de zorg duurder was dan als u de zorg in Nederland had gekregen. Wij vergoeden tot maximaal de wettelijke of marktconforme prijs²⁰¹
- geregistreerde geneesmiddelen (in Nederland of in land van behandeling) die de basisverzekering of een aanvullende verzekering niet vergoed
- middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 250 per kalenderjaar bij Wereldfit. Superfit vergoedt maximaal € 350
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen
- ziekenvervoer naar en van de zorgverlener

Heeft uw zorgverlener in het buitenland een garantie nodig dat ONVZ de zorgkosten vergoedt? Of dat ONVZ een voorschot betaalt? Met Wereldfit of Superfit regelt onze alarmcentrale dat voor u, als u daarom vraagt. Maar alleen als de Vrije Keuze Basisverzekering, Wereldfit of Superfit die zorgkosten vergoedt.

Regeling bij zwangerschap en bevalling

Als u tijdens een zwangerschap naar het buitenland reist, kunnen er medische complicaties optreden in uw zwangerschap of bij de bevalling. Wereldfit of Superfit vergoedt de zorg voor die complicaties als deze niet te voorzien waren.

Wij zien de reguliere zorg rond zwangerschap en bevalling als voorziene zorg. U kunt daarvoor geen gebruik maken van de vergoedingen van Wereldfit of Superfit. Wereldfit en Superfit vergoeden ook geen

200. Zorg die medisch gezien niet kan wachten, omdat direct ingrijpen nodig is. De zorg was bij vertrek niet te verwachten

201. Dit is het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling voor dezelfde zorg rekenen

zorg voor complicaties rond uw zwangerschap en bevalling waarop u een verhoogd risico loopt door uw reis. Dat is zo in de volgende situaties:

- als u bij vertrek naar het buitenland als zwangere een verhoogd gezondheidsrisico of verloskundige risicofactor heeft
- bij reizen naar de tropen, malaria- of gele koortsgebieden, en gebieden met een verhoogd risico op infectie met het zikavirus
- bij vliegvlagen na de 36e week van uw zwangerschap

Hier kunt u terecht

Een zorgverlener die in de door de overheid gebruikte registers staat in het land waar u uw behandeling krijgt. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan in dat land, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)

Wereldfit en Superfit vergoeden daarnaast ook niet:

- eigen risico dat u moet betalen

Andere vergoedingen

Voor zorg waarvan u al wist dat u die moest krijgen, en zorg die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg.

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

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

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u die zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u eigen risico als die regels dat bepalen. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft geen verwijzing nodig

Bij acute zorg²⁰² heeft u geen verwijzing nodig. U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Neem bij opname contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig waarvoor u wordt opgenomen? Dan moet u zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Zij bepalen of sprake is van spoedeisende zorg. Neemt u geen contact op of wacht u het oordeel van de alarmcentrale niet af? Dan kan dat gevolgen hebben voor de vergoeding.

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

U geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over uw behandeling of repatriëring.

Langer dan 1 jaar in het buitenland? Dan geen vergoeding van Wereldfit of Superfit

De vergoedingen van Wereldfit en Superfit gelden alleen bij een verblijf in het buitenland van maximaal 1 jaar.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven niet alle voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

• Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. Dat is zorg die gepland kan worden, maar die u niet meteen nodig heeft. Lees wel wat hieronder staat, want de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dat niet altijd, of niet alles.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorgverleners, anders beperkte vergoeding Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de basisverzekering voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Startfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Benfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Optifit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Topfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland • Zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x het bedrag dat de basisverzekering voor de zorg in Nederland zou vergoeden (inclusief vergoeding basisverzekering) • Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x de prijs die Superfit voor de zorg in Nederland zou vergoeden
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt niet-spoedeisende zorg in het buitenland. Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg

naar het buitenland gaat. De voorwaarden en de maximale vergoedingen die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt soms meer dan het bedrag dat we voor die zorg in Nederland zouden vergoeden. Dat is zo als u zorg nodig heeft die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maar:

1. u gezien uw medische situatie niet op tijd in Nederland kunt worden geholpen, of
2. u die zorg in Nederland niet kunt krijgen

Is dit bij u van toepassing? Dan is ook vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u naartoe gaat voor de behandeling. Maar alleen als u in een EU-, EER- of verdragsland woont, en de behandeling plaatsvindt in een ander EU-, EER-land of Zwitserland.

Hoe zit het met zorg uit de aanvullende verzekeringen?

Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en maximale vergoedingen als in Nederland. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen.

Heeft u Superfit en gaat u voor zorg naar een EU-, EER- of verdragsland? Dan:

- vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de basisverzekering voor die zorg in Nederland zou vergoeden (de vergoeding van de basisverzekering maakt hiervan deel uit)
- vergoedt Superfit zorg uit de aanvullende verzekering tot maximaal 2 keer de prijs die we voor die zorg in Nederland zouden vergoeden

Let op: OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoeding als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

Alleen voor ziekenhuiszorg contracteren wij zorgverleners in het buitenland. U vindt deze zorgverleners in ons Overzicht ziekenhuizen buitenland 2026.

Dit wordt niet vergoed

- zorg die niet voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering
- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- Administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

Andere vergoedingen

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

Als u in Nederland voor de zorg een eigen bijdrage zou moeten betalen, is dat ook zo als u de zorg in het buitenland krijgt. Of, als u kiest voor vergoeding volgens plaatselijke regels, als u volgens die regels een eigen bijdrage moet betalen. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Als de zorg in Nederland onder uw eigen risico valt, is dat ook zo als u die zorg in het buitenland krijgt. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift nodig heeft, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u voor het eerste consult naar het buitenland gaat.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Voor zorg in het buitenland moet u toestemming van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor zorg met opname of dagopname²⁰³
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden. En welk deel u misschien zelf moet betalen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die second opinion tot maximaal het bedrag dat wij voor de zorg in Nederland zouden vergoeden.

203. U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

• Repatriëring

Als u na ongeval of ziekte ergens anders heen gebracht moet worden.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel Overkomst bezoeker Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal voor: • Repatriëring bij medische noodzaak • Verblijf, als repatriëring nog niet kan • Vervoer en verblijf voor 1 persoon die naar u toe komt • Extra kosten ander vervoer(middel)
Wereldfit	Repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel Overkomst bezoeker Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal voor: • Repatriëring bij medische noodzaak • Verblijf, als repatriëring nog niet kan • Vervoer en verblijf voor 1 persoon die naar u toe komt • Extra kosten ander vervoer(middel)

Dit krijgt u vergoed

Wordt u tijdens een reis ernstig ziek, of heeft u ernstig letsel door een ongeval? Dan geldt voor de medische zorg die u nodig heeft de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Heeft u zorg in het buitenland nodig? Dan moet u bij een opname zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Dit kan 24/7 via telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67.

Het kan zijn dat onze alarmcentrale Zorgassistance vindt dat er een medische noodzaak is om u naar een Nederlands ziekenhuis te vervoeren voor bijvoorbeeld (vervolg)behandeling of verder herstel. Dat noemen we medisch noodzakelijke repatriëring. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dit niet.

Heeft u de aanvullende verzekering Wereldfit of Superfit?

Verblijft u maximaal 1 jaar in het buitenland? Dan vergoeden Wereldfit en Superfit:

- vervoer naar een door onze alarmcentrale Zorgassistance bepaald land, met de medische begeleiding die daarbij nodig is
- extra kosten van verblijf, als u wel vervoerd moet worden maar dat nog niet kan
- 1 keer vervoer en verblijf voor 1 persoon, als iemand u tijdens die periode komt bezoeken

Maar alleen als onze alarmcentrale Zorgassistance dit regelt.

Kunt u naar huis terug, maar kan dat door de ziekte of het letsel niet met het geplande vervoer(middel)?

Dan vergoeden Wereldfit en Superfit de extra vervoerskosten.

Er gelden maximale vergoedingen. Voor vervoer zijn dat: auto € 0,27 per kilometer, vliegticket economy class.

En voor verblijf: € 150 per dag.

Hier kunt u terecht

- onze alarmcentrale Zorgassistance

Dit wordt niet vergoed

- vervoer naar huis, als u dat zelf wilt, maar onze alarmcentrale dat niet nodig vindt

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**U moet contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance**

Onze alarmcentrale Zorgassistance bepaalt of repatriëring nodig is. En regelt dit. Als u de repatriëring zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alles vergoed. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wereldfit en Superfit vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

U geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over uw behandeling of repatriëring.

Langer dan 1 jaar in het buitenland? Dan geen vergoeding van Wereldfit of Superfit

De vergoedingen van Wereldfit en Superfit gelden alleen bij een verblijf van maximaal 1 jaar in het buitenland.

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.

• Eerder terugkeren van een reis

Bij ziekte of ongeval onderweg, of ernstige omstandigheden thuis.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Extra kosten vervoer en (in buitenland) verblijf als u onverwacht terug naar huis moet Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal bij ziekte of overlijden reisgenoten of familie thuis, bij schade aan woning of bedrijf • in woonland alleen vervoer (max. € 500)
Wereldfit	Extra kosten vervoer en (in buitenland) verblijf, als u onverwacht terug naar huis moet Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal bij ziekte of overlijden reisgenoten of familie thuis, bij schade aan woning of bedrijf • in woonland alleen vervoer (max. € 500)

Dit krijgt u vergoed

Moet u tijdens een reis onverwacht terug naar huis? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt geen extra kosten van vervoer en verblijf, als u vanuit het buitenland eerder moet terugkeren.

Heeft u een aanvullende verzekering Superfit of Wereldfit?

De aanvullende verzekeringen Superfit en Wereldfit vergoeden dan de extra kosten van vervoer en verblijf, als u vanuit het buitenland eerder moet terugkeren.

Deze vergoeding geldt in de volgende situaties:

- u kunt de geplande bestemming niet bereiken doordat u of een reisgenoot²⁰⁴ ziek wordt of een ongeval krijgt
- een reisgenoot wordt ernstig ziek of raakt ernstig gewond door een ongeval
- een reisgenoot overlijdt
- een familielid²⁰⁵ of huisgenoot blijkt ernstig ziek, heeft een ernstig ongeval gehad of is overleden

204. De persoon met wie u samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland en waarmee u voorafgaand aan vertrek al een familiale, vriendschappelijke of zakelijke band had

205. Familielid in de 1e of 2e graad - 1e graad: partner, ouders (ook adoptie-, pleeg-, stief- en schoonouders), kinderen (ook adoptie-, pleeg- en

- 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 Superfit en Wereldfit binnen de oorspronkelijke reisduur ook de (terug)reis naar de geplande bestemming.

Er gelden maximale vergoedingen. Voor vervoer zijn dat: auto € 0,27 per kilometer, vliegreis economy class. En voor verblijf: € 150 per dag. Bent u in uw woonland op reis? Dan vergoeden wij alleen de extra kosten van vervoer, met een maximum van € 500 per gebeurtenis.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze diensten betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor deze diensten geldt geen eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U moet contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Superfit en Wereldfit vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf

Als u in het buitenland zelf vervoer en verblijf regelt, krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed. U mag vervoer in uw woonland zelf regelen.

stiefkinderen), schoonzonen en -dochters. Onder kinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen - 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

- **Vervangende chauffeur tijdens een reis**

Als de bestuurder niet terug kan rijden.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Vervangende chauffeur Naar woonplaats, of bij huur naar dichtstbijzijnde inleverplaats
Wereldfit	Vervangende chauffeur Naar woonplaats, of bij huur naar dichtstbijzijnde inleverplaats

Dit krijgt u vergoed

Bent u op reis met auto, camper of motor? En kan de bestuurder om medische redenen niet meer rijden?

Als er geen reisgenoot is die de bestuurder kan vervangen, vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit en Wereldfit een vervangende chauffeur. Die rijdt de auto, camper of motor dan terug naar uw woonplaats. Of, als het gaat om een gehuurd voertuig, naar de inleverplaats die het dichtstbij is.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze dienst betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor deze dienst geldt geen eigen risico.

Dit moet u zelf doen

U moet contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance voordat u kosten maakt

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Hierboven staan alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt de vervangende chauffeur

Als u de vervangende chauffeur zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.

• Vergoeding bij overlijden in het buitenland

Niemand wil natuurlijk dat het gebeurt, maar soms overlijdt iemand tijdens een verblijf in het buitenland.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Repatriëring stoffelijk overschot of € 7.500 voor uitvaart Extra kosten vervoer en verblijf reisgenoot Overkomst familieleden • Repatriëring stoffelijk overschot, of uitvaart in land van overlijden tot € 7.500 Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal voor: • Vervoer en verblijf van 2 personen naar plaats opbaring • Vervoer en verblijf van 1 persoon om reisgenoot of familielid van overledene bij te staan • Vervoer en max. 30 dagen verblijf verzekerde reisgenoten
Wereldfit	Repatriëring stoffelijk overschot of € 7.500 voor uitvaart Extra kosten vervoer en verblijf reisgenoot Overkomst familieleden • Repatriëring stoffelijk overschot, of uitvaart in land van overlijden tot € 7.500 Verblijf max. € 150 per dag, vervoer max. economy (vliegen) en € 0,27/km (overig), totaal voor: • Vervoer en verblijf van 2 personen naar plaats opbaring • Vervoer en verblijf van 1 persoon om reisgenoot of familielid van overledene bij te staan • Vervoer en max. 30 dagen verblijf verzekerde reisgenoten

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering kent geen vergoeding bij overlijden in het buitenland.

Heeft u de aanvullende verzekering Superfit of Wereldfit?

Verblijft u maximaal 1 jaar in het buitenland? En komt u daar te overlijden? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit of Wereldfit:

- uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van familieleden²⁰⁶ in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500, of
- vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat uw nabestaanden kiezen
- voor verzekerde reisgenoten: extra kosten van verblijf, tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, maar maximaal 30 dagen. En ook: hun extra kosten van vervoer voor de terugreis

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

- voor 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats van opbaren, en
- voor 1 persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan

Overlijdt een reisgenoot? Dan vergoeden wij extra kosten voor vervoer en verblijf, bijvoorbeeld doordat u later dan gepland terugreist. Voor het verblijf geldt dan een maximum van 30 dagen.

Er gelden maximale vergoedingen. Voor vervoer zijn dat: auto € 0,27 per kilometer, vliegreis economy class. En voor verblijf: € 150 per persoon per dag.

Hier kunt u terecht

- onze alarmcentrale Zorgassistance

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze dienst betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Deze dienst valt niet onder uw eigen risico.

Dit moet u zelf doen**Contact met onze alarmcentrale Zorgassistance voor repatriëring stoffelijk overschot**

Bij uw overlijden moet iemand zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance.

Als anderen het vervoer zelf regelen, dan vergoeden wij mogelijk niet alles. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wereldfit en Superfit vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Langer dan 1 jaar in het buitenland? Dan geen vergoeding van Wereldfit of Superfit

De vergoedingen van Wereldfit en Superfit gelden alleen bij een verblijf van maximaal 1 jaar in het buitenland.

206. Familieleden in de 1e of 2e graad - 1e graad: partner, ouders (ook adoptie-, pleeg-, stief- en schoonouders), kinderen (ook adoptie-, pleeg- en stiefkinderen), schoonzonen en -dochters. Onder kinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen - 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

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.

● Verhaalsbijstand

● Verhaalsbijstand bij letselschade

Heeft u persoonlijke kosten door een ongeval?

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval
Benfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval
Optifit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval
Topfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval
Superfit	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval
OntzorgPlus	€ 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons) Max. per ongeval

Dit krijgt u vergoed

Ook na een ongeval gelden de 'gewone' vergoedingen van de Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen. Maar soms krijgt u niet alle kosten vergoed. Bijvoorbeeld omdat u eigen risico of een eigen bijdrage betaalt. Of omdat u inkomsten misloopt. Misschien wilt u smartengeld.

U kunt dan uw rechtsbijstandverzekering inschakelen. Heeft u die niet? Dan bieden wij een verhaalsbijstand-service voor die kosten die u zelf betaalt, gemiste inkomsten en smartengeld. Een door ons ingeschakelde advocaat of schaderegelaar probeert dan uw schade te verhalen op (de verzekering van) de persoon die aansprakelijk is.

In de regels verhaalsbijstand-service staat wat de service inhoudt.

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger, en OntzorgPlus vergoeden de verhaalsbijstand-service die wij voor u regelen tot maximaal € 12.500 per ongeval. Kosten van een rechtszaak vallen daar ook onder.

Heeft u alleen een Vrije Keuze Basisverzekering? Dan kunnen wij informatie geven over het verhalen van schade.

Dit wordt niet vergoed

- kosten die u zelf maakt buiten de verhaalsbijstand-service om

Heeft u nog vragen?

Neem dan contact op met onze afdeling Verhaalszaken. Dit kan telefonisch op +31 (0)30 639 62 64 of via het e-mailadres verhaalszaken@onvz.nl. Wij helpen u graag.

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze dienst betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor deze dienst geldt geen eigen risico.

Dit moet u zelf doen**Geef het ons door als medische kosten met een ongeval te maken hebben**

Zo kunnen wij nagaan of iemand anders voor die kosten aansprakelijk is. Kruis het vakje 'ongeval' aan als u declareert. Of stuur ons een ingevuld [vragenformulier verhaalszaken](#) als u weet dat het ziekenhuis of een andere zorgverlener rechtstreeks bij ons gaat declareren.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. En dat u moet meewerken als wij zorgkosten bij een aansprakelijke persoon of de (reis)verzekeraar willen terugvragen.

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

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

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave

OntzorgPlus vergoedingen	270
OntzorgPlus: aanpassing in woning of vervoer	270

OntzorgPlus vergoedingen

● OntzorgPlus vergoedingen

● OntzorgPlus: aanpassing in woning of vervoer

Een oplossing voor problemen in huis of autorijden bij blijvende invaliditeit.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	1x voor hele looptijd verzekering € 100.000 voor aanpassing woning, of € 40.000 voor aanpassing vervoermiddel Max.
OntzorgPlus	1x voor hele looptijd verzekering € 100.000 voor aanpassing woning, of € 40.000 voor aanpassing vervoermiddel Max.

Dit krijgt u vergoed

Na een ernstig ongeval²⁰⁷ vóór uw 70e verjaardag waardoor u blijvend een rolstoel nodig heeft, kan aanpassing van uw woning of vervoermiddel nodig zijn.

De ZorgConsulent kan dan het volgende voor u regelen:

- helpen bij het vinden van de juiste instantie voor het aanpassen van uw woning of vervoermiddel. Of uitleggen welke rol de gemeente, of een andere instantie, speelt
 - helpen een gesprek met de gemeente of andere instanties voor te bereiden. Bijvoorbeeld door met u in kaart te brengen waar u allemaal aan moet denken
 - adviseren of helpen bij problemen met uw aanvraag bij de gemeente, of andere instanties
 - helpen een goede adviseur te zoeken, als u persoonlijk advies nodig heeft over de aanpassingen zelf.
- De kosten van de adviseur betaalt u zelf

207. Wat wij hiermee bedoelen, staat in de [uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus](#)

OntzorgPlus vergoedt in sommige situaties, maar maximaal 1 keer tijdens de looptijd van de verzekering:

- aanpassing van uw woning tot maximaal € 100.000, of
- aanpassing van uw vervoermiddel tot maximaal € 40.000

Dat is alleen zo als:

- u een ernstig ongeval krijgt vóór uw 70e verjaardag, en
- u na dat ongeval in een revalidatiecentrum²⁰⁸ bent opgenomen, en
- die opname nodig is omdat u blijvend en bij al uw bezigheden een rolstoel nodig heeft, en
- u na die opname terug kunt naar uw thuissituatie, en
- uw revalidatieteam binnen 1 jaar na het ongeval vaststelt dat daarvoor aanpassing van uw woning, of vervoermiddel nodig is

Daarnaast gelden de volgende voorwaarden:

1. één van de volgende situaties is van toepassing:

- u heeft aanpassing van uw woning of vervoermiddel aangevraagd bij de gemeente, het UWV of een andere instantie, maar die beslist niet op tijd. Komt dit doordat u nog niet genoeg hersteld bent? Of doordat u niet genoeg informatie geeft? Dan vergoedt OntzorgPlus de aanpassing van uw woning of vervoermiddel niet
- de gemeente, het UWV of de andere instantie heeft uw aanvraag afgewezen, maar u kunt zonder aanpassing uw zelfstandigheid niet behouden
- de gemeente, het UWV of de andere instantie geeft alleen een oplossing die u niet kunt accepteren

2. de aanpassing is de meest eenvoudige adequate oplossing voor uw woon- of vervoersproblemen. Wilt u meer luxe of comfort? Dan vergoedt OntzorgPlus alleen de kosten van de eenvoudige aanpassing. Het bedrag daarboven betaalt u dus zelf

3a. bij aanpassing van de woning: dit is voor u de beste oplossing om dagelijkse problemen bij wonen op te lossen. Dat betekent dat u zonder de aanpassing gewone dingen niet kunt doen, zoals wassen, eten of slapen, of

3b. bij aanpassing van het vervoermiddel: het gaat om 1 van de volgende aanpassingen:

- aanpassingen aan de besturing of bediening, die speciaal zijn gemaakt voor lichamelijke beperkingen. Aanpassingen die ook in normale uitvoeringen van het vervoermiddel zitten, vergoedt OntzorgPlus niet. Bijvoorbeeld een automaat, of rem- of stuurbekrachtiging in een auto
- aanpassingen die u helpen instappen of uitstappen

In plaats van een aanpassing aan uw auto, mag u uw eigen auto inruilen voor een tweedehands auto die al is aangepast. Ook dan geldt de maximale vergoeding. De waarde van uw eigen auto trekken wij van de vergoeding af.

Dit wordt niet vergoed

- aanpassingen voor beperkingen, die horen bij het 'normale' verouderingsproces
- woningaanpassingen als u een hobby niet meer kunt doen, en daarom uw woning wilt laten aanpassen
- als u de woning terug wilt of moet brengen in oorspronkelijke staat. Bijvoorbeeld als u een huurwoning liet aanpassen, en u gaat verhuizen

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

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor de aanpassing in woning of vervoer betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor de aanpassing in woning of vervoer geldt geen eigen risico.

Dit moet u zelf doen**Met OntzorgPlus moet u ons vooraf toestemming vragen**

U moet voor de aanpassing van uw woning of vervoermiddel toestemming hebben van onze ZorgConsulent.

Goed om te weten**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

Soms zijn we afhankelijk van anderen

Onze ZorgConsulent doet zijn of haar best om u te helpen. Maar soms zal dat niet lukken. Bijvoorbeeld als de gemeente geen vergunning geeft om te verbouwen. Of als uw verhuurder geen toestemming geeft om de woning aan te passen.

Wij vergoeden alleen wat noodzakelijk is

Twijfelen wij aan de noodzaak van sommige voorgestelde aanpassingen? Dan kunnen wij de voorgestelde oplossing opnieuw laten beoordelen door een door ons aangewezen hulpverlener. Bijvoorbeeld een ergotherapeut. De kosten van die beoordeling vergoedt OntzorgPlus dan.

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

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

Inhoudsopgave

Wereldfit uitgebreide voorwaarden	274
Uitgebreide voorwaarden 2026	274
Nadere algemene regels	274
Onvoorziene zorg	275
Aanvullende dienstverlening	276
Vergoeding bij overlijden	278

Wereldfit uitgebreide voorwaarden

• Uitgebreide voorwaarden 2026

Wij vergoeden de zorg en de diensten die hierna staan omschreven, als aan de voorwaarden is voldaan. De algemene regels zijn ook van toepassing. De (maximale) vergoedingen zijn per verzekerde, behalve als anders staat vermeld.

U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Doet u dit niet, dan kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Dit geldt niet voor de vergoeding Voorziene zorg. U moet dan soms wel vooraf toestemming van ons hebben.

Wilt u tijdens een reis in het buitenland advies? Dan kunt u daarvoor ook contact opnemen met de alarmcentrale.

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

• Nadere algemene regels

1. Nadere begripsomschrijvingen

Buitenland

Ieder ander land dan het land waar u woont.

Familieleden in de 1e of 2e graad

- 1e graad: partner, ouders (ook adoptie-, pleeg-, stief- en schoonouders), kinderen (ook adoptie-, pleeg-, en stiefkinderen), schoonzonen en -dochters. Onder kinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

Marktconform bedrag

Dit is het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling voor dezelfde zorg rekenen.

Onvoorziene zorg

Zorg die medisch gezien niet kan wachten, omdat direct ingrijpen nodig is. De zorg was bij vertrek niet te verwachten.

Reisgenoot

De persoon met wie u samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland, en waarmee u voor vertrek al een familiale, vriendschappelijke of zakelijke band had. Met een verzekerde reisgenoot bedoelen wij een reisgenoot die (ook) een ONVZ Wereldfit²⁰⁹ heeft.

209. Dit kan ook een Bewuste Keuze Op Reis, VvAA Zorg op reis of VvAA Natura Op Reis zijn

Ziekenvervoer

Vervoer voor medisch onderzoek of behandeling, als u medisch gezien niet met openbaar vervoer kan.

2. Wie zijn verzekerd?

Op de (zorg)polis staat wie verzekerd is. Die persoon moet ook een basisverzekering hebben.

3. Waar en hoe lang bent u verzekerd?

- Bij een verblijf in het buitenland van maximaal 1 jaar.
- In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen buiten uw woonplaats, bij minimaal 1 betaalde overnachting.

4. Eisen aan zorgverleners

Bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener in de door de overheid gebruikte registers staan. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

5. Medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de behandeling of repatriëring.

6. (Zieken)vervoer

Gaat het hierna om (zieken)vervoer? Dan vergoeden wij de kosten van passend vervoer. Bij vliegen vergoeden wij economy class, tenzij die onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoeden wij € 0,27 per kilometer. Wij gaan bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoeden wij niet.

7. Verblijf

Gaat het hierna om verblijf? Dan vergoeden wij de kosten van een overnachting tot maximaal € 150 per persoon per dag.

• Onvoorziene zorg

1. Onvoorziene medische kosten

Bij acute ziekte of ongeval van verzekerde vergoeden wij, na contact met onze alarmcentrale Zorgassistance, de kosten van:

- zorg die voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen als de zorg onder de basisverzekering valt en de kosten hoger zijn dan wat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de basisverzekering maakt hiervan deel uit
- in Nederland of in het land van uw behandeling geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de basisverzekering of een aanvullende verzekering
- middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 250 per kalenderjaar, of tot maximaal € 350 per kalenderjaar als u Superfit heeft (Wereldfit is daar onderdeel van)
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen
- ziekenvervoer naar en van de zorgverlener

Wij vergoeden geen eigen risico dat u moet betalen.

Regeling bij zwangerschap en bevalling

Als u tijdens een zwangerschap naar het buitenland reist, kunnen er medische complicaties optreden in uw zwangerschap of bij de bevalling. Wereldfit vergoedt de zorg voor die complicaties als deze niet te voorzien waren.

Wij beschouwen de reguliere zorg rond zwangerschap en bevalling als voorziene zorg. U kunt daarvoor geen gebruik maken van de vergoeding die u nu leest.

Wereldfit vergoedt ook geen zorg voor complicaties rond uw zwangerschap en bevalling die te voorzien waren bij vertrek. Dat is zo:

- als u bij vertrek naar het buitenland als zwangere een verhoogd gezondheidsrisico of verloskundige risicofactor heeft
- bij reizen naar de tropen, naar malaria- of gele koortsgebieden, en naar gebieden met een verhoogd risico op een infectie met het zikavirus
- bij vliegreizen na de 36e week van de zwangerschap

2. Repatriëring

Wij vergoeden:

- bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte uw medisch noodzakelijke repatriëring naar een door onze alarmcentrale Zorgassistance bepaald land, met de medische begeleiding die daarbij nodig is
- de extra kosten van verblijf als het medisch noodzakelijk is om u te repatriëren, maar dat door uw medische situatie (nog) niet mogelijk is
- eenmalig de kosten van vervoer en verblijf van 1 persoon als het medisch noodzakelijk is om u te repatriëren, maar dat door uw medische situatie (nog) niet mogelijk is
- de extra kosten van vervoer als u door ziekte of letsel niet met het geplande vervoermiddel naar huis kunt terugkeren

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt de repatriëring, het vervoer en verblijf.

• Aanvullende dienstverlening

1. Opsporing en redding

Als u door ziekte of ongeval in een noodsituatie belandt waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten hiervan tot maximaal € 25.000.

2. Vervoer en verblijf bij onvoorziene zorg

Vervoer en verblijf bij opname reisgenoot

Wij vergoeden uw extra kosten van vervoer en verblijf als een reisgenoot in het ziekenhuis is opgenomen of om andere medische redenen (nog) niet naar huis kan terugkeren.

Vervoer en verblijf verzekerde reisgenoten

Wij vergoeden de extra kosten van vervoer van verzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis waar u bent opgenomen. Wij vergoeden bij ziekenhuisopname ook de extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten.

Vervoer en verblijf

Wij vergoeden uw extra kosten van vervoer en verblijf als uw vooraf geboekte terugreis door uw medische situatie niet op de geplande datum kon plaatsvinden.

Vervoer en verblijf bezoekers

Bent u in het ziekenhuis opgenomen en duurt dit naar verwachting minimaal 5 dagen, of is er sprake van een levensbedreigende situatie, dan vergoeden wij 1 keer de extra kosten van vervoer en verblijf van 2 personen voor maximaal 8 dagen om u te bezoeken. Als u na die 8 dagen om medische redenen niet naar huis kunt terugkeren, vergoeden wij (in totaal) maximaal 15 dagen vervoer en verblijf.

3. Eerder terugkeren**Regeling bij terugkeer uit buitenland**

Wij vergoeden 1 keer:

- de extra kosten van vervoer en verblijf die u moet maken in verband met uw terugreis, en
- de kosten van vervoer en verblijf in verband met de (terug)reis naar uw geplande bestemming binnen de oorspronkelijke reisduur

in de volgende 5 gevallen:

1. ziekte of ongeval van u of een reisgenoot waardoor u de geplande bestemming niet kunt bereiken
2. ernstig ziek worden, of ernstig gewond raken van een reisgenoot door een ongeval
3. overlijden van een reisgenoot
4. overlijden, constatering van een ernstige ziekte bij of een ernstig ongeval van een familielid in de 1e of 2e graad of huisgenoot
5. ernstige materiële schade aan uw woning, de inboedel of uw bedrijf

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Regeling bij terugkeer in woonland

Als u in uw woonland verblijft, vergoeden wij alleen de extra kosten van vervoer tot maximaal € 500 per gebeurtenis, volgens bovenstaande regeling. U mag het vervoer in uw woonland zelf regelen.

4. Vervangende chauffeur

Wij vergoeden de kosten van een vervangende chauffeur, als:

- de bestuurder om medische redenen niet meer kan rijden, en
- het gebruikte motorrijtuig nog goed rijdt, en
- de andere reisgenoten het motorrijtuig niet kunnen besturen

Reist u met een eigen motorrijtuig, dan vergoeden wij de kosten van de vervangende chauffeur tot uw woonplaats. Reist u met een gehuurd motorrijtuig, dan vergoeden wij de kosten van de vervangende chauffeur naar de inleverplaats die het dichtstbij is.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt de inzet van een vervangende chauffeur.

5. Garantie, voorschotbetalingen en toezending geneesmiddelen

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt op uw verzoek:

- garantie op rechtstreekse betaling van spoedeisende zorgkosten aan de zorgverlener, als u Wereldfit heeft en de kosten vergoed worden door uw Vrije Keuze Basisverzekering bij ons, of Wereldfit
- de nodige voorschotbetalingen van die zorgkosten

- indien mogelijk, toezending van noodzakelijke geneesmiddelen die ter plaatse niet zijn te krijgen, als de geneesmiddelen worden vergoed door uw Vrije Keuze Basisverzekering of aanvullende verzekering, beide bij ons

• Vergoeding bij overlijden

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoeden wij:

- de kosten van een uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van familieleden in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500. Of in plaats daarvan: vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat de nabestaanden kiezen (dan geen maximumbedrag)
- de extra kosten van vervoer voor verzekerde reisgenoten in verband met de terugreis. En de extra kosten van hun verblijf tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, met een maximum van 30 dagen
- vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats van opbaren, inclusief terugreis
- vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 1 persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan, inclusief terugreis

Bij overlijden van een reisgenoot vergoeden wij:

- de extra kosten van vervoer en verblijf, met een maximum van 30 dagen

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Inhoudsopgave

Uitgebreide voorwaarden 2026	280
Nadere algemene regels	280
Vergoedingen	284
Aanvullende dienstverlening	284
Naar het ziekenhuis	286
Tijdelijk extra ondersteuning thuis	287
Aanvullende zorg bij kanker	288
Blijvend invalide na een ernstig ongeval	289
Tandheelkundige zorg na een ongeval	291

OntzorgPlus uitgebreide voorwaarden

• Uitgebreide voorwaarden 2026

In deze uitgebreide voorwaarden staan de **nadere algemene regels** en **vergoedingen van OntzorgPlus**. Samen met de algemene regels bepalen ze waar u recht op heeft en wat u daarvoor moet doen.

Als u zorg of diensten nodig heeft, moet u altijd contact (laten) opnemen met onze ZorgConsulent.

Zij regelen de inzet van zorg of dienstverlening voor u, of geven u toestemming om dat zelf te doen. Neemt u geen contact op? Dan vergoedt OntzorgPlus de zorg of diensten misschien niet.

Uw contactpersoon kan ook contact voor u opnemen. Die moet u dan wel hebben aangewezen.

Onze ZorgConsulenten zijn bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur, op telefoonnummer 030 639 62 32. Heeft u buiten deze tijden een noodsituatie waarbij direct hulp nodig is? Dan komt u automatisch uit bij onze alarmcentrale Zorgassistance.

• Nadere algemene regels

1. Wat bedoelen we met sommige woorden?

Contactpersoon

De persoon, die u heeft aangewezen als contactpersoon voor OntzorgPlus. Dit aanwijzen doet u bij uw aanvraag voor OntzorgPlus. U geeft de contactpersoon, onze alarmcentrale Zorgassistance, onze ZorgConsulenten en onze medisch adviseur toestemming om als dat nodig is gegevens uit te wisselen. Dat gaat om persoonlijke gegevens, waaronder medische gegevens. Dit is geregeld in nadere algemene regel 6 hieronder.

Wijst u geen contactpersoon aan? Dan is uw contactpersoon automatisch een andere volwassene die met u op de zorgpolis staat. Is er geen andere volwassene? Dan heeft u geen contactpersoon. Door privacyregels kunnen wij er dan niet altijd voor zorgen dat u de zorg en diensten krijgt die u nodig heeft.

Ernstige aandoening

Met een ernstige aandoening bedoelen wij in OntzorgPlus alleen 1 van de volgende aandoeningen:

- ernstige brandwonden en ernstige bevriezing: derdegraads brandwonden op 20% of meer van uw lichaam, of wonden door bevriezing of chemische stoffen op 20% of meer van uw lichaam, die even ernstig zijn als verbranding. Die (brand)wonden zijn ontstaan door 1 gebeurtenis
- coma (diepe bewusteloosheid) waarbij uw lichaam niet reageert op prikkels van buiten en zichzelf zonder hulp van apparaten niet in leven kan houden. Een kunstmatig coma valt hier niet onder
- plotselinge volledige blindheid aan beide ogen die niet beter wordt
- dwarslaesie waardoor 1 of beide armen of benen helemaal verlamd zijn
- ernstige hersenontsteking (encefalitis), waardoor u epileptische aanvallen krijgt, uw bewustzijn blijvend lager is, uw persoonlijkheid verandert, 1 kant van uw lichaam verlamd is of u problemen heeft met zien of praten

Of 1 van de volgende aandoeningen als de arts die vóór uw 70e verjaardag bij u vaststelt:

- herseninfarct of hersenbloeding waardoor uw bewustzijn blijvend lager is en 1 zijde van uw lichaam blijvend verlamd raakt (een TIA waarbij de uitvalsverschijnselen na een paar dagen hersteld zijn, valt hier dus niet onder)
- plotseling hartinfarct zonder dat eerder een hartkwaal is vastgesteld. Met een hartinfarct bedoelen we niet angina pectoris (pijn op de borst omdat het hart te weinig zuurstof krijgt, meestal door het nauwer worden van de kransslagader) en andere hartklachten
- acuut nierfalen: plotselinge, volledige uitval van beide nieren
- acuut leverfalen: plotselinge, ernstige afname van uw leverfunctie die schade aan de hersenen als gevolg heeft
- levensbedreigende sepsis, met of zonder septische shock: levensbedreigende orgaanuitval door een ontregelde reactie van uw lichaam op een infectie
- gescheurd aneurysma²¹⁰
- kanker: een eerste diagnose van bloedkanker (zoals leukemie) of een kwaadaardige tumor, waarvoor volgens uw arts behandeling met chemo-, radio- of immuuntherapie of doelgerichte therapie²¹¹ nodig is, of waarvoor dit niet meer zinvol is. Of als, na een behandeling voor kanker die op het oog succesvol is afgesloten, toch terugkeer van de tumor wordt vastgesteld of uitzaaiingen die op grond van de uitkomsten van de eerdere behandeling niet waren verwacht

Ernstig ongeval, ongeval

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw lichaam, buiten uw wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft veroorzaakt. Wij noemen het ongeval ernstig als aan de volgende 2 voorwaarden is voldaan:

1. u wordt via de spoedeisende hulp in het ziekenhuis opgenomen
 - omdat u in een levensbedreigende situatie verkeert, of
 - voor een medische situatie die zo ernstig is dat bij opname al duidelijk is dat u langer dan 5 dagen in het ziekenhuis moet blijven

2. het ongeval heeft grote invloed op uw dagelijkse bezigheden, of die van uw gezinsleden

Soms blijkt een ongeval of aandoening achteraf toch niet ernstig. Bijvoorbeeld omdat u een week in het ziekenhuis zou moeten blijven en dat uiteindelijk maar 2 dagen zijn. Dat is geen probleem. Ondersteuning, zorg en diensten die u al van ons gehad heeft, vergoedt OntzorgPlus gewoon. Maar u heeft dan geen recht op verdere ondersteuning, zorg en diensten.

Gezinsleden

Uw partner en kinderen. Bij de uitleg van partner en kinderen staat wie wij hiermee bedoelen.

Kinderen

Uw biologische kinderen, pleegkinderen, stiefkinderen of adoptiekinderen tot 18 jaar, die bij u in huis wonen. Of die bij co-ouderschap een deel van iedere maand bij u in huis wonen. Wij bedoelen niet uw kind dat op kamers woont en regelmatig thuis komt.

Partner

Uw echtgenoot, echtgenote of de partner met wie u in 1 huis samenwoont.

210. Een plaatselijke verwijding van een bloedvat, door een verzwakking in de vaatwand

211. 'Targeted therapy' is een behandeling met geneesmiddelen om kankercellen te doden of de groei ervan te remmen

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch-specialistische zorg. Maar niet een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, een ggz-instelling of een Wlz-instelling.

Ziekenvervoer

Vervoer binnen Nederland naar een ziekenhuis (en terug) voor onderzoek of behandeling, als u om medische redenen niet met openbaar vervoer of zelf met eigen vervoer kunt reizen. Uw basisverzekering vergoedt het onderzoek of de behandeling.

2. Wie zijn verzekerd?

Op de (zorg)polis staat wie verzekerd is. U kunt OntzorgPlus alleen afsluiten als u ook een Vrije Keuze Basisverzekering bij ons heeft. Als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar voor uw basisverzekering, eindigt uw OntzorgPlus niet. Maar let op: u krijgt wel een hogere premie. Dat staat in onze premietabel.

3. Waar bent u verzekerd?

U heeft alleen recht op zorg en diensten verleend in Nederland. Krijgt u een ernstig ongeval in het buitenland? Of stellen artsen daar een ernstige aandoening bij u vast? Dan kunt u gebruik maken van de zorg en diensten van OntzorgPlus als u weer in Nederland bent.

4. Wanneer en waarvoor bent u verzekerd?

U heeft recht op zorg en diensten als u tijdens de looptijd van OntzorgPlus een ernstig ongeval krijgt of bij u een ernstige aandoening wordt vastgesteld. Maar niet als het ongeval plaatsvond of de aandoening bekend was voordat uw verzekering inging. Ging uw verzekering in met terugwerkende kracht²¹²? Dan kijken wij naar de datum dat u de verzekering heeft aangevraagd. Dan heeft u recht op zorg en diensten als het ongeval of de vaststelling van de aandoening na die datum plaatsvond.

Beëindigt u uw OntzorgPlus? Dan bent u niet meer verzekerd. Ook niet als het ernstig ongeval of vaststellen van de ernstige aandoening tijdens de looptijd van uw verzekering gebeurde. Zorg en diensten die we al hebben geregeld en vergoed, hoeft u natuurlijk niet terug te betalen. Deze zorg en diensten stoppen wel op het moment dat uw OntzorgPlus eindigt.

Sluit u OntzorgPlus opnieuw af? Dan bent u verzekerd voor een ernstig ongeval dat na de nieuwe ingangsdatum plaatsvindt of een ernstige aandoening die daarna wordt vastgesteld.

Dit geldt ook als uw OntzorgPlus tijdens detentie is opgeschort. OntzorgPlus vergoedt tijdens detentie geen zorg of diensten. Na detentie gaat uw OntzorgPlus weer in. Maar u bent dan niet verzekerd voor een ernstig ongeval dat tijdens uw detentie plaatsvindt of voor een ernstige aandoening die tijdens uw detentie is vastgesteld.

5. De ZorgConsulent regelt de zorg en diensten voor u

De ZorgConsulent regelt de zorg en diensten voor u. U mag dat ook zelf doen, maar alleen als de ZorgConsulent daarvoor toestemming geeft. U moet daarom altijd eerst contact opnemen met de ZorgConsulent. Of, in een noodsituatie buiten werktijden, met onze alarmcentrale Zorgassistance.

Boven deze nadere algemene regels staat hoe u ze kunt bereiken. Doet u dit niet? Dan vergoedt OntzorgPlus de kosten misschien niet.

212. Bijvoorbeeld als u in januari nog OntzorgPlus afsluit. Die gaat dan in op 1 januari. Meer daarover leest u in algemene regel 16b en 17

6. (Medische) gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Bijvoorbeeld over de gevolgen van het ongeval of uw aandoening.

Het is belangrijk dat u een contactpersoon aanwijst, of een paar. Na een ernstig ongeval of als een ernstige aandoening is vastgesteld, kunt of wilt u soms zelf geen contact met ons opnemen. Dan kan 1 van uw contactpersonen dat doen. De ZorgConsulent kan er zo voor zorgen dat u de zorg en diensten krijgt die u nodig heeft. Tijdens dat contact zal uw contactpersoon (medische) gegevens aan ons geven, en de ZorgConsulent mogelijk aan hem of haar. Dat beperken we zoveel mogelijk, maar is nodig om zorg en diensten voor u te regelen. U gaat hiermee akkoord. Meer daarover staat in nadere algemene regel 1, onder 'Contactpersoon'.

7. Nooit vergoeding uit 2 verzekeringen

Heeft u naast OntzorgPlus ook een andere aanvullende (tand)verzekering bij ons? Dan kunt u de vergoedingen uit OntzorgPlus en de andere aanvullende (tand)verzekering niet optellen. U krijgt de meest gunstige vergoeding. Dit geldt ook als u de aanvullende verzekering Superfit heeft. OntzorgPlus is daar onderdeel van. U kunt binnen de Superfit dus maar 1 vergelijkbare vergoeding gebruiken.

8. Wij controleren

Wij controleren of een ernstig ongeval plaatsvond en of een ernstige aandoening is vastgesteld tijdens de looptijd van uw OntzorgPlus. Dat doen wij meestal door te kijken of zorgverleners andere declaraties hebben ingediend voor zorg na het ernstige ongeval of voor de ernstige aandoening. Bijvoorbeeld voor ziekenhuiszorg die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt. Heeft u geen Vrije Keuze Basisverzekering bij ons? Dan vragen wij zulke rekeningen op bij de verzekeraar waar u uw basisverzekering heeft. Werkt u daar niet aan mee? Dan vergoedt OntzorgPlus de zorg en diensten misschien niet.

Wij voeren natuurlijk ook andere controles uit. Bijvoorbeeld of de zorg wel geleverd is.

9. Soms vergoedt OntzorgPlus zorg en diensten niet, en regelt de ZorgConsulent die ook niet

Dat is zo:

- als u alcohol, drugs of verdovende middelen had gebruikt voorafgaand aan het ongeval of als uw aandoening het gevolg is van uw alcohol- of drugsgebruik
- bij letsel dat is ontstaan doordat u een misdrijf pleegt of daarbij helpt, ook als het letsel niet uw schuld is
- bij aangeboren aandoeningen
- bij een voorziene opname²¹³, ook als die samenhangt met de ernstige aandoening of het ernstige ongeval, tenzij in de vergoedingen anders is bepaald. Heeft u ook een basisverzekering of andere aanvullende (tand)verzekering bij ons? Dan kunt u natuurlijk wel vanwege die verzekering contact opnemen met de ZorgConsulent

213. Een opname die niet meteen dezelfde dag nodig is, maar gepland kan worden

● Vergoedingen

● Aanvullende dienstverlening

Hulp van de ZorgConsulent

Wilt u meer informatie over de vergoedingen? Of wilt u met iemand overleggen? Dan kunt u altijd contact opnemen met onze ZorgConsulenten.

Daarnaast heeft u na een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening recht op de volgende dienstverlening van onze ZorgConsulenten.

Begeleiding

De ZorgConsulent begeleidt u, bijvoorbeeld bij het vinden van de juiste (zorg)aanbieders. Of helpt u met het invullen van formulieren als u die niet helemaal begrijpt. Ook maakt de ZorgConsulent u wegwijs in het zorgveld, vergoedingen en alle instanties die betrokken zijn.

Regelwerk

De ZorgConsulent regelt zorg en diensten voor u, zoals vervangende mantelzorg, vervoer of huishoudelijke hulp. Maar alleen als wij die in de vergoedingen noemen.

Aanvullend consult en gesprek

Tot 1 jaar na een ernstig ongeval of tot 1 jaar na het vaststellen van een ernstige aandoening, kunt u gebruik maken van de volgende diensten.

Uitgebreid telefonisch consult bij een medisch specialist

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

Begeleiding artsgesprek

De ZorgConsulent regelt eenmalig begeleiding bij het gesprek met uw medisch specialist. Een verpleegkundige helpt u dan bij de voorbereiding en gaat mee naar het gesprek. Bijvoorbeeld om de juiste vragen te stellen en de antwoorden goed te verwerken. OntzorgPlus vergoedt deze begeleiding.

Verhaalsbijstand bij letselschade

Heeft u letsel door een ongeval? En is iemand anders (voor een deel) aansprakelijk? Dan moet die vaak uw schade betalen. U kunt dan uw rechtsbijstandverzekering inschakelen. Heeft u die niet? Dan bieden wij een verhaalsbijstand-service.

Een door ons ingeschakelde advocaat of schaderegelaar probeert dan uw schade te verhalen op de aansprakelijke persoon, of de verzekeraar van die persoon. Bijvoorbeeld de zorgkosten die u zelf moet betalen, inkomsten die u misloopt of omdat u smartengeld wilt.

In de regels verhaalsbijstand-service staat wat de service inhoudt.

OntzorgPlus vergoedt de verhaalsbijstand-service die wij voor u regelen tot maximaal € 12.500 per ongeval. Kosten van een rechtszaak vallen daar ook onder. Kosten die u zelf maakt, bijvoorbeeld door zelf een advocaat in te schakelen, vergoedt OntzorgPlus niet.

• Naar het ziekenhuis

Ziekenvervoer

Soms kunt u door een medische reden niet zelf naar het ziekenhuis reizen voor behandeling of controle. Ook niet met het openbaar vervoer. U moet dan door iemand gebracht worden, of met de taxi gaan. Wij noemen dat ziekenvervoer.

OntzorgPlus vergoedt ziekenvervoer als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u moet door een ernstig ongeval of ernstige aandoening naar een behandeling, controle of voorziene opname²¹⁴ in het ziekenhuis
- de basisverzekering vergoedt de behandeling of controle
- die behandeling of controle vindt plaats binnen 1 jaar na het ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening
- het ziekenhuis ligt in Nederland en meer dan 50 km van uw woonadres vandaan
- u kunt door een medische reden niet zelf naar het ziekenhuis reizen, met eigen of openbaar vervoer

Brengt en haalt iemand u, met zijn of haar eigen auto of met uw auto? Dan vergoedt OntzorgPlus € 0,27 per kilometer. Het gaat om de kilometers tussen uw woonadres en het ziekenhuis. Bij het vaststellen van het aantal kilometers gaan wij uit van de optimale route via [Google Maps](#). OntzorgPlus vergoedt niet het vervoer van uw begeleider als u zelf niet meerijdt. Als uw begeleider u bijvoorbeeld naar het ziekenhuis brengt en alleen terugrijdt, dan vergoedt OntzorgPlus alleen de heenreis. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoedt OntzorgPlus ook niet.

Reist u liever met een taxi? OntzorgPlus vergoedt taxivervoer volledig. Onze ZorgConsulent regelt dit taxivervoer voor u via onze taxicentrale Transvision. Deze vervoerder declareert rechtstreeks bij ons. Wilt u een andere taxivervoerder? Dan vergoedt OntzorgPlus die ook. U moet dan wel vooraf toestemming hebben van de ZorgConsulent.

Soms vergoedt de basisverzekering uw ziekenvervoer. Daarbij geldt een wettelijke eigen bijdrage. OntzorgPlus vergoedt deze eigen bijdrage als u aan de voorwaarden hierboven voldoet.

Ook voor deze vergoeding geldt dat de ZorgConsulent vooraf toestemming moet geven. Als u plotseling naar het ziekenhuis moet, kunt u die toestemming achteraf vragen. Overlegt u met de ZorgConsulent. Deze helpt u met het aanvragen van de toestemming.

Reiskosten ziekenbezoek

OntzorgPlus vergoedt reiskosten voor ziekenbezoek door uw gezinsleden als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u bent door een ernstig ongeval of een ernstige aandoening in het ziekenhuis opgenomen
- die opname, voorzien of onvoorzien, vindt plaats binnen 1 jaar na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening
- het ziekenhuis ligt in Nederland en meer dan 50 km van uw woonadres vandaan
- uw gezinsleden hebben zelf ook OntzorgPlus

OntzorgPlus vergoedt maximaal 1 keer per dag € 0,27 per kilometer voor het aantal kilometers van uw woonadres naar het ziekenhuis, en terug. Ook als gezinsleden samen reizen, of meer keren op een dag. Of zij met de taxi, de auto of het openbaar vervoer komen, maakt voor de vergoeding ook niet uit. Bij het vaststellen van het aantal kilometers tussen uw woonadres en het ziekenhuis gaan wij uit van de optimale

²¹⁴. Een opname die niet meteen dezelfde dag nodig is, maar gepland kan worden

route via Google Maps. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoedt OntzorgPlus niet.

Wij kunnen vragen om een opnameverklaring. Die kunt u bij het ziekenhuis krijgen. Er staat in wanneer en hoelang u was opgenomen.

Logeerhuis

Gespecialiseerde ziekenhuizen hebben vaak een logeerafdeling of een logeerhuis in de buurt, bijvoorbeeld een Ronald McDonald Huis. Daar kunnen ouders en andere gezinsleden dichtbij overnachten.

OntzorgPlus vergoedt verblijf van uw gezinsleden in het logeerhuis als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u bent door een ernstig ongeval of ernstige aandoening in een gespecialiseerd ziekenhuis²¹⁵ in Nederland opgenomen
- die opname, voorzien of onvoorzien, vindt plaats binnen 1 jaar na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening
- uw gezinsleden hebben zelf ook OntzorgPlus
- het ziekenhuis bepaalt dat uw gezinsleden in het logeerhuis mogen blijven

Wij kunnen vragen om een opnameverklaring. Die kunt u bij het ziekenhuis krijgen. Er staat in wanneer en hoelang u was opgenomen.

• Tijdelijk extra ondersteuning thuis

Huishoudelijke hulp

Uw gemeente regelt huishoudelijke hulp als dat nodig is. Maar als er iets onverwachts gebeurt, kan de gemeente die niet altijd direct regelen.

OntzorgPlus vergoedt huishoudelijke hulp tijdens of aansluitend op uw opname in het ziekenhuis als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u wordt door een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening met spoed in het ziekenhuis opgenomen
- de gemeente kan huishoudelijke hulp niet op tijd regelen
- u kunt zelf het huishouden niet doen
- het is noodzakelijk dat het huishouden wel gedaan wordt
- u voert alleen een huishouden en er is in uw sociale omgeving niemand om in huis acute zaken te regelen. Of u heeft een gezin, maar het huishouden kan redelijkerwijs niet van de andere gezinsleden worden verwacht

De ZorgConsulent regelt de huishoudelijke hulp.

OntzorgPlus vergoedt deze hulp direct na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening:

- in de 1e week vanaf uw 1e opnamedag in het ziekenhuis, of
- in de 1e week vanaf uw ontslag uit het ziekenhuis

215. Bijvoorbeeld een academisch ziekenhuis, brandwondencentrum of kankercentrum

Oppas voor de kinderen

OntzorgPlus vergoedt een oppas voor de kinderen tijdens uw opname in het ziekenhuis als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u wordt door een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening met spoed in het ziekenhuis opgenomen
- minstens 1 van uw kinderen is jonger dan 12 jaar en de kinderen zelf hebben ook OntzorgPlus
- in uw familie of sociale netwerk kan niemand uw kind(eren) opvangen

De ZorgConsulent regelt de oppas.

OntzorgPlus vergoedt deze direct na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening voor maximaal 1 week vanaf uw 1e opnamedag in het ziekenhuis.

Kunt u zelf regelen dat uw kinderen extra of afwijkende uren naar de reguliere kinderopvang gaan? Dan vergoedt OntzorgPlus de kosten daarvan. U moet daarvoor wel vooraf toestemming hebben gekregen van onze ZorgConsulent.

Vervangende mantelzorg

Uw gemeente regelt vervangende mantelzorg als dat nodig is. Maar zij kan die niet altijd direct regelen.

OntzorgPlus vergoedt vervangende mantelzorg tijdens uw opname in het ziekenhuis en zo nodig nog na uw ontslag, als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u zorgt al 3 maanden of langer, minimaal 8 uur per week voor een zieke of gehandicapte partner, familielid of vriend(in)
- u wordt door een ernstig ongeval of na het vaststellen van een ernstige aandoening met spoed in een ziekenhuis opgenomen
- u kunt daardoor de mantelzorg tijdelijk niet geven
- de gemeente kan niet direct vervangende mantelzorg regelen

De ZorgConsulent regelt de vervangende mantelzorg.

OntzorgPlus vergoedt de vervangende mantelzorg tijdens uw opname in het ziekenhuis direct na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening. Totdat de gemeente deze heeft geregeld. Maar nooit meer dan 2 weken vanaf de 1e opnamedag.

U moet de vervangende mantelzorg wel eerst bij de gemeente aanvragen. Heeft u daar vragen over? Neem dan contact op met onze ZorgConsulent. Zij kunnen u handvatten bieden om het gesprek aan te gaan met de Wmo-consulent in uw gemeente.

• Aanvullende zorg bij kanker

Persoonlijke ondersteuning bij kanker

Als u de diagnose kanker krijgt, komt er in korte tijd veel op u af. Zoals informatie over medische behandelingen en de keuzes die u daarin moet maken. Maar ook brengt de diagnose veel emotie met zich mee en onzekerheid over de toekomst. U heeft misschien veel vragen. Dat geldt voor u, maar ook voor uw naasten. U wilt de tijd hebben om alle informatie te verwerken en weer grip te krijgen op uw leven. Samen met uw naasten en in uw eigen tempo. Persoonlijke ondersteuning kan dan helpen.

OntzorgPlus vergoedt eenmalig voor maximaal 12 maanden persoonlijke ondersteuning voor uzelf en uw naasten. U heeft twee mogelijkheden:

1. Via Care for Cancer

De consulenten van Care for Cancer zijn ervaren oncologieverpleegkundigen. Zij bezoeken u thuis of ondersteunen u met telefoon- of video-gesprekken. Zij beantwoorden uw vragen over de gevolgen van uw diagnose en behandeling en geven praktische tips over uw thuis- en werksituatie. Daarnaast geven zij informatie over zaken rondom de ziekte, zoals bijkomende klachten of mogelijkheden voor psychosociale hulp. De ondersteuning wordt aangepast op uw persoonlijke wensen en situatie.

2. Via een online omgeving: Lifefullness

U krijgt toegang tot een interactieve omgeving om zelf aan de slag te gaan met uw gedachten en emoties op 10 verschillende levensdomeinen. Bijvoorbeeld energie en bewegen, uw relaties en omgeving, of zingeving. Als u dat wenst kan een persoonlijke ondersteuningsconsulent u verder helpen via video- of telefonische consulten. De ondersteuningsconsulent geeft geen medische adviezen, maar ondersteunt op het psychosociale vlak en helpt met het zoeken naar waar u terecht kunt met uw vragen. Onze ZorgConsulent kan u meer vertellen over deze vormen van persoonlijke ondersteuning. En met u meedenken welke vorm het beste bij u past. Ook regelen zij de toegang tot de online omgeving Lifefullness.

Beweegprogramma bij en na kanker

Behandelingen bij kanker hebben vaak gevolgen voor uw lichamelijke conditie. Ook tijdens de behandeling kan het helpen als uw lichamelijke conditie op peil blijft.

OntzorgPlus vergoedt 1 van de volgende beweegprogramma's tijdens of na een behandeling voor kanker:

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

Het beweegprogramma is gericht op het behouden en opbouwen van uw conditie. Er is tijdens zo'n programma ook aandacht voor omgaan met stress, voeding en eventueel weer aan het werk gaan.

Persoonlijke ondersteuning bij rouw en verlies

Hoe verdrietig ook, kanker is niet altijd te genezen. Soms krijgt u te horen dat u niet meer beter wordt. Dat kan veel impact hebben. Zowel voor uzelf als voor uw naasten. Er komen nieuwe emoties en nieuwe vragen. Hoe gaat u hiermee om? Met wie praat u hierover? Als u niet meer beter wordt, wat doet u nog wel en wat niet meer?

OntzorgPlus vergoedt voor uzelf en voor uw naasten persoonlijke ondersteuning in dit proces door een consulent van Care for Cancer. Die helpt bij het verwerken van de emoties, beantwoordt vragen en ondersteunt u en uw naasten in het proces van rouw en verlies.

• Blijvend invalide na een ernstig ongeval

Aanpassing in woning of vervoer

Na een ernstig ongeval vóór uw 70e verjaardag waardoor u blijvend een rolstoel nodig heeft, kan aanpassing van uw huis of een vervoermiddel nodig zijn.

De ZorgConsulent kan dan het volgende voor u regelen:

- helpen bij het vinden van de juiste instantie voor het aanpassen van uw woning of vervoermiddel. Of uitleggen welke rol de gemeente, of een andere instantie, speelt

- helpen een gesprek met de gemeente of andere instanties voor te bereiden. Bijvoorbeeld door met u in kaart te brengen waar u allemaal aan moet denken
 - adviseren of helpen bij problemen met uw aanvraag bij de gemeente, of andere instanties
 - helpen een goede adviseur te zoeken, als u persoonlijk advies nodig heeft over de aanpassingen zelf.
- De kosten van de adviseur betaalt u zelf

De ZorgConsulent doet zijn of haar best om u te helpen. Maar soms zal dat niet lukken. Bijvoorbeeld als de gemeente geen vergunning geeft om te verbouwen. Of als uw verhuurder geen toestemming geeft om de woning aan te passen.

OntzorgPlus vergoedt in sommige situaties, maar maximaal 1 keer tijdens de looptijd van de verzekering:

- aanpassing huis tot maximaal € 100.000, of
- aanpassing vervoermiddel tot maximaal € 40.000

Dat is alleen zo als:

- u een ernstig ongeval krijgt vóór uw 70e verjaardag, en
- u na dat ongeval in een revalidatiecentrum²¹⁶ bent opgenomen, en
- die opname nodig is omdat u blijvend en bij al uw bezigheden een rolstoel nodig heeft, en
- u na die opname terug kunt naar uw thuissituatie, en
- uw revalidatieteam binnen 1 jaar na het ongeval vaststelt dat daarvoor aanpassing van uw woning, of vervoermiddel nodig is

Hieronder staat welke voorwaarden nog meer gelden.

Twijfelen wij aan de noodzaak van sommige voorgestelde aanpassingen? Dan kunnen wij de voorgestelde oplossing opnieuw laten beoordelen door een door ons aangewezen hulpverlener. Bijvoorbeeld een ergotherapeut. De kosten van die beoordeling vergoedt OntzorgPlus dan.

Daarnaast gelden de volgende voorwaarden:

1. één van de volgende situaties is van toepassing:
 - u heeft aanpassing van uw woning of vervoermiddel aangevraagd bij de gemeente, het UWV of andere instantie, maar die beslist niet op tijd. Komt dit doordat u nog niet genoeg hersteld bent? Of doordat u niet genoeg informatie geeft? Dan vergoedt OntzorgPlus de aanpassing van uw woning of vervoermiddel niet
 - de gemeente, het UWV of andere instantie heeft uw aanvraag afgewezen, maar u kunt zonder aanpassing uw zelfstandigheid niet behouden
 - de gemeente, het UWV of andere instantie geeft alleen een oplossing die u niet kunt accepteren. Bijvoorbeeld als u van de gemeente moet verhuizen, maar u wilt in uw woning blijven. Of als u van de gemeente een ander middel van vervoer moet gebruiken, maar u wilt uw eigen auto blijven gebruiken
2. de aanpassing is de meest eenvoudige adequate oplossing voor uw woon- of vervoersproblemen. Wilt u meer luxe of comfort? Dan vergoedt OntzorgPlus alleen de kosten van de eenvoudige aanpassing. Het bedrag daarboven betaalt u dus zelf
- 3a. bij aanpassing van de woning: dit is voor u de beste oplossing om dagelijkse problemen bij wonen op te lossen. Dat betekent dat u zonder de aanpassing gewone dingen niet kunt doen, zoals wassen, eten of slapen, of

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

3b. bij aanpassing van het vervoermiddel: het gaat om 1 van de volgende aanpassingen:

- aanpassingen aan de besturing of bediening, die speciaal zijn gemaakt voor lichamelijke beperkingen. Aanpassingen die ook in normale uitvoeringen van het vervoermiddel zitten, vergoedt OntzorgPlus niet. Bijvoorbeeld een automaat, of rem- of stuurbekrachtiging in een auto
- aanpassingen die u helpen bij instappen of uitstappen

In plaats van een aanpassing aan uw auto, mag u uw eigen auto inruilen voor een tweedehands auto die al is aangepast. Ook dan geldt de maximale vergoeding. De waarde van uw eigen auto trekken wij van de vergoeding af.

Soms vergoedt OntzorgPlus niet:

- als beperkingen horen bij het 'normale' verouderingsproces
- als u een hobby niet meer kan doen, en daarom uw woning wil laten aanpassen
- als u de woning terug wilt of moet brengen in oorspronkelijke staat. Bijvoorbeeld als u een huurwoning liet aanpassen, en u gaat verhuizen

• Tandheelkundige zorg na een ongeval

Bij een ongeval kan uw gebit en gezicht beschadigd raken. Bent u nog geen 18 jaar? Dan vergoedt de basisverzekering de meeste tandheelkundige zorg. Vanaf 18 jaar valt de meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist niet onder de basisverzekering. Alleen voor de kaakchirurg, het kunstgebit en Bijzondere tandheelkunde bent u dan verzekerd.

OntzorgPlus vergoedt algemene tandheelkundige zorg als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- u bent door een ongeval minimaal 2 voortanden²¹⁷, helemaal of voor een groot deel, kwijt waardoor uw gezicht ernstig is aangedaan
- een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist voert de behandeling uit
- de behandeling vindt binnen 1 jaar na het ongeval plaats
- u heeft vooraf toestemming van ons gekregen. Als er een medische reden is waarom de behandeling niet binnen een jaar na het ongeval kan starten, kunnen wij ook toestemming geven voor behandeling na 1 jaar

OntzorgPlus vergoedt alleen de behandelingen die nodig zijn voor herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dus alleen om de schade aan uw gebit te herstellen die direct door het ongeval is ontstaan. Er is geen recht op vergoeding als de indicatie voor behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Moest een tand bijvoorbeeld toch al vervangen worden door een kroon? Dan vergoedt OntzorgPlus dat niet. Uw aanvullende tandverzekering mogelijk wel.

OntzorgPlus vergoedt ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een implantaat, maar geen volledige narcose.

OntzorgPlus vergoedt maximaal € 10.000 per kalenderjaar.

Ook voor deze vergoeding geldt dat u vooraf contact moet opnemen met onze ZorgConsulent. Zij regelen uw aanvraag voor onze toestemming. Daarvoor is een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig, met het behandelplan, röntgenfoto's en een begroting.

217. Dit zijn de 4 snijtanden boven en onder

Inhoudsopgave

Basisregels hulpmiddelen ONVZ Vrije Keuze	293
Basisregels hulpmiddelen ONVZ Vrije Keuze	293
Ik heb een hulpmiddel nodig	293
Ik krijg een hulpmiddel voor het eerst	294
Ik gebruik een hulpmiddel	295

Basisregels hulpmiddelen ONVZ Vrije Keuze

● Basisregels hulpmiddelen ONVZ Vrije Keuze

Deze basisregels zijn onderverdeeld in 3 onderwerpen.

1. Ik heb een hulpmiddel nodig
2. Ik krijg een hulpmiddel voor het eerst
3. Ik gebruik een hulpmiddel

● Ik heb een hulpmiddel nodig

1. Regels die de vergoeding bepalen

Heeft u een hulpmiddel nodig? Dan bepalen wij of wij dat hulpmiddel vergoeden aan de hand van:

- de algemene regels
- de basisregels hulpmiddelen die u nu leest
- de vergoeding Hulpmiddelen
- de vergoeding van het hulpmiddel waar het om gaat

Deze 4 soorten regels zijn dus altijd van toepassing.

Al deze regels zijn onder andere gebaseerd op de wettelijke vergoeding in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Wijken de basisregels hulpmiddelen of vergoedingen hulpmiddelen daarvan af? Dan geldt de wettelijke vergoeding.

2. Een geschikt hulpmiddel

Een hulpmiddel moet geschikt zijn voor het doel waarvoor u het gaat gebruiken: het moet adequaat zijn. Dit is een aanvulling op algemene regel 24. Daarin staat, in het kort, dat wij zorg vergoeden waarop u in redelijkheid bent aangewezen en die als effectief en veilig wordt beschouwd. Daarin staat ook dat de zorg niet onnodig duur mag zijn. En dat de zorg voorgeschreven en verleend moet worden volgens de toepasselijke (kwaliteits)richtlijnen, in dit geval van de hulpmiddelenzorg.

U heeft recht op een standaard hulpmiddel (confectie), als dit voor u geschikt is. Soms is dat niet zo. Dan krijgt u een op maat gemaakt hulpmiddel. Uw leverancier of zorgverlener moet ons dan laten weten waarom een standaard hulpmiddel voor u niet werkt.

Is uw hulpmiddel niet meer geschikt? Dan kunt u bij ons herstel, aanpassing of vervanging vragen. Dat werkt hetzelfde als toestemming vragen.

3. Toestemming vragen

Vaak moet u vooraf toestemming van ons hebben voor een hulpmiddel. In de vergoeding van het hulpmiddel staat of dit ook voor uw hulpmiddel geldt. En wat u dan met uw aanvraag moet meesturen.

U kunt ons uw aanvraag toesturen via het online aanvraagformulier hulpmiddelen op de website of per post.

Wilt u vanwege uw privacy niet dat de leverancier uw aanvraag behandelt? U kunt de aanvraag ook via het contactformulier of per post sturen naar onze medisch adviseur. Dan geldt het beroepsgeheim. Geef op het formulier of de envelop dan aan 't.a.v. de medisch adviseur'.

4. Als u een ander hulpmiddel nodig heeft

In alle vergoedingen van hulpmiddelen staat een beschrijving van het hulpmiddel of het soort hulpmiddelen dat onder de vergoeding valt. Vallen er meer hulpmiddelen onder de beschrijving? Dan staan die allemaal bij 'Details per hulpmiddel'. Heeft u een ander hulpmiddel nodig, dat daar niet staat, maar wel binnen de beschrijving past? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig. In basisregel 3 en in de vergoeding van het hulpmiddel staat hoe u toestemming kunt vragen.

• Ik krijg een hulpmiddel voor het eerst

5. Een gebruiksklaar hulpmiddel

Krijgt u een hulpmiddel voor het eerst? Dan is het gebruiksklaar. U krijgt een gebruiksaanwijzing als het hulpmiddel die heeft. Gebruikt een hulpmiddel batterijen of een oplader? Dan krijgt u die er de eerste keer bij.

6. Bruikleen of kopen

U krijgt een hulpmiddel in bruikleen, of u koopt het zelf. Bruikleen betekent dat wij of de leverancier eigenaar blijven, en dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u het nodig heeft. Als u het hulpmiddel zelf koopt, wordt u de eigenaar. In de vergoeding van uw hulpmiddel staat of u het hulpmiddel zelf koopt of in bruikleen krijgt.

7. Bruikleen

Krijgt u een hulpmiddel in bruikleen? Dan betalen wij de kosten van aanschaf (door de leverancier of door ons), onderhoud en reparatie. De leverancier bezorgt het bruikleenhulpmiddel bij u thuis. Of u haalt het op bij de leverancier.

Ook vergoeden wij de verbruiksartikelen die bij het hulpmiddel horen. Verbruiksartikelen zijn nodig bij het gebruik van uw hulpmiddel. U gebruikt steeds een nieuwe en gooit die na gebruik weg. Batterijen zijn geen verbruiksartikelen.

8. Bij bruikleen geen eigen risico

Voor een bruikleenhulpmiddel betaalt u geen eigen risico. Maar wel voor de verbruiksartikelen die bij het hulpmiddel horen. Koopt u een hulpmiddel zelf, dan betaalt u altijd eigen risico.

9. Als u toch wilt kopen

U kunt een bruikleenhulpmiddel ook zelf kopen. U moet ons dan wel vooraf toestemming vragen. Er kunnen namelijk extra voorwaarden gelden. Geef op uw aanvraag aan dat u het hulpmiddel zelf wilt kopen. Als u een bruikleenartikel zelf koopt, krijgt u het in eigendom. U betaalt dan eigen risico. En onze maximale vergoedingen gelden.

10. Een reserve-hulpmiddel

Wij vergoeden ook een reserve-exemplaar van uw hulpmiddel, als u het hulpmiddel vaak lange tijd moet missen door onderhoud of reparatie. Dat doen wij alleen als u zonder hulpmiddel ernstig beperkt bent bij uw dagelijkse bezigheden. U moet ons wel vooraf toestemming vragen voor het reserve-exemplaar.

11. Als u het hulpmiddel niet meer nodig heeft

Heeft u een bruikleenhulpmiddel niet meer nodig? Dan moet u het teruggeven aan de leverancier.

- **Ik gebruik een hulpmiddel**

12. Kosten van normaal gebruik

Kosten van normaal gebruik van een hulpmiddel vergoeden wij niet. Bijvoorbeeld batterijen, of de stroom die een hulpmiddel gebruikt. Er zijn uitzonderingen. Dan vergoeden wij de kosten van normaal gebruik wel. Voor welke hulpmiddelen dat geldt, staat in de vergoeding van uw hulpmiddel.

13. Uw hulpmiddel vervangen of aanpassen

Wilt u uw hulpmiddel vervangen, laten repareren of aanpassen? Dan vergoeden wij dat alleen als uw oude hulpmiddel niet meer goed werkt. Heeft u vooraf toestemming van ons nodig voor een hulpmiddel? Dan geldt dat ook als u het hulpmiddel vervangt, of laat repareren of aanpassen.

Bij de beoordeling houden wij rekening met de minimale gebruikstermijn. Binnen die periode hoeft u het hulpmiddel normaal gesproken niet te vervangen. Moet u het hulpmiddel vervangen binnen de minimale gebruikstermijn? Dan moet u altijd toestemming vragen. Of een minimale gebruikstermijn geldt en hoe lang die is, staat in de vergoeding van uw hulpmiddel.

14. Zorgvuldig gebruik en onderhoud

U moet een hulpmiddel zorgvuldig gebruiken en onderhouden. U moet daarbij in ieder geval de voorschriften of de uitleg over het gebruik en onderhoud opvolgen. Het maakt daarbij niet uit of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen heeft gekregen. Een hulpmiddel kan beschadigd raken of kwijtraken, of de software van een hulpmiddel kan vastlopen. Komt dit omdat u onvoldoende zorg en aandacht aan het hulpmiddel heeft besteed? Dan moet u een vervangend hulpmiddel of de reparatie van het hulpmiddel zelf betalen.

Inhoudsopgave

Vergoedingen hulpmiddelen ONVZ Vrije Keuze	298
Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering	298
Pruik	298
Prothesen	301
Mammaprothesen (borstprothesen)	305
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	307
CPAP-apparaten	311
MRA	313
Zuurstofapparaten	315
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	317
Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen	322
Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)	325
Orthesen	328
Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie	330
Hulpmiddelen bij problemen met zien	332
Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	336
Hulpmiddelen bij problemen met horen	340
Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers	343
Verbandmiddelen	346
Verbandschoenen	348
Hulpmiddelen bij problemen met urine en ontlasting	350
Incontinentiemateriaal	353
Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed	356
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen	359
Therapeutisch elastische kousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen	361
Hulpmiddelen bij diabetes	364
Infuuspomp voor geneesmiddelen	369
Kappen voor schedelbescherming	371
Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	373
Hulpmiddelen bij problemen met spreken	375
Persoonsalarmering	377
Hulpmiddelen bij chronische pijnbestrijding	379
Hulpmiddelen bij trombose	381
Met thuisdialyse samenhangende kosten	383
Daisyspelers	385

Hulphonden

387

Vergoedingen hulpmiddelen ONVZ Vrije Keuze

• Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

• Pruik

Als u door een medische aandoening of behandeling (tijdelijk) geen haar heeft.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	€ 497,50 bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per pruik
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen of een alternatieve hoofdbedekking
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen of een alternatieve hoofdbedekking
Superfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen of een alternatieve hoofdbedekking

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal € 497,50 voor een pruik, als u helemaal of voor een deel kaal wordt of bent door een medische behandeling of een aandoening. Als de leverancier van de pruik geen contract met ons heeft, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering maximaal € 398.

De minimale gebruikstermijn van een pruik is 1 jaar.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt geen gebruikelijke hoofdbedekking, zoals hoeden, petten, bandana's en mutsen.

Heeft u een aanvullende verzekering?

Als uw pruik duurder is dan de wettelijke maximale vergoeding van € 497,50, betaalt u een deel zelf. Dat is de eigen bijdrage. Onze aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden die eigen bijdrage tot een

maximaal bedrag. Die vergoeding is voor alle eigen bijdragen²¹⁸ voor hulpmiddelen samen. Het maximale bedrag staat hierboven.

Heeft u de pruik gekocht bij een leverancier die geen contract met ons heeft? Dan moet u het verschil tussen onze maximale vergoeding van € 398 en € 497,50 wel zelf betalen. Onze aanvullende verzekeringen vergoeden dat deel niet.

Wilt u geen pruik, maar heeft u liever een alternatieve hoofdbedekking? Zoals een hoed, pet, bandana of muts? Dan kunt u de vergoeding van de aanvullende verzekering Optifit of hoger ook daarvoor gebruiken. Het maximale bedrag blijft wel gelden voor deze kosten en de eigen bijdragen van andere hulpmiddelen samen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van pruiken
- leverancier van alternatieve hoofdbedekking voor vergoeding uit de aanvullende verzekering

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- pruiken bij klassieke mannelijke kaalheid
- verzorging en onderhoud van uw pruik

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook geen gebruikelijke hoofdbedekking, zoals hoeden, petten, bandana's en mutsen. Onze aanvullende verzekeringen soms wel.

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

Als uw pruik meer kost dan € 497,50 is het bedrag daarboven de eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden die eigen bijdrage (voor een deel). Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw medisch specialist²¹⁹. Of van een oncologieverpleegkundige, physician assistant²²⁰ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²²¹.

218. Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

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

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

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

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• Prothesen

Als u een hulpmiddel nodig heeft dat een deel van uw lichaam vervangt of bedekt.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt prothesen voor het vervangen van:

- armen en handen, benen en voeten, schouders, heupen en bekken
- stembanden

Daarnaast vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook een liner of stompkous, als u die bij uw prothese nodig heeft.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook prothesen voor het vervangen of bedekken van:

- oogbol, inclusief scleraschalen²²² en -lenzen zonder visuscorrectie
- gezicht, inclusief neus en oren

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van prothesen

Leverancier zonder contract

Voor gezichtsprothesen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Kiest u bij de andere prothesen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Andere vergoedingen

Stemprothesen die in het ziekenhuis geplaatst worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Scleralenzen met visuscorrectie vallen onder de vergoeding Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie.

222. Een scleraschaal is een prothese die de oogbol voor een deel bedekt. Een scleralens lijkt op een contactlens, met een gekleurde iris

Gebitsprothesen vallen onder de vergoeding Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar of Tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Staat bij 'Details per hulpmiddel' dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.

Is wel toestemming nodig? Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Prothesen voor schouders, armen of handen

- u moet een voorschrift hebben van de revalidatiearts of physician assistant prothesiologie
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee, het PPP-protocol²²³ en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Prothesen voor benen en voeten

- u moet een voorschrift hebben van de revalidatiearts of physician assistant prothesiologie
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee, het PPP-protocol²²⁴ en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen. Bent u jonger dan 18 jaar, dan krijgt u het in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar. Bent u jonger dan 18 jaar, dan is die 2 jaar

Bekrachtigde arm- en beenprothesen

- u moet een voorschrift hebben van de revalidatiearts of physician assistant prothesiologie
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee, het PPP-protocol²²⁵ en een offerte van de leverancier
- u krijgt een bekrachtigde armprothese in eigendom
- u krijgt een bekrachtigde beenprothese in bruikleen
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

223. Uw zorgverlener is bekend met dit protocol en vult dit in

224. Uw zorgverlener is bekend met dit protocol en vult dit in

225. Uw zorgverlener is bekend met dit protocol en vult dit in

Stompkousen

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of physician assistant²²⁶
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- u krijgt maximaal 6 stompkousen per jaar

Liner

- u moet een voorschrift hebben van de revalidatiearts of physician assistant prothesiologie
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 1 jaar

Stemprothesen

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²²⁷, physician assistant²²⁸ of verpleegkundig specialist
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Oogprothesen, scleraschalen en scleralenzen zonder visuscorrectie

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist²²⁹
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn van scleralenzen is 1 jaar
- de minimale gebruikstermijn van oogprothesen is 2 jaar

Gezichtsprothesen (inclusief neus en oren)

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist²³⁰. Of van een physician assistant²³¹ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²³²
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

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

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

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

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

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

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

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

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• Mammaprothesen (borstprothesen)

Als u door een ziekte, aandoening of behandeling geen borst (meer) heeft.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een uitwendige borstprothese (ook wel mammaprothese genoemd) als uw borstklier helemaal of bijna helemaal ontbreekt. Bijvoorbeeld omdat deze is weggehaald bij een operatie.

De minimale gebruikstermijn van een borstprothese is 1 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van borstprothesen

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- bh's, plakpleisters en hechtstrips

Andere vergoedingen

Voor borstimplantaten die de chirurg plaatst, geldt de vergoeding [Medisch specialist](#).

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw huisarts, medisch specialist²³³, oncologieverpleegkundige, mamma(care)-verpleegkundige, physician assistant²³⁴ of verpleegkundig specialist.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Als u de borstprothese wilt vervangen binnen de minimale gebruikstermijn van 1 jaar, heeft u vooraf toestemming van ons nodig. Die vraagt u via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

• Hulpmiddelen bij problemen met ademen

Als u hulp nodig heeft om goed te ademen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt uitwendige hulpmiddelen die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpen.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook de stoffen die u met deze hulpmiddelen krijgt toegediend. Met stoffen bedoelen wij zuurstof of andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen. Die bedoeld zijn om te helpen met ademen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met ademen

Leverancier zonder contract

Voor longvibrators sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs.

Kiest u bij de andere hulpmiddelen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- Zuurstofapparaten
- CPAP-apparaten
- MRA

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Mechanische beademing.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Staat bij 'Details per hulpmiddel' dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.

Is wel toestemming nodig? Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Voorzetkamers

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²³⁵, physician assistant²³⁶, verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Vernevelaars en wat daarbij hoort

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²³⁷, physician assistant²³⁸, verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Apparatuur voor positieve uitademingsdruk

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist²³⁹ of cardiovasculaire en respiratoire fysiotherapeut. Of van een physician assistant²⁴⁰ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁴¹

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

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

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

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

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

- u heeft geen toestemming van ons nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Slijmuitzuigapparatuur

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist²⁴². Of van een physician assistant²⁴³ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁴⁴
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Tracheacanule en wat daarbij hoort

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²⁴⁵, physician assistant²⁴⁶ of verpleegkundig specialist
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Longvibrator

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²⁴⁷, physician assistant²⁴⁸ of verpleegkundig specialist
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Slaappositietrainer

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist²⁴⁹. Of van een physician assistant²⁵⁰ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁵¹
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

240. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
241. Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
242. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
243. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
244. Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
245. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
246. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
247. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
248. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
249. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
250. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
251. Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• CPAP-apparaten

Als u hulp nodig heeft met ademen tijdens uw slaap.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een CPAP(Continuous Positive Airway Pressure)-apparaat als u matige tot ernstige slaapapneu²⁵² heeft. Maar alleen na een proefperiode met positief resultaat.

De minimale gebruikstermijn van een CPAP-apparaat is 5 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van CPAP-apparaten

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen
- CPAP-apparaat als u een MRA gebruikt, behalve als u volgens de richtlijnen beide tegelijk nodig heeft

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- Hulpmiddelen bij problemen met ademen
- Zuurstofapparaten
- MRA

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Mechanische beademing.

252. Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

U krijgt het CPAP-apparaat in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Koopt u deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw medisch specialist²⁵³. Of van een physician assistant²⁵⁴ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁵⁵.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten

U heeft elk jaar recht op onderhoud van uw CPAP-apparaat

Elk jaar heeft u recht op onderhoud van uw CPAP-apparaat. De leverancier controleert uw apparaat en vervangt de slang en het masker. Gaat u naar een gecontracteerde leverancier? Dan regelt die dit voor u. Heeft u een leverancier die geen contract met ons heeft? Dan moet u dit zelf met de leverancier regelen. En ons opnieuw toestemming vragen.

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

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

• MRA

Als u problemen heeft met ademen tijdens uw slaap.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een MRA²⁵⁶ als u lichte tot matige slaapapneu²⁵⁷ heeft of als een CPAP-apparaat bij u niet werkt.

De minimale gebruikstermijn van een MRA is 5 jaar.

Als u voor een MRA naar de kaakchirurg gaat, dan geldt niet deze vergoeding MRA, maar de vergoeding Kaakchirurgie.

Hier kunt u terecht

Voor het aanmeten van het MRA:

- NVTS-erkende tandarts
- orthodontist

Voor het maken van het MRA:

- een tandtechnisch laboratorium. Bij het aanmeten van het MRA moet wel een NVTS-erkende tandarts, een kaakchirurg of een orthodontist betrokken zijn

Tandtechnisch laboratorium zonder contract

Uw MRA wordt gemaakt door een tandtechnisch laboratorium. Heeft het tandtechnisch laboratorium geen contract met ons? Dan vergoeden wij het MRA en de nazorg mogelijk niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Met tandartsen en orthodontisten sluiten we geen contracten. Voor het aanmeten van het MRA kunt u bij een NVTS-erkende tandarts of orthodontist terecht. Vraag na of het tandtechnisch laboratorium waarmee zij samenwerken gecontracteerd is.

Wilt u naar een tandtechnisch laboratorium met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke tandtechnisch laboratorium we een contract hebben.

256. Mandibulair Repositie Apparaat. Een MRA schuift uw onderkaak naar voren. Zo blijven uw luchtwegen tijdens het slapen vrij

257. Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- Hulpmiddelen bij problemen met ademen
- Zuurstofapparaten
- CPAP-apparaten

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Mechanische beademing.

Gaat u voor het aanmeten van het MRA naar de kaakchirurg? Dan valt het MRA onder de vergoeding Kaakchirurgie en niet de vergoeding die u nu leest.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw longarts, KNO-arts of neuroloog. Of van een physician assistant²⁵⁸ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁵⁹.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier, tandarts, kaakchirurg of orthodontist dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier of zorgverlener.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

• Zuurstofapparaten

Als u hulp nodig heeft om genoeg zuurstof op te nemen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt zuurstofapparaten als die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpen. En stoffen die u met het zuurstofapparaat krijgt toegediend: zuurstof en andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen, bedoeld om beter te kunnen ademen.

U kunt niet zelf kiezen welk zuurstofapparaat u krijgt. Dat bepalen uw behandelend arts en leverancier aan de hand van wat u nodig heeft.

Er zijn verschillende apparaten voor zuurstof:

- zuurstofconcentrators halen zuurstof uit de lucht, en zijn bedoeld voor gebruik thuis. Er zijn ook mobiele concentrators om mee te nemen
- zuurstofcilinders bevatten samengeperste zuurstof, die u makkelijk mee kunt nemen zodat u mobiel blijft
- systemen met vloeibare zuurstof, die bestaan uit een draagbaar vat, en een groot vat om het draagbare vat bij te vullen. Het systeem is zowel thuis als buiten huis te gebruiken

Gebruikt uw zuurstofapparaat stroom? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering € 0,08 per uur dat u het apparaat gebruikt. Ieder uur moet geregistreerd zijn door de leverancier van het hulpmiddel. Is deze vergoeding voor u niet toereikend? Dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. Daarbij stuurt u ons een kopie van uw energiecontract. Daarin moeten de tarieven van (terug)geleverde stroom staan. Ook stuurt u de gegevens van uw zuurstofapparaat (merk, type en wattage) mee. U kunt uw verzoek indienen via ons [uploadformulier](#).

Gaat u naar het buitenland? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook zuurstof die u in het buitenland krijgt. Maar maximaal tot wat u ook in Nederland vergoed zou krijgen, volgens de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg. Zuurstof in het buitenland regelt u via uw leverancier.

Hier kunt u terecht

- leverancier van zuurstofapparaten

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- Hulpmiddelen bij problemen met ademen
- CPAP-apparaten
- MRA

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Mechanische beademing.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt zuurstofapparaten in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Voor de vergoeding voor stroom van € 0,08 per uur geldt wel het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw medisch specialist²⁶⁰. Of van een physician assistant²⁶¹ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁶². In de terminale fase mag ook een huisarts het zuurstofapparaat voorschrijven.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

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

• Hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Als u niet goed kunt bewegen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt soms meer dan een orthese bij beperkingen met houding en beweging (motorische handicap).

Helpt een orthese niet of niet genoeg, en bent u door uw aandoening nog beperkt bij één van de volgende activiteiten?

- lopen
- gebruik van uw hand en arm
- veranderen van lichaamshouding of het vasthouden daarvan
- gebruiken van apparaten voor communicatie

Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook hulpmiddelen om dit te corrigeren of te verbeteren.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen als u beperkt bent bij huishoudelijke taken, zoals aangepaste keukenspullen
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij eten en drinken, of lopen
- een stoel met alleen een sta-op functie
- hulpmiddelen die u alleen bij het sporten gebruikt

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- eenvoudige loophulpmiddelen (aanvullende verzekering)
- Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen
- Orthesen
- Daisyspelers
- Hulphonden (ADL-honden)
- Kortdurende uitleen, voor hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed
- Steunzolen (aanvullende verzekering)

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Koopt u deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Robotarm en dynamische arondersteuning

- u moet een voorschrift met toelichting hebben van uw medisch specialist²⁶³. Of van een physician assistant²⁶⁴ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁶⁵
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. U stuurt het voorschrift met toelichting mee en een offerte van de leverancier

Robotmanipulator

- u moet een voorschrift hebben van uw revalidatiearts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

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

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

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

Eetapparaat

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist²⁶⁶. Of van een physician assistant²⁶⁷ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁶⁸
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Trippelstoel

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier

Loopwagen of loopfiets

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²⁶⁹, physician assistant²⁷⁰ of verpleegkundig specialist. En een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier

Aangepaste tafel of stoel

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²⁷¹, physician assistant²⁷² of verpleegkundig specialist. En een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Apparatuur voor omgevingsbediening

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²⁷³, physician assistant²⁷⁴ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aangepaste apparatuur om de computer te bedienen

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²⁷⁵, physician assistant²⁷⁶ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier

Bladomslagapparaat

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²⁷⁷, physician assistant²⁷⁸ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Aangepaste telefoon via omgevingsbesturing

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²⁷⁹, physician assistant²⁸⁰ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Telefoonhoornhouder

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²⁸¹, physician assistant²⁸² of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- let op: als de houder € 250 of minder kost, geldt het eigen risico wel, omdat u dit hulpmiddel dan in eigendom krijgt

Telefoonnummerkiezer

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist²⁸³, physician assistant²⁸⁴ of verpleegkundig specialist

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Stabeugel, (dynamische) sta-, zit- of ligorthese

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist²⁸⁵ en bij vervanging van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Anti-decubitus kussen

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

• Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen

Als u met gewone schoenen niet meer goed kunt lopen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding • u betaalt een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt:

- orthopedische schoenen: speciaal op maat gemaakte schoenen
- semi-orthopedische schoenen: bestaande schoenen die zo worden aangepast dat het uw voetklachten oplost
- een aanpassing aan gewone schoenen (schoenen in standaardmaat)
- orthopedische binnenschoenen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze orthopedische schoenen of schoenaanpassingen alleen als:

- u een ernstige aandoening heeft, en
- u daardoor beperkingen met houding en beweging (motorische handicap) heeft, en
- u orthopedische schoenen of schoenaanpassingen altijd nodig heeft om dit te corrigeren

Heeft u een aanvullende verzekering?

Onze aanvullende verzekeringen Optifit en hoger hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen²⁸⁶ voor hulpmiddelen en de meerkosten van een pruik samen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van (semi-)orthopedische schoenen en schoenaanpassingen

286. Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- schoenen in standaardmaat
- orthopedische schoenen en schoenaanpassingen voor tijdelijk gebruik
- orthopedische schoenen en schoenaanpassingen die u alleen bij het sporten gebruikt

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- Hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- Orthesen
- Daisyspelers
- Hulphonden (ADL-honden)
- Kortdurende uitleen, voor hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed
- Steunzolen (aanvullende verzekering)
- Eenvoudige loophulpmiddelen (aanvullende verzekering)

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen een eigen bijdrage geldt. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Details per hulpmiddel

(Semi-)orthopedische schoenen

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist²⁸⁷. Of van een physician assistant²⁸⁸ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁸⁹

287. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of

- u betaalt een eigen bijdrage van € 135 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is dit € 67,50 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is deze 6 maanden

Wisselpaar (semi-)orthopedische schoenen vanaf 16 jaar

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist²⁹⁰. Of van een physician assistant²⁹¹ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁹²
- u betaalt een eigen bijdrage van € 135 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden
- u kunt een wisselpaar aanvragen als u uw 1e paar (semi-)orthopedische schoenen 3 maanden heeft

Orthopedische binnenschoenen

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist²⁹³. Of van een physician assistant²⁹⁴ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁹⁵

Aanpassing aan schoenen in standaardmaat

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist²⁹⁶. Of van een physician assistant²⁹⁷ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc²⁹⁸
- u mag maximaal 2 paar schoenen of 2 stuks per 18 maanden laten aanpassen

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

uroloog

288. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
289. Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
290. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
291. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
292. Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
293. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
294. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
295. Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
296. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
297. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
298. Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

• Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)

Als u niet goed kunt bewegen en tijdelijk een hulpmiddel daarvoor nodig heeft.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt kortdurende uitleen van de bij 'Details per hulpmiddel' genoemde hulpmiddelen als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)
2. u bent door die aandoening beperkt bij wassen en naar het toilet gaan, het maken van transfers of u verplaatsen
3. u heeft voor maximaal 26 weken een hulpmiddel nodig om dit te corrigeren of verbeteren. Als het nodig is, kunnen we deze termijn iets verlengen

Als u zich niet goed kunt verplaatsen, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet alle hulpmiddelen, maar wel rolstoelen, drempelhulpen en transferhulpmiddelen.

Heeft u het hulpmiddel altijd of langer nodig? Dan kunt u dit aanvragen bij uw gemeente.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen voor kortdurende uitleen

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen als u beperkt bent bij huishoudelijke taken, zoals aangepaste keukenspullen
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij eten en drinken, of lopen
- een stoel met alleen een sta-op functie, waardoor u makkelijk kunt opstaan
- hulpmiddelen die u alleen bij het sporten gebruikt

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- Hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen
- Orthesen
- Daisyspelers
- Hulphonden (ADL-honden)
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed
- Eenvoudige loophulpmiddelen (aanvullende verzekering)
- Steunzolen (aanvullende verzekering)

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Koopt u deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

Geen toestemming

U heeft voor deze hulpmiddelen geen toestemming van ons nodig. Met het voorschrift kunt u het hulpmiddel direct bij een leverancier halen.

Details per hulpmiddel

Rolstoel

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts

Gipssteun

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts

Drempelhulp

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts

Transferplank, draaischijf en tillift

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige

Luchtring

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts

Losse toiletverhoger, losse toiletstoel, losse douchestoel en badplank

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• Orthesen

Als uw lichaam ondersteuning nodig heeft.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt orthesen als u aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)
2. u heeft altijd een orthese nodig om dit te corrigeren

De minimale gebruikstermijn van een orthese is 2 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van orthesen

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige orthesen, zoals steunzolen
- orthesen voor tijdelijk gebruik
- orthesen die u alleen bij het sporten gebruikt

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden](#) (ADL-honden)

- Kortdurende uitleen, voor hulpmiddelen die u tijdelijk krijgt
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed
- Steunzolen (aanvullende verzekering)
- eenvoudige loophulpmiddelen (aanvullende verzekering)

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw medisch specialist²⁹⁹. Of van een physician assistant³⁰⁰ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc³⁰¹.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

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

• Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

Als u zonder hulpmiddel niet goed kunt zien, door een ongeluk, ziekte of aandoening.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding • u betaalt een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt **lenzen** als 1 van deze situaties voor u geldt:

- correctie van uw ogen is nodig door een medische aandoening³⁰² of trauma, en lenzen helpen beter dan brillenglazen om scherp of goed te zien, of
- u bent jonger dan 18 jaar en u heeft pathologische myopie (vorm van bijziendheid), met een sterkte van ten minste -6

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt **brillenglazen** of **filterglazen** als u jonger bent dan 18 jaar én 1 van deze situaties voor u geldt:

- de Vrije Keuze Basisverzekering zou lenzen met medische indicatie vergoeden maar u heeft liever een bril
- u bent aan 1 of beide ogen geopereerd voor een afwijking aan uw lens
- u kijkt scheel omdat u verziend bent (zuivere accommodatieve esotropie)

Hier kunt u terecht

- leverancier van brillenglazen of filterglazen en lenzen

Leverancier zonder contract

Voor brillenglazen en filterglazen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs.

Kiest u bij lenzen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

302. bijvoorbeeld een sterkte van meer dan -10, een sterkteverschil van -4 tussen beide ogen of keratoconus en hoornvliestransplantatie

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- brillenglazen of filterglazen als u 18 jaar of ouder bent
- brilmonturen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met zien:

- Bril, (contact)lenzen en ooglaseren (aanvullende verzekering)
- Daisyspelers
- Hulphonden (blindengeleidehond)

Dit betaalt u zelf**De eigen bijdrage**

U betaalt een eigen bijdrage voor brillenglazen of filterglazen van € 66 per glas, tot maximaal € 132 per kalenderjaar. Voor lenzen is dat € 66 per lens, als u deze langer dan 1 jaar kunt gebruiken. En € 66 per te corrigeren oog per kalenderjaar als u de lenzen korter dan 1 jaar kunt gebruiken. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een voorschrift hebben**

U krijgt het voorschrift van uw oogarts.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• Hulpmiddelen bij problemen met zien

Als u zonder hulp niet goed kunt zien.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt, als u problemen heeft met zien, hulpmiddelen die:

- beperkingen bij lezen, schrijven of het gebruik van apparaten voor elektronische communicatie of informatievoorziening helemaal of voor een deel verhelpen
- beperkingen bij oriëntatie of om obstakels heenlopen helemaal of voor een deel verhelpen

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met zien

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven, zoals een simpele handloep of leesliniaal

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met zien:

- Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
- Bril, (contact)lenzen en ooglaseren (aanvullende verzekering)
- Daisyspelers
- Hulphonden (blindengeleidehond)

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U heeft meestal toestemming van ons nodig

Staat bij 'Details per hulpmiddel' dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.

Is wel toestemming nodig? Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Bijzondere optische hulpmiddelen, zoals telescoopbril, loepenbril en lichtloep

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist³⁰³. Of van een orthoptist of optometrist die werkt bij een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Ptoxisbril of kappenbril

- u moet een voorschrift hebben van uw oogarts
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Beeldschermloep

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist³⁰⁴. Of van een orthoptist of optometrist die werkt bij een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

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

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

Tactiel-leesapparatuur

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist³⁰⁵. Of van een orthoptist of optometrist die werkt bij een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Grootletterssoftware voor computer

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist³⁰⁶. Of van een orthoptist of optometrist die werkt bij een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Invoer- en uitvoerapparatuur voor bediening van computers

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts of medisch specialist³⁰⁷. Of van een orthoptist of optometrist die werkt bij een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Spraaksoftware voor mobiele telefoon

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts of medisch specialist³⁰⁸. Of van een orthoptist of optometrist die werkt bij een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Memorecorder

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts of medisch specialist³⁰⁹. Of van een orthoptist of optometrist die werkt bij een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

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

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

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

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

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

Voorleesapparatuur

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts of medisch specialist³¹⁰. Of van een orthoptist of optometrist die werkt bij een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Blindentaststok

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts of medisch specialist³¹¹. Of van een orthoptist of optometrist die werkt bij een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u heeft geen toestemming van ons nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Goed om te weten**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

• Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

Als u zelf niet meer goed kunt horen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	- Tot 18 jaar 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding - Vanaf 18 jaar 75% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt hoortoestellen en tinnitusmaskeerders als u ernstig gehoorverlies heeft, of ernstig oorsuizen. Gehoorverlies is ernstig bij een verlies van 35 dB (decibel) of meer. De audicien stelt dit vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz (hertz) te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Heeft u recht op een hoortoestel, maar gebruikt u liever een eenvoudige luisterhulp? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering deze luisterhulp.

Voldoet u niet aan de voorwaarde van gehoorverlies of ernstig oorsuizen? In bijzondere situaties vergoeden wij hoortoestellen, tinnitusmaskeerders en eenvoudige luisterhulpen toch. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

We hebben ook een handige [animatie](#) en [brochure](#) over hoortoestellen. En een verkorte [infographic](#).

Heeft u een aanvullende verzekering?

Onze aanvullende verzekeringen Optifit en hoger hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen³¹² voor hulpmiddelen en de meerkosten van een pruik samen.

Hier kunt u terecht

- audicien

312. Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

Leverancier zonder contract

Voor eenvoudige luisterhulpmiddelen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Kiest u bij de andere hoorhulpmiddelen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of nieuwe oplaadapparatuur

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij hoorproblemen:

- Hulpmiddelen bij problemen met horen
- Hulphonden (signaalhonden)

Voor andere audiologische zorg, bijvoorbeeld onderzoek naar uw gehoor, geldt de vergoeding Audiologische zorg.

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplant worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft bijna altijd een voorschrift of verwijzing nodig

Bij 'Details per hulpmiddel' staat wanneer u een voorschrift moet hebben en van welke zorgverlener u het krijgt.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Hoortoestellen

- u moet een voorschrift hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum. Bent 67 jaar of ouder, dan kunt u zonder voorschrift naar de audicien
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee, een offerte van de leverancier, een recent toon- en spraakaudiogram, een ingevulde Hoorvragenlijst en een tevredenheidsverklaring
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage

- Wilt u een hoortoestel uit een hogere categorie dan waar u recht op heeft volgens het Hoorprotocol 2.0? Of uit de zogenoemde buitencategorie³¹³? Dat kan alleen als u het hoortoestel koopt bij een leverancier die een contract met ons heeft. U krijgt dan 75% van de aanschafkosten van het hoortoestel waar u recht op heeft volgens het Hoorprotocol. Heeft uw leverancier geen contract met ons? En wilt u een hoortoestel uit de buitencategorie of uit een hogere categorie dan waar u recht op heeft volgens het Hoorprotocol? Dan moet u dat hoortoestel zelf betalen
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar
- u krijgt uw eerste hoortoestel gebruiksklaar. Dat betekent bijvoorbeeld dat batterijen of oplaadapparatuur, die u voor het hoortoestel nodig heeft, meegeleverd worden. Als u de batterijen of oplaadapparatuur moet vervangen, dan vergoedt de basisverzekering dat niet

Oorstukjes

- u moet een voorschrift hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum. Bent u 67 jaar of ouder, dan kunt u zonder voorschrift naar de audicien
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage
- de minimale gebruikstermijn is 24 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is deze 6 maanden

Tinnitusmaskeerder

- u moet een voorschrift hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage
- Wilt u een tinnitusmaskeerder uit een hogere categorie dan waar u recht op heeft volgens het Hoorprotocol 2.0? Of uit de zogenoemde buitencategorie³¹⁴? Dat kan alleen als u de tinnitusmaskeerder koopt bij een leverancier die een contract met ons heeft. U krijgt dan 75% van de aanschafkosten van de tinnitusmaskeerder waar u recht op heeft volgens het Hoorprotocol. Heeft uw leverancier geen contract met ons? En wilt u een tinnitusmaskeerder uit de buitencategorie of uit een hogere categorie dan waar u recht op heeft volgens het Hoorprotocol? Dan moet u die tinnitusmaskeerder zelf betalen
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar
- u krijgt uw eerste tinnitusmaskeerder gebruiksklaar. Dat betekent bijvoorbeeld dat batterijen of oplaadapparatuur, die u voor de tinnitusmaskeerder nodig heeft, meegeleverd worden. Als u de batterijen of oplaadapparatuur moet vervangen, dan vergoedt de basisverzekering dat niet

Eenvoudige luisterhulpmiddelen

- u moet een voorschrift hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Goed om te weten

Uw audicien moet aan het Hoorprotocol voldoen

Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien werkt volgens het actuele Hoorprotocol 2.0. Uw audicien kan u daar meer over vertellen.

313. alle hoortoestellen en tinnitusmaskeerders die niet onder de categorieën van het hoorprotocol vallen

314. alle hoortoestellen en tinnitusmaskeerders die niet onder de categorieën van het hoorprotocol vallen

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• Hulpmiddelen bij problemen met horen

Als u niet meer goed kunt horen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook andere hoorhulpmiddelen dan een hoortoestel, tinnitusmaskeerder en eenvoudige luisterhulp. Bij 'Details per hulpmiddel' staat welke hulpmiddelen dat zijn.

U moet aan deze 3 voorwaarden voldoen:

1. u heeft ernstig gehoorverlies, of ernstig oorsuizen en u gebruikt een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp, en
2. u kunt daarmee nog niet goed horen, of communicatieapparatuur niet goed gebruiken, en
3. het andere hoorhulpmiddel kan dit verbeteren

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze hoorhulpmiddelen ook in plaats van een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp.

Gehoorverlies is ernstig bij een verlies van 35 dB (decibel) of meer. De audicien stelt dit vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz (hertz) te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Voldoet u niet aan deze voorwaarde? In bijzondere situaties vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering toch hoorhulpmiddelen. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook hoorhulpmiddelen voor op uw werk of in het onderwijs als deze aan 3 voorwaarden voldoen. Het hoorhulpmiddel:

1. is een aanvulling op het hoortoestel of trilmecanisme dat u al heeft en is voor u persoonlijk bedoeld, en
2. is draadloos verbonden met uw hoortoestel of trilmecanisme, en
3. is nodig om uw werk te kunnen doen of onderwijs te kunnen volgen

Hier kunt u terecht

- audicien
- leverancier van hoorhulpmiddelen

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij hoorproblemen:

- Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders
- Hulphonden (signaalhonden)

Voor andere audiologische zorg, bijvoorbeeld onderzoek naar uw gehoor, geldt de vergoeding Audiologische zorg.

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplantéerd worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. Help me even: het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft bijna altijd een voorschrift of verwijzing nodig

Bij 'Details per hulpmiddel' staat wanneer u een voorschrift moet hebben en van welke zorgverlener u het krijgt.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Ringleiding, FM-apparatuur of infraroodapparatuur

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, KNO-arts, een audiologisch centrum of triage audicien en een recent audiogram
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift met audiogram mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Teksttelefoon en beeldtelefoon

- u moet een voorschrift hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Wek- en waarschuwingssysteem

- u moet een voorschrift met recent audiogram hebben van uw KNO-arts. Of van een audioloog of audicien aangesloten bij een audiologisch centrum
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift met audiogram en een offerte mee van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Soloapparatuur

- u moet een voorschrift met recent audiogram en medische onderbouwing hebben van uw KNO-arts. Of van een audioloog aangesloten bij een audiologisch centrum
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift met audiogram en medische onderbouwing mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Goed om te weten**Uw audicien of leverancier moet aan het Hoorprotocol voldoen**

Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien of andere leverancier werkt volgens het actuele Hoorprotocol 2.0. Uw audicien of leverancier kan u daar meer over vertellen.

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers

Als u huidproblemen heeft aan uw voeten.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding • U betaalt een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt op maat gemaakte allergeenvrije schoenen en hielbeschermers bij 1 van deze aandoeningen:

- complexe wond, of een hoog risico daarop
- chronische huidaandoening
- ernstige littekens als u daardoor een aantoonbare lichamelijke stoornis heeft of verminkt bent

Een complexe wond is een wond die niet goed geneest door een ziekte of aandoening. Daarbij kan ook het volgende meespelen:

- u kunt door sociale omstandigheden de wond niet goed verzorgen
- uw zorgverlener heeft niet genoeg kennis of vaardigheden om de wond goed te verzorgen
- uw zorginstelling doet niet genoeg aan wondverzorging waardoor uw wond niet goed verzorgd wordt

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt op maat gemaakte allergeenvrije schoenen als u in redelijkheid niet kunt volstaan met gewone allergeenvrije schoenen (confectie).

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Heeft u een aanvullende verzekering?

Onze aanvullende verzekeringen Optifit en hoger hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen³¹⁵ voor hulpmiddelen en de meerkosten van een pruik samen.

315. Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

Hier kunt u terecht

- leverancier van allergeenvrije schoenen en hielbeschermers

Leverancier zonder contract

Voor hielbeschermers sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Kiest u bij allergeenvrije schoenen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- gewone allergeenvrije schoenen (confectie)
- zelfzorgmiddelen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij huidproblemen:

- Verbandmiddelen
- Verbandschoenen
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Dit betaalt u zelf

De eigen bijdrage

Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Op maat gemaakte allergeenvrije schoenen

- u moet een voorschrift hebben van uw dermatoloog of allergoloog
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u betaalt een eigen bijdrage van € 135 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is dit € 67,50 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is deze 6 maanden

Wisselpaar allergeenvrije schoenen vanaf 16 jaar

- u moet een voorschrift hebben van uw dermatoloog of allergoloog
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u betaalt een eigen bijdrage van € 135 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden

Hielbeschermers tegen doorliggen

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wondverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Goed om te weten**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• Verbandmiddelen

Als uw huid door huidproblemen verbonden moet worden.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt verbandmiddelen bij:

- een complexe wond, of een hoog risico daarop
- een chronische huidaandoening, of
- ernstige littekens als sprake is van een aantoonbare lichamelijke stoornis of verminking

Een complexe wond is een wond die niet goed geneest door een ziekte of aandoening. Daarbij kan ook het volgende meespelen:

- u kunt door sociale omstandigheden de wond niet goed verzorgen
- uw zorgverlener heeft niet genoeg kennis of vaardigheden om de wond goed te verzorgen
- uw zorginstelling doet niet genoeg aan wondverzorging waardoor de wond niet goed verzorgd wordt

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van verbandmiddelen

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- verbandmiddelen voor kort gebruik
- verbandmiddelen die vergelijkbaar zijn met zelfzorgmiddelen of middelen die alleen worden gebruikt bij een behandeling in het ziekenhuis

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij huidproblemen:

- Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers
- Verbandschoenen
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Verbandmiddelen

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³¹⁶, physician assistant³¹⁷, verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier, of het ZN-aanvraagformulier Verbandhulpmiddelen

Bandagelenzen (zonder visuscorrectie)

- u moet een voorschrift hebben van uw oogarts
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

• Verbandschoenen

Als uw voeten verbonden zijn en u geen gewone schoenen kunt dragen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt verbandschoenen alleen als 1 van deze situaties voor u geldt:

- u heeft huid-, gevoel- of vaatproblemen aan uw voet
- u bent aan het herstellen omdat uw voet voor een deel is geamputeerd
- door een wond of operatie is uw voet beschadigd

Hierdoor moeten uw voeten worden verbonden, en kunt u geen gewone schoenen aan.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt alleen standaard verbandschoenen (confectie). Die zijn er in zoveel soorten en maten dat op maat gemaakte verbandschoenen niet nodig zijn.

Hier kunt u terecht

- leverancier van verbandschoenen

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- inlegzolen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij huidproblemen:

- Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers
- Verbandmiddelen
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw huisarts, medisch specialist³¹⁸, physician assistant³¹⁹ of verpleegkundig specialist.

Geen toestemming

U heeft voor deze hulpmiddelen geen toestemming nodig. Met het voorschrift kunt u het hulpmiddel direct bij een leverancier halen.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

• Hulpmiddelen bij problemen met urine en ontlasting

Zonder zorgen dag en nacht doorkomen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de hulpmiddelen die bij 'Details per hulpmiddel' staan als 1 van de volgende situaties voor u geldt:

- door een ziekte, aandoening of behandeling heeft u minder of geen controle meer bij het ophouden van urine of ontlasting, of
- door een ziekte of aandoening kunt u urine of ontlasting niet op normale wijze kwijt

Heeft u een stoma? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook hulpmiddelen om uw huid te beschermen. En de materialen die bij uw stoma nodig zijn. Welke materialen dat zijn, staat bij 'Details per hulpmiddel'.

In bijzondere situaties vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook beschermende onderleggers. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag. Die is er als het verlies van bloed, (ontstekings)vocht, urine of ontlasting zulke grote hygiëneproblemen voor u geeft, dat alleen een onderlegger een oplossing biedt.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
middelen die uw huid beschermen als u geen stoma heeft
- kleding, behalve netbroekjes

- incontinentiematras

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting:

- Incontinentiemateriaal (absorberend en wasbaar materiaal)
- Geneesmiddelen, die uw huid beschermen als u een stoma heeft
- Plaswekker (aanvullende verzekering)

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Urine-opvangzakken

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³²⁰, continëntieverpleegkundige, UCS-verpleegkundige³²¹, physician assistant³²² of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Katheters en wat daarbij hoort

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³²³, continëntieverpleegkundige, UCS-verpleegkundige³²⁴, physician assistant³²⁵ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

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

321. verpleegkundige, gespecialiseerd in urologie-, continëntie- en stomazorg

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

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

324. verpleegkundige, gespecialiseerd in urologie-, continëntie- en stomazorg

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

Spoelapparatuur (ontlasting)

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³²⁶, stomaverpleegkundige, continëntieverpleegkundige, UCS-verpleegkundige³²⁷, physician assistant³²⁸ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Stomamateriaal

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist³²⁹ of stomaverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u heeft recht op een maximale hoeveelheid materiaal. Als u meer stomamateriaal nodig heeft, dan kunnen wij daar toestemming voor geven. De maximale hoeveelheid materiaal:
 - colostoma 1-delig: maximaal 4 zakjes per dag
 - colostoma 2-delig: maximaal 4 plakken per week / maximaal 4 zakjes per dag
 - stomapluggen 1-delig: maximaal 4 pluggen per dag
 - stomapluggen 2-delig: maximaal 1 plak en 4 pluggen per dag
 - ileostoma 1-delig: maximaal 2 zakjes per dag
 - ileostoma 2-delig: maximaal 4 plakken per week / maximaal 2 zakjes per dag
 - urostoma 1-delig: maximaal 2 zakjes per dag
 - urostoma 2-delig: maximaal 4 plakken per week / maximaal 2 zakjes per dag
 - continëntiestoma (afdekpleisters en katheters): 2 tot 6 per dag, afhankelijk van voorschrift
 - irrigatie spoelsets: 1e jaar maximaal 2 spoelsets, daarna maximaal 1 per jaar
 - irrigatie spoelpomp: maximaal 1 spoelapparaat per jaar, maximaal 1 irrigatiesleeve per dag, en na elke spoelbeurt maximaal 2 stomapleisters of colostomiezakjes

Beschermende onderleggers voor matras of (rol)stoel

- u moet een voorschrift met motivatie hebben van uw huisarts, medisch specialist³³⁰, stomaverpleegkundige, continëntieverpleegkundige of UCS-verpleegkundige³³¹
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Goed om te weten**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

326. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
327. verpleegkundige, gespecialiseerd in urologie-, continëntie- en stomazorg
328. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
329. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
330. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
331. verpleegkundige, gespecialiseerd in urologie-, continëntie- en stomazorg

• Incontinentiemateriaal

Zonder zorgen dag en nacht doorkomen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt absorberend incontinentiemateriaal als u door een ziekte, aandoening minder of geen controle heeft bij het ophouden van urine of ontlasting (incontinentie) en aan de volgende voorwaarde voldoet:

- bij kinderen van 3 of 4 jaar: door de ziekte of aandoening is niet te verwachten dat het kind zindelijk wordt
- bij kinderen van 5 jaar of ouder en volwassenen: door de ziekte of aandoening is sprake van langdurige incontinentie

Er is sprake van langdurige incontinentie als:

- de problemen met het ophouden van ontlasting langer dan 2 weken duren, of de problemen met het ophouden van urine langer dan 2 maanden, en
- het is duidelijk dat de ziekte of aandoening die de problemen met het ophouden van urine of ontlasting veroorzaakt niet vanzelf geneest of dat bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet zal helpen

Heeft u ondersteuning met absorberend incontinentiemateriaal nodig tijdens therapie met bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering deze materialen zolang de therapie duurt.

Wilt u de therapie niet volgen terwijl dit voor u wel zou kunnen helpen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering het incontinentiemateriaal niet.

De continëntieverpleegkundige bepaalt welk materiaal en hoeveel u nodig heeft, tijdens de intake bij uw leverancier. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt die hoeveelheid.

Hier kunt u terecht

- leverancier van incontinentiemateriaal

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- kleding, behalve netbroekjes
- incontinentiemateriaal bij tijdelijke incontinentie, bijvoorbeeld na een operatie of zwangerschap, of nachtelijk bedplassen

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij incontinentie:

- Hulpmiddelen bij problemen met urine en ontlasting. Daar staat ook de vergoeding voor beschermende onderleggers voor matrassen en (rol)stoelen
- Plaswekker (aanvullende verzekering)

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw huisarts, medisch specialist³³², physician assistant³³³, verpleegkundig specialist, continetieverpleegkundige of UCS-verpleegkundige³³⁴.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

334. verpleegkundige, gespecialiseerd in urologie-, continetie- en stomazorg

Zelf aan de slag bij beginnende klachten

Heeft u beginnende klachten van ongewild urineverlies? Dan is dat vervelend en wilt u snel weer controle over uw blaas. Gelukkig kunt u dit vaak zelf weer verbeteren. Wij helpen u graag met tips en adviezen. Kijk hiervoor op onze site bij "[snel grip op urineverlies](#)".

• Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Als bij verpleging en verzorging bij u thuis hulpmiddelen nodig zijn.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt hulpmiddelen die nodig zijn om op verantwoorde manier verpleging en verzorging op bed te krijgen. Of, als u geen verpleging en verzorging op bed heeft, om op verantwoorde wijze zelfstandig te blijven. U kunt deze hulpmiddelen ook (tijdelijk) krijgen als u ze nodig heeft in verband met bevalling en kraamzorg. Welke hulpmiddelen dat zijn, staat bij 'Details per hulpmiddel'.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt aangepaste bedden en daarvoor bedoelde matrassen als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft verpleging en verzorging op bed nodig, en u heeft daar een indicatie voor
2. het gaat om hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)³³⁵ op bed, of een combinatie hiervan met verpleging en verzorging
3. u heeft deze hulp en verpleging en verzorging meerdere keren per dag nodig

Onderleggers om uw matras te beschermen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering alleen als deze de enige manier zijn om problemen met hygiëne door bloed of wondvocht op te lossen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

³³⁵. Dit zijn algemene handelingen die u dagelijks uitvoert, zoals aankleden, uitkleden en wassen

Andere vergoedingen

Voor hulpmiddelen die u tijdelijk nodig heeft omdat u problemen heeft met bewegen, geldt de vergoeding Kortdurende uitleen.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor bedbeschermende onderleggers. Want die krijgt u in eigendom. De andere hulpmiddelen krijgt u in bruikleen. Daarvoor geldt geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

Staat bij 'Details per hulpmiddel' dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.

Is wel toestemming nodig? Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Bed met matras in speciale uitvoering

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Anti-decubitus matras (voor behandeling of preventie van doorligwonden)

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts, wondverpleegkundige of wijkverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

Dekenboog, onrusthekken, bedgalg, papegaai en portaal

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig

Infuusstandaard

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig

Bedtafel

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig

Glij- en rollaken

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige

- u heeft geen toestemming van ons nodig

Bedverkorter, bedverlenger en bedverhoger

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig

Ondersteek

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig

Bedbeschermende onderleggers

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming van ons nodig

Goed om te weten**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen

Als u voor lange tijd injectiespuiten of injectiepenen moet gebruiken.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt injectiespuiten en injectiepenen, als u een aandoening heeft waardoor u voor lange tijd injecties nodig heeft. Dit moet een andere aandoening zijn dan diabetes.

Kunt u geen 'normale' injectiespuit of injectiepen gebruiken omdat u een ernstige beperking met houding en beweging (motorische handicap) heeft of omdat u slecht ziet? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering in plaats daarvan aangepaste spuiten of penen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van injectiespuiten en injectiepenen

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Andere vergoedingen

Heeft u diabetes? Voor injectiespuiten en injectiepenen om insuline toe te dienen, geldt de vergoeding Hulpmiddelen bij diabetes.

Gebruikt u injectiespuiten of injectiepenen om geneesmiddelen toe te dienen die bij uw ziekenhuisbehandeling horen? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een voorschrift hebben**

U krijgt het voorschrift van uw huisarts, medisch specialist³³⁶, physician assistant³³⁷ of verpleegkundig specialist.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

• Therapeutisch elastische kousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen

Als uw aders en lymfevaten niet meer goed werken.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

Uw slagaders en aders zorgen voor transport van het bloed door uw lichaam. En lymfevaten voor transport van lymfevocht van organen naar lymfeklieren. Maar soms doen ze hun werk niet goed en heeft u steunkousen of een compressie-apparaat nodig om trombose of oedeem te voorkomen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de bij 'Details per hulpmiddel' genoemde hulpmiddelen als u aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. uw aders of lymfevaten zorgen niet meer goed voor het transport van bloed of lymfevocht, en
2. u heeft altijd een hulpmiddel nodig om dit te compenseren

Voor steunkousen geldt ook nog dat deze een drukklasse 2 of hoger moeten hebben. Dat zijn 'therapeutisch elastische kousen'. Als u die niet zelf aan en uit kunt doen, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook een aantrek- en uittrekhelp.

Hier kunt u terecht

- leverancier van therapeutisch elastische kousen of andere hulpmiddelen bij vaatproblemen

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- steunkousen na het weghalen van spataderen
- steunkousen met drukklasse 1

Andere vergoedingen

Heeft u hulp nodig van een verzorger of verpleegkundige bij het aan- en uitdoen van therapeutisch elastische kousen omdat u dat zelf niet kunt met een aantrek- en uittrekhelp? Die hulp valt onder de vergoeding Verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

Krijgt u therapeutisch elastische kousen vanwege een operatie of andere ziekenhuisbehandeling? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Therapeutisch elastische kousen

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³³⁸, physician assistant³³⁹ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt 2 paar kousen of 2 stuks per 12 maanden

Eenvoudige aan- en uittrekhelp

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³⁴⁰, physician assistant³⁴¹ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

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

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

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

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

- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 2 jaar

Ortho-mate

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³⁴², physician assistant³⁴³ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

Compressie-apparaat

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³⁴⁴, physician assistant³⁴⁵ of verpleegkundig specialist. En een rapportage met behandelplan van de fysiotherapeut
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

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

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

• Hulpmiddelen bij diabetes

Als uw lichaam de bloedsuikerspiegel niet zelf kan regelen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt hulpmiddelen bij diabetes als 1 van deze situaties voor u geldt:

- u heeft diabetes type 1 en wordt met insuline behandeld, of
- u heeft diabetes type 2, u bent bijna uitbehandeld met geneesmiddelen die uw bloedsuiker verlagen en uw arts overweegt behandeling met insuline

Meestal meet u uw bloedsuiker met een zogenaamde vingerprik. Als het moeilijker is om uw bloedsuikerwaarden goed te regelen, of als u uw bloedsuikerwaarde heel vaak op een dag moet bepalen, dan werkt die methode minder goed. Dan is het soms nodig om uw bloedsuiker vaker (flash monitoring) of continu (real time monitoring) te meten. Bijvoorbeeld bij een intensief insulineschema. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze bloedglucosemeters met sensoren alleen als u aan bepaalde criteria³⁴⁶ voldoet.

Heeft u recht op hulpmiddelen bij diabetes? Maar kunt u door een beperking geen standaard hulpmiddelen bij diabetes gebruiken? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering hulpmiddelen bij diabetes die aan uw beperking zijn aangepast.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij diabetes

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

346. Die criteria vindt u op www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/diabeteshulpmiddelen-zvw

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of nieuwe oplaadapparatuur

Andere vergoedingen

Insuline die u toedient met deze hulpmiddelen valt onder de vergoeding Geneesmiddelen.

Voor real time glucose monitoring bij andere aandoeningen dan diabetes, bijvoorbeeld bij glycogeenstapelingsziekte (GSD), geldt de vergoeding Medisch specialist.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt.

Details per hulpmiddel

Vingerprikapparatuur (prikpen)

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, de praktijkondersteuner van uw huisarts, medisch specialist³⁴⁷, diabetesverpleegkundige, physician assistant³⁴⁸ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 2 jaar

Lancetten voor bloedafname

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³⁴⁹, diabetesverpleegkundige, physician assistant³⁵⁰ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

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

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

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

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

- Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een maximale hoeveelheid lancetten:
 - eenmalig 100 lancetten als u bijna uitbehandeld bent met bloedglucoseverlagende tabletten en misschien moet overstappen op insuline
 - 100 lancetten per 3 maanden als u 1-2 maal per dag een insuline-injectie nodig heeft
 - 400 lancetten per 3 maanden als u 3 of meer insuline-injecties per dag nodig heeft
 - 400 lancetten tijdens de zwangerschap bij zwangerschapsdiabetes - Bent u moeilijk instelbaar of jonger dan 18 jaar? Dan kunnen wij toestemming geven voor meer dan 400 lancetten per 3 maanden

Teststrips

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, de praktijkondersteuner van uw huisarts, medisch specialist³⁵¹, diabetesverpleegkundige, physician assistant³⁵² of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Heeft u meer teststrips nodig dan het maximale aantal dat we hier noemen? Ook dan moet u vooraf toestemming vragen
- Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een maximale hoeveelheid teststrips:
 - eenmalig 100 teststrips als u bijna uitbehandeld bent met bloedglucoseverlagende tabletten en misschien moet overstappen op insuline
 - 100 teststrips per 3 maanden als u 1-2 maal per dag een insuline-injectie nodig heeft
 - 400 teststrips per 3 maanden als u 3 of meer insuline-injecties per dag nodig heeft of een insulinepomp gebruikt
 - 400 teststrips tijdens de zwangerschap bij zwangerschapsdiabetes - Bent u moeilijk instelbaar of jonger dan 18 jaar? Dan kunnen wij toestemming geven voor meer dan 400 teststrips per 3 maanden

Bloedglucosemeter

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³⁵³, diabetesverpleegkundige, physician assistant³⁵⁴ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Real Time Continue Glucose Monitor (rt-CGM) en wat daarbij hoort

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist³⁵⁵. Of van een diabetesverpleegkundige, physician assistant³⁵⁶ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc³⁵⁷

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

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

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

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

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

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

357. Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet

- u heeft vooraf van ons toestemming nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier, of het ZN-aanvraagformulier FGM en/of CGM
- de minimale gebruikstermijn staat in de toestemming

Flash Glucose Monitor (FGM) en wat daarbij hoort

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist³⁵⁸. Of van een diabetesverpleegkundige, physician assistant³⁵⁹ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc³⁶⁰. Als uw huisarts deelneemt in een eerstelijns diabetesteam kan uw huisarts ook voorschrijven
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier, of het ZN-aanvraagformulier FGM en/of CGM
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

Ketonenteststrips en wat daarbij hoort

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³⁶¹, diabetesverpleegkundige, physician assistant³⁶² of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal 40 ketonenteststrips per jaar. Als u meer ketonenteststrips nodig heeft, dan kunnen wij daar toestemming voor geven

Injectiemateriaal voor het toedienen van insuline

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, medisch specialist³⁶³, diabetesverpleegkundige, physician assistant³⁶⁴ of verpleegkundig specialist
- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar
- u heeft recht op 1 reservepen

Insulinepomp en wat daarbij hoort

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist³⁶⁵. Of van een diabetesverpleegkundige, physician assistant³⁶⁶ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc³⁶⁷

wordt opgenomen

358. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
359. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
360. Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
361. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
362. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
363. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
364. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
365. Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog

- u heeft vooraf toestemming van ons nodig. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 4 jaar

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

366. De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
367. Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

• Infuuspomp voor geneesmiddelen

Als u een hulpmiddel nodig heeft om zelf thuis medicijnen toe te dienen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de draagbare, uitwendige infuuspomp voor geneesmiddelen als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u moet zelf thuis een geneesmiddel direct in uw lichaam (bloedbaan) toedienen
2. u heeft het geneesmiddel steeds nodig
3. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dit geneesmiddel. Of dat zo is, staat in de vergoeding Geneesmiddelen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook de producten die bij een infuuspomp horen. Bijvoorbeeld verbindingsslangetjes, fixatiemateriaal, ontsmettingsmiddel en naalden.

Hier kunt u terecht

- leverancier van infuuspompen

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen

Andere vergoedingen

Voor hulpmiddelen om insuline toe te dienen, geldt de vergoeding Hulpmiddelen bij diabetes.

Voor een infuuspomp om een geneesmiddel bij een ziekenhuisbehandeling toe te dienen, geldt de vergoeding Medisch specialist.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt de infuuspomp in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. De producten die erbij horen krijgt u in eigendom. Daarom geldt daarvoor wel het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw huisarts, medisch specialist³⁶⁸, physician assistant³⁶⁹, verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige. Of van een verpleegkundige van een MTH-team. Dat is een team Medisch Technisch Handelen, dat complexe verpleegkundige zorg thuis uitvoert.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

• Kappen voor schedelbescherming

Als uw schedel bescherming nodig heeft door een bewustzijnsstoornis.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een kap om uw schedel te beschermen als u aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een bewustzijnsstoornis die regelmatig terugkomt en niet kan worden behandeld, en
2. u heeft een kap nodig om uw schedel te beschermen tegen breuken of ander letsel, of om verergering van letsel of een schedeldefect dat u al heeft te voorkomen

De minimale gebruikstermijn van een kap voor schedelbescherming is 18 maanden.

Hier kunt u terecht

- leverancier van kappen voor schedelbescherming

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- epilepsiehonden
- detectie- en alarmeringsapparatuur

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw medisch specialist³⁷⁰.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

• Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding

Als u zelf niet meer kunt eten of extra voeding nodig heeft.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

Er zijn 3 manieren om voeding binnen te krijgen: via de mond, direct in de maag of darmen of in de bloedbaan. De vergoeding die u nu leest gaat over toediening in de maag of darmen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de voedingssonde voor voeding via de maag of darmen, en de producten die daarbij horen, als:

1. deze buiten het ziekenhuis wordt ingebracht, en
2. u een aandoening of ziekte aan uw maag of darmen heeft, waardoor u geen gewone voeding kunt eten, en
3. u een voedingssonde nodig heeft om voldoende voeding binnen te krijgen

Heeft u voor de regulering van uw sondevoeding een uitwendige voedingspomp nodig? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook die voedingspomp en de producten die daarbij horen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van voedingssondes en voedingspompen

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of nieuwe oplaadapparatuur

Andere vergoedingen

Voor de infuuspomp en producten die daarbij horen, om voeding direct in uw bloedbaan te brengen, geldt de vergoeding Medisch specialist. Dat geldt ook voor voedingssondes en de producten die daarbij horen die u in het ziekenhuis krijgt ingebracht.

De bijzondere voeding die u met de voedingssonde of voedingspomp toedient, valt onder de vergoeding Dieetpreparaten.

Eetapparaten vallen onder de vergoeding Hulpmiddelen bij problemen met bewegen.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt de voedingspomp in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. De producten die erbij horen en de sonde krijgt u in eigendom. Daarom geldt daarvoor wel het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw huisarts, medisch specialist³⁷¹, physician assistant³⁷², verpleegkundig specialist of diëtist.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

• Hulpmiddelen bij problemen met spreken

Als u een hulpmiddel nodig heeft omdat u niet kunt praten.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt uitwendige hulpmiddelen bij problemen met spreken als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige taalstoornis of spraakstoornis
2. u kunt daardoor niet of bijna niet spreken
3. u heeft een hulpmiddel nodig om u hierbij te helpen

De minimale gebruikstermijn van hulpmiddelen bij problemen met spreken is 5 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met spreken

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- telefoons, tablets, laptops en computers waarop een programma geïnstalleerd wordt dat helpt bij problemen met spreken
- hulpmiddelen bij stotteren

Andere vergoedingen

Voor hulpmiddelen die u helpen met het maken of versterken van stemgeluid geldt de vergoeding Prothesen.

Dit betaalt u zelf**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen meestal in bruikleen. Dan geldt er geen eigen risico. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom of koopt u het zelf? Dan geldt het eigen risico wel. Help me even: het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een voorschrift hebben**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Soms is een verslag van de logopedist nodig om uw aanvraag te beoordelen.

Goed om te weten**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• Persoonsalarmering

Als u in noodsituaties niet zelf de telefoon kunt bedienen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt persoonsalarmering als u aan deze 6 voorwaarden voldoet:

1. u kunt zich sociaal en bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)³⁷³ redden
2. u heeft een lichamelijke handicap en door een ziekte of beperking een grotere kans dan normaal om in een noodsituatie terecht te komen
3. in die noodsituatie moet u meteen medische of technische hulp in kunnen roepen om medische complicaties te voorkomen
4. u bent in die noodsituatie niet in staat om zelf een telefoon te bedienen
5. u bent voor een langere periode alleen, waardoor er niemand is die u kan helpen
6. de persoonsalarmering maakt het mogelijk om zelfstandig te blijven wonen

Hier kunt u terecht

- leverancier van apparatuur voor persoonsalarmering

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- abonnementen
- nieuwe batterijen of nieuwe oplaadapparatuur
- bewakingsapparatuur om wiegendood te voorkomen
- persoonsalarmering met een sociale indicatie. Een sociale indicatie betekent dat u zich niet veilig of zeker voelt om alleen te blijven en bang bent om te vallen. Er is dan geen medische reden voor persoonsalarmering. De gemeente vergoedt de persoonsalarmering dan soms wel

373. Dit zijn algemene handelingen die u dagelijks uitvoert, zoals aankleden, uitkleden en wassen

Heeft u een Wlz-indicatie? Dan komen de kosten van de alarmering voor rekening van uw zorgverlener.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt de apparatuur voor persoonsalarmering in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Koopt u deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel. Help me even: het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw huisarts, medisch specialist³⁷⁴, wijkverpleegkundige, physician assistant³⁷⁵ of verpleegkundig specialist.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Toestemming vraagt u met het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt een indicatieformulier mee, dat uw arts heeft ingevuld, en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

• Hulpmiddelen bij chronische pijnbestrijding

Als u altijd pijn heeft en geneesmiddelen niet genoeg helpen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een uitwendige elektrostimulator³⁷⁶ als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft pijn die u altijd voelt
2. die pijn is niet te behandelen
3. tijdens een proefperiode is gebleken dat de uitwendige elektrostimulator bij u goed werkt

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook producten die bij de uitwendige elektrostimulator horen. Bijvoorbeeld elektroden, elektrodepasta, kabels, fixatiemateriaal en draagtas.

Hier kunt u terecht

- leverancier van uitwendige elektrostimulators

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen

Andere vergoedingen

Het gebruik van een uitwendige elektrostimulator tijdens de proefperiode valt onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

Wilt u een uitwendige elektrostimulator gebruiken bij de bevalling? Daarvoor geldt de vergoeding [Bevalling-TENS](#).

376. Een apparaat dat zwakke elektrische prikkels geeft op de huid voor pijnvermindering

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw medisch specialist³⁷⁷. Of van een physician assistant³⁷⁸ of verpleegkundig specialist die werkzaam is in het ziekenhuis of zbc³⁷⁹.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

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

• Hulpmiddelen bij trombose

Om te controleren of uw bloed goed stolt.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt apparatuur om bloedstollingstijden te bepalen als u aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ziekte of aandoening waardoor u risico heeft op trombose, en
2. u heeft voor langere tijd bloedverdunders nodig, of u kunt zich door uw werk niet bij de trombosedienst laten controleren

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook de producten die bij die apparatuur horen. Bijvoorbeeld teststrips, vingerpriksysteem met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole.

Hier kunt u terecht

- trombosedienst. Die leert u ook de apparatuur voor het bepalen van de bloedstollingstijd te gebruiken

Leverancier zonder contract

Voor deze hulpmiddelen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Andere vergoedingen

Geneesmiddelen die de stolling van het bloed regelen, vallen onder de vergoeding Geneesmiddelen.

Meet de trombosedienst uw stollingstijd? Daarvoor geldt de vergoeding Trombosedienst. Die geldt ook voor begeleiding bij metingen thuis en advies over het gebruik van geneesmiddelen die de stolling van uw bloed regelen.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen**U moet vooraf een voorschrift hebben**

U krijgt het voorschrift van uw huisarts, medisch specialist³⁸⁰ of verpleegkundig specialist. Of van een arts of verpleegkundige die werkt bij de trombosedienst.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Dit regelt de trombosedienst voor u.

Goed om te weten**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

• Met thuisdialyse samenhangende kosten

Als u thuis gaat dialyseren.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt (tijdelijke) woningaanpassingen die nodig zijn voor thuisdialyse. Zijn die aanpassingen niet meer nodig? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook het herstel van uw woning in de oorspronkelijke staat.

Ook geeft de Vrije Keuze Basisverzekering u een weekvergoeding voor de overige kosten die met de thuisdialyse samenhangen, zoals voor water en elektriciteit. Hieronder staat hoeveel u krijgt.

Hemodialyse 1 - 3 keer per week: € 45,86 per week

Hemodialyse 4 - 5 keer per week: € 73,53 per week

Hemodialyse 6 - 7 keer per week: € 96,09 per week

CAPD³⁸¹: € 28,72 per week

CCPD³⁸²: € 40,38 per week

Hier kunt u terecht

- aannemer die uw woning kan aanpassen voor thuisdialyse

Leverancier zonder contract

Voor de woningaanpassing sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Dit wordt niet vergoed

- weekvergoeding voor weken dat u niet thuis spoelt, omdat u in het ziekenhuis ligt of op vakantie bent. Dit geeft u aan op het declaratieformulier

381. Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse

382. Continue Cyclische Peritoneaal Dialyse

Andere vergoedingen

Apparatuur voor thuisdialyse krijgt u van het ziekenhuis of dialysecentrum. Daarvoor geldt de vergoeding Dialyse.

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw huisarts, medisch specialist³⁸³, physician assistant³⁸⁴ of verpleegkundig specialist.

U moet vooraf onze toestemming hebben

U vraagt toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte voor de woningaanpassing.

Declareer met het declaratieformulier thuisdialyse

Wilt u de weekvergoeding voor thuisdialyse declareren? Gebruik het declaratieformulier thuisdialyse.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

• Daisyspelers

Als u zonder hulpmiddel niet kunt lezen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de daisyspeler als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap), u bent blind of slechtziend of u bent uitbehandeld voor dyslexie, en
2. door deze aandoening kunt u niet zonder hulp lezen, en
3. andere hulpmiddelen helpen niet genoeg en u heeft een daisyspeler nodig om te kunnen lezen

De minimale gebruikstermijn van een daisyspeler is 5 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van daisyspelers

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- cd's, andere apparatuur en bestanden waarin de audio(school)boeken of audiotijdschriften staan
- abonnementen daarvoor
- programma's voor de daisyspeler (software)
- een daisyspeler als u die alleen nodig heeft voor onderwijs of werk. Soms vergoedt het UWV de daisyspeler dan
- behandeling voor dyslexie. Soms vergoedt de gemeente zo'n behandeling

Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen als u slecht kunt lezen omdat u niet goed kunt bewegen:

- Hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- Orthesen
- Hulphonden (ADL-honden)

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen als u slecht kunt lezen omdat u niet goed kunt zien:

- Hulpmiddelen bij problemen met zien
- Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
- Bril, (contact)lenzen en ooglaseren (aanvullende verzekering)

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts. Heeft u een daisyspeler nodig vanwege uitbehandelde dyslexie? Dan moet u een verklaring hebben van een orthopedagoog of gz-psycholoog, waarin staat dat u bent uitbehandeld. Een verklaring van uw huisarts of via school is niet genoeg.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Heeft u een daisyspeler nodig bij uitbehandelde dyslexie? Dan stuurt u de verklaring mee van de orthopedagoog of gz-psycholoog en een offerte van de leverancier.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

• Hulphonden

Als uw viervoeter u helpt bij bewegen, zien of horen.

Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Verzekering	Vergoeding
Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	Geen vergoeding

Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt verschillende hulphonden om u te ondersteunen in het dagelijks leven als u een ernstige beperking heeft. Hieronder staat welke hulphonden dat zijn en aan welke voorwaarden u moet voldoen.

De blindengeleidehond

Een blindengeleidehond helpt u om zich veilig te verplaatsen, in huis en buiten in het verkeer.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een blindengeleidehond als u aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. u bent volledig blind of zo slechtziend dat u op een blindengeleidehond bent aangewezen, en
2. de blindengeleidehond levert een belangrijke bijdrage aan uw mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer, wat niet te bereiken is met hulpmiddelen die staan in de vergoedingen Hulpmiddelen bij problemen met zien, Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie en Daisyspelers

De ADL-hond

ADL staat voor algemene dagelijkse levensverrichtingen. Het zijn algemene handelingen die u dagelijks uitvoert, zoals het aan- en uitdoen van lampen, het openen en sluiten van deuren, het aangeven van spullen en het doen van de was.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een ADL-hond als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige aandoening waardoor u blijvend beperkt bent in uw mobiliteit en in ADL-verrichtingen, en
2. dat is niet te corrigeren met Hulpmiddelen bij problemen met bewegen, Orthesen, orthopedische schoenen en Daisyspelers, en
3. u heeft daarom de hulp van een ADL-hond nodig omdat deze een aanzienlijke bijdrage levert aan uw mobiliteit en het uitvoeren van ADL-verrichtingen. De ADL-hond vergroot uw zelfstandigheid. Dat kan bijvoorbeeld blijken uit een afname van zorgondersteuning

De signaalhond

Een signaalhond wijst u op geluiden in uw omgeving die u niet mag missen (omgevingsgeluiden).

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een signaalhond als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u bent volledig doof waardoor u beperkt bent in uw mobiliteit en in ADL-verrichtingen, en
2. dat is niet te corrigeren met Hulpmiddelen bij problemen met horen en Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, en
3. u heeft een signaalhond nodig om u bij mobiliteit en het uitvoeren van ADL-verrichtingen te ondersteunen door het signaleren van omgevingsgeluiden. De signaalhond vergroot uw zelfstandigheid. Dat kan bijvoorbeeld blijken uit een afname van zorgondersteuning

Voor al deze hulphonden

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook maximaal € 325 per 3 maanden voor het levensonderhoud en medische en dagelijkse verzorging van uw hulphond. U ontvangt dit bedrag achteraf. De vergoeding voor januari, februari en maart ontvangt u dus in april.

Hier kunt u terecht

- voor blindengeleidehond: erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden
- voor ADL-hond: erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden
- voor signaalhond: erkend opleidingsinstituut voor signaalhonden

Leverancier zonder contract

Kiest u voor een opleidingsinstituut waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulphond niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke leveranciers wij een contract hebben.

Dit wordt niet vergoed

- een hulphond voor bijvoorbeeld epilepsie, PTSS, autisme en diabetes

Andere vergoedingen

Veel andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met zien, bewegen of horen.

Voor problemen met zien:

- Hulpmiddelen bij problemen met zien
- Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
- Daisyspelers

Voor problemen met bewegen:

- Hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- Orthesen
- Orthopedische schoenen
- Hulpmiddelen voor kortdurende uitleen
- Daisyspelers

Voor problemen met horen:

- Hulpmiddelen bij problemen met horen
- Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

Dit betaalt u zelf

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

De hulphond krijgt u in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Voor de bijdrage in het levensonderhoud geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

U heeft een voorschrift (medische indicatie) en praktische indicatie nodig

Voor een hulphond moet u een medische indicatie en een praktische indicatie hebben. De medische indicatie geeft aan dat u door uw beperking een hulphond nodig heeft omdat andere hulpmiddelen niet helpen. De praktische indicatie geeft aan dat een hulphond u in de praktijk echt zal helpen.

- U krijgt de medische indicatie voor de blindengeleidehond van de medisch specialist³⁸⁵. Of van een orthoptist of optometrist, aangesloten bij een regionaal instituut voor blinden en slechtienden. De praktische indicatie van een erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden.
- U krijgt de medische indicatie voor de ADL-hond van de medisch specialist³⁸⁶. De praktische indicatie van een erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden.
- U krijgt de medische indicatie voor de signaalhond van uw huisarts of de medisch specialist³⁸⁷. Of van een audioloog aangesloten bij een audiologisch centrum. De praktische indicatie van een erkend opleidingsinstituut voor signaalhonden.

U moet vooraf onze toestemming hebben

Meestal regelt het opleidingsinstituut dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het online aanvraagformulier hulpmiddelen. U stuurt de medische indicatie mee, de praktische indicatie en een offerte van het opleidingsinstituut.

Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

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

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

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

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.instagram.com/onvz_zorgverzekeraar