PZP Zorgbewustpolis (Zorgverzekering Natura Select)

Productnummer: 8803902
Geldig vanaf 01-01-2026 tot en met 31-12-2026

Uw verzekering is een basisverzekering en de zorg is op basis van natura.
Dit betekent dat u verzekerd bent voor:

Vergoeding voor zorg in natura:
- gecontracteerde zorg is 100% van het wettelijk vast tarief of (als dit niet bestaat) van het afgesproken tarief.
- niet-gecontracteerde zorg is 70% van het wettelijk vast tarief of (als dit niet bestaat) van het gemiddelde afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconforme tarief); of van het gedeclareerde tarief als dat lager is.

In alle gevallen vergoeden wij nooit meer dan het gedeclareerde tarief of het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

Om de zorg vergoed te krijgen, gelden de verzekeringsvoorwaarden die horen bij dit vergoedingenoverzicht.

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Buitenland		
U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:		
Zorg in een verdragsland (B.2.1.)	De wettelijke regeling van het verdragsland	• Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Zorg in het buitenland (B.2.2.)	Buitenlandzorg heeft een gelijke omvang en hoogte zoals de zorg in Nederland is verzekerd	• Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Dieetpreparaten		
Dieetpreparaten (B.16.)	100%	• Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Diëtetiek		
Diëtetiek (B.11.)	Maximaal 3 behandeluren per jaar	• Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Diëtetiek als onderdeel van ketenzorg (B.11.)	100%	• Voor deze zorg geldt geen eigen risico
Ergotherapie		
Ergotherapie (B.9.)	Maximaal 10 behandeluren per jaar	• Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Fysiotherapie		
Fysiotherapie en oefentherapie tot en met 17 jaar (B.8.3.)	Maximaal 9 behandelingen per aandoening, per jaar, en zo nodig 9 behandelingen extra voor dezelfde aandoening, vanaf de eerste behandeling	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar ● Vanaf de eerste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen vanaf 18 jaar (B.8.1.)	Vanaf de 21ste behandeling 100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar ● Vanaf de 21ste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen tot en met 17 jaar (B.8.3.)	Vanaf de eerste behandeling 100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar ● Vanaf de eerste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie tot en met 16 jaar bij motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel (B.8.3.)	Vanaf de eerste behandeling 100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 16 jaar ● Vanaf de eerste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij radiculair syndroom met motorische uitval of bekkeninstabiliteit na de bevalling vanaf 18 jaar (B.8.1.)	Gedurende maximaal 3 maanden 100% vanaf de 21ste behandeling	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar ● Vanaf de 21ste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij radiculair syndroom met motorische uitval of bekkeninstabiliteit na de bevalling tot en met 17 jaar (B.8.3.)	Gedurende maximaal 3 maanden 100% vanaf de eerste behandeling	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar ● Vanaf de eerste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij fracturen na conservatieve behandeling vanaf 18 jaar (B.8.1.)	Gedurende maximaal 6 maanden 100% vanaf de 21ste behandeling	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar ● Vanaf de 21ste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij fracturen na conservatieve behandeling tot en met 17 jaar (B.8.3.)	Gedurende maximaal 6 maanden 100% vanaf de eerste behandeling	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar ● Vanaf de eerste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij frozen shoulder (capsulitis adhaesiva) of perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine vanaf 18 jaar (B.8.1.)	Gedurende maximaal 12 maanden 100% vanaf de 21ste behandeling	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar ● Vanaf de 21ste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij frozen shoulder (capsulitis adhaesiva) of perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine tot en met 17 jaar (B.8.3.)	Gedurende maximaal 12 maanden 100% vanaf de eerste behandeling	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar ● Vanaf de eerste behandeling

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Fysiotherapie en oefentherapie na ontslag naar huis of beëindiging van een dagbehandeling vanaf 18 jaar (B.8.1.)	Gedurende maximaal 12 maanden in aansluiting op ontslag of beëindiging behandeling instelling 100% vanaf de 21ste behandeling	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar ● Vanaf de 21ste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie na ontslag naar huis of beëindiging van een dagbehandeling tot en met 17 jaar (B.8.3.)	Gedurende maximaal 12 maanden in aansluiting op ontslag of beëindiging behandeling instelling 100% vanaf de eerste behandeling	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar ● Vanaf de eerste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij een tumor in de weke delen vanaf 18 jaar (B.8.1.)	Gedurende maximaal 2 jaren na bestraling 100% vanaf de 21ste behandeling	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar ● Vanaf de 21ste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij een tumor in de weke delen tot en met 17 jaar (B.8.3.)	Gedurende maximaal 2 jaren na bestraling 100% vanaf de eerste behandeling	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar ● Vanaf de eerste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij whiplash tot en met 17 jaar (B.8.3.)	Gedurende maximaal 3 maanden 100% en zo nodig verlenging gedurende maximaal 6 maanden, vanaf de eerste behandeling	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar ● Vanaf de eerste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij whiplash vanaf 18 jaar (B.8.1.)	Gedurende maximaal 3 maanden 100% en zo nodig verlenging gedurende maximaal 6 maanden, vanaf de 21ste behandeling	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar ● Vanaf de 21ste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij juveniele osteochondrose tot en met 17 jaar (B.8.3.)	Vanaf de eerste behandeling 100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar ● Vanaf de eerste behandeling
Fysiotherapie en oefentherapie bij juveniele osteochondrose van 18 tot en met 21 jaar (B.8.1.)	Vanaf de 21ste behandeling 100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Van 18 tot en met 21 jaar ● Vanaf de 21ste behandeling
Bekkenfysiotherapie vanaf 18 jaar bij urine-incontinentie (B.8.2.)	Maximaal 9 behandelingen eenmaal per verzekerde	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico als u naar een zorgverlener gaat die wij voor deze zorg hebben gecontracteerd ● Vanaf 18 jaar
Fysiotherapie (gesuperviseerde looptherapie) vanaf 18 jaar bij etalagebenen (B.8.4.)	Maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico als u naar een zorgverlener gaat die wij voor deze zorg hebben gecontracteerd ● Vanaf 18 jaar
Fysiotherapie (gesuperviseerde oefentherapie) vanaf 18 jaar bij artrose van heup- of kniegewricht (B.8.5.)	Maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Oefentherapie bij COPD stadium II of hoger (B.8.6.)	Vanaf de eerste behandeling 100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar ● Vanaf de eerste behandeling
Valpreventieve beweeginterventie (B.8.7.)	1 keer per jaar 100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Langdurige oefentherapie bij reuma (B.8.8.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Langdurige oefentherapie bij axiale spondyloartritis (axSpA) (B.8.9.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		
GGZ zonder opname vanaf 18 jaar (B.19.1.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
GGZ met opname (B.19.3.)	Maximaal 3 jaar (1095 dagen) 100% vanaf de 1e dag van de opname	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)		
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) (B.28.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Huisarts		
Huisartsenzorg voor advies, onderzoek, begeleiding en ketenzorg (B.3.1.)	100%	● Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijvoorbeeld vaccinaties en entstoffen (voor het inbrengen hiervan geldt geen eigen risico) ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor een MRI, laboratorium-, of diagnostisch onderzoek door ziekenhuis of zelfstandig laboratorium
Huisartsenzorg voor geneeskundige zorg (B.3.2.)	100%	● Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico
Huisartsenzorg voor implanteren of verwijderen van een spiraaltje (IUD) of anticonceptiestaafje (zoals Implanon) (B.3.2.)	100%	● Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor spiraaltje (IUD) of implanonstaafje zelf (voor het inbrengen of verwijderen geldt geen eigen risico)

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Huisartsenzorg voor koemelkallergie en koemelkallergietest (B.3.2.)	100%	● Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico
Huisartsenzorg gericht op tuberculose en infectieziekten (B.3.2.)	100%	● Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijvoorbeeld vaccinaties en entstoffen (voor het inbrengen hiervan geldt geen eigen risico) ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor een MRI, laboratorium-, of diagnostisch onderzoek door ziekenhuis of zelfstandig laboratorium
Huisartsenzorg voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (B.3.3.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico
Huisartsenzorg voor Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) vanaf 18 jaar (B.3.4.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas (B.3.5.)	Maximaal 3,5 jaar 100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar
Hulpmiddelen		
Haarwerken/pruiken (B.17.6.)	Maximaal € 497,50	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Hoortoestellen (B.17.8.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar
Hoortoestellen (B.17.8.)	75%	● Een wettelijke eigen bijdrage van 25% ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Overige hulpmiddelen: Ringleidingen, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en streamers (B.17.8.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Absorberend incontinentiemateriaal (B.17.9.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Stomamateriaal (B.17.9.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Katheters met toebehoren (B.17.9.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Orthopedische schoenen (B.17.10.1.)	100%	● Wettelijke eigen bijdrage € 67,50 per paar ● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 15 jaar
Orthopedische schoenen (B.17.10.1.)	100%	● Wettelijke eigen bijdrage € 135,- per paar ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 16 jaar
ADL-hulphond (B.17.10.2.)	100%	● Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Voor de kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel geldt wel eigen risico
En u bent verzekerd voor:		
● levensonderhoud en (medische) verzorging van de ADL-hulphond (B.17.10.2.)	Maximaal € 292,03 per kwartaal	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Trippelstoel (B.17.10.2.)	100%	● Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Voor de kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel geldt wel eigen risico
Brillenglazen en filterglazen (B.17.11.)	100%	● Wettelijke eigen bijdrage € 66,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing ● Wettelijke eigen bijdrage € 132,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing ● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar
Lenzen (met visuscorrectie) (B.17.11.)	100%	● Wettelijke eigen bijdrage € 66,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing ● Wettelijke eigen bijdrage € 132,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Lenzen (met visuscorrectie) (B.17.11.)	100%	● Wettelijke eigen bijdrage € 66,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing ● Wettelijke eigen bijdrage € 132,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing ● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar
Pessaria (B.17.13.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Tot en met 20 jaar
Spiraaltje (B.17.13.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Tot en met 20 jaar
Bloedglucosemeter (B.17.19.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Insulinepomp en toebehoren (B.17.19.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Vingerprikapparatuur voor zelf afnemen van bloed (B.17.19.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Teststrips (B.17.19.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Injectiemateriaal voor het toedienen van insuline (B.17.19.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Glucose monitor: Flash Glucose Monitoring (FGM) (B.17.19.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Glucose monitor: Real time Continue Glucose Monitoring (rt-CGM) (B.17.19.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Persoonsalarmering (B.17.23.)	100%	● Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Voor de kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel geldt wel eigen risico
Kortdurend verblijf in een instelling		
Kortdurend verblijf in een instelling (B.27.)	Maximaal 3 maanden verlenging is mogelijk als het doel hiervan is onderbouwd in een zorgplan	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Logopedie en stottertherapie		
Logopedie (B.10.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Medicijnen		
Medicijnen uit het GVS (B.15.1.)	100%	● Wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250 ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● U betaalt geen eigen risico voor een voorkeursmedicijn waarvan de werkzame stof, het merk en het Z-index nummer op onze Lijst Voorkeursgeneesmiddelen staan ● Als een voorkeursmedicijn niet leverbaar is, krijgt u een ander medicijn met dezelfde werkzame stof. Voor dat medicijn betaalt u wel eigen risico. ● U betaalt altijd eigen risico voor de dienstverlening van de apotheek ● U betaalt geen eigen risico als het gaat om middelen bij een Stoppen-met-roken programma; zie artikel 'Stoppen-met-roken'
Medicatiebeoordeling (B.15.2.)	1 keer per 12 maanden (zo nodig vaker)	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Medicijnen die de apotheek zelf maakt (B.15.4.)	100%	● Wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250 als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Uit het buitenland ingevoerde medicijnen (B.15.5.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Medisch specialistische zorg		
Medisch specialistische zorg (B.4.3.) *En u bent verzekerd voor:*	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
● opname bij medisch specialistische zorg (B.4.2.)	Maximaal 3 jaar (1095 dagen) 100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Skinvision (B.4.3.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Plastische chirurgie (B.4.5.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Medisch specialistische revalidatie (B.4.6.1.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Geriatrische revalidatie (B.4.6.2.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Orgaantransplantatie, zorg voor de ontvanger (B.4.7.1.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Zorg voor de donor bij levertransplantatie (B.4.7.2.)	Maximaal 6 maanden na opname voor rekening van de ontvanger	● Voor deze zorg en het vervoer geldt geen eigen risico
Zorg voor de donor bij overige orgaantransplantaties (B.4.7.2.)	Maximaal 13 weken na opname voor rekening van de ontvanger	● Voor deze zorg en het vervoer geldt geen eigen risico
Elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie (B.4.9.)	Maximaal € 131,40 per kwartaal	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Vruchtbaarheidsbehandelingen IVF en ICSI (B.4.14.)	Maximaal 3 pogingen	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Tot en met 42 jaar
Mondzorg		
Mondzorg in bijzondere gevallen (B.12.1.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Plaatsen implantaat in tandeloze kaak (B.12.2.)	100%	● Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) dat op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Orthodontie in bijzondere gevallen (B.12.3.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Reguliere mondzorg zoals onderzoek, verwijderen tandsteen en vullingen (B.13.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar
Reguliere en specialistische mondzorg (B.13.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar
Kunstgebit (B.13.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Tot en met 17 jaar
Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak (B.14.d.)	83%	● Eigen bijdrage 17% ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
En u bent verzekerd voor:		
● bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak (B.14.d.)	90%	● Wettelijke eigen bijdrage 10% ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
En u bent verzekerd voor:		
● bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak (B.14.d.)	92%	● Wettelijke eigen bijdrage 8% ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Kaakchirurgie (B.14.a.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak zonder implantaten (B.14.b.)	75%	● Wettelijke eigen bijdrage 25% ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Reparatie en rebasen volledig kunstgebit (B.14.b.)	90%	● Wettelijke eigen bijdrage 10% ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Ondergebit op implantaten (B.14.c.)	90%	● Wettelijke eigen bijdrage 10% ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Bovengebit op implantaten (B.14.c.)	92%	● Wettelijke eigen bijdrage 8% ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Reparatie of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (B.14.b.)	90%	● Wettelijke eigen bijdrage 10% ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Vanaf 18 jaar
Implantaat met kroon ter vervanging van een snij- of hoektand (B.14.e.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico ● Tot en met 22 jaar
Preventie		
Stoppen met roken (SMR)-programma (B.21.2.)	Maximaal 3 programma's per jaar	● Voor een SMR-programma geldt geen eigen risico als u naar een zorgverlener gaat die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg ● Voor medicijnen of nicotinevervangende middelen geldt geen eigen risico als deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR en onderdeel zijn van het SMR-traject
Vervoer		
Ambulancevervoer (B.18.1.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:		
1. logeerkosten (B.18.2.)	Maximaal € 94,50 per nacht	● Geen wettelijke eigen bijdrage ● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
2. vervoer per auto (B.18.2.)	Maximaal € 0,40 per kilometer	• Wettelijke eigen bijdrage € 134,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen • Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
+ vervoer per taxi (B.18.2.)	100%	• Wettelijke eigen bijdrage € 134,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen • Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
+ vervoer per openbaar vervoer 2e klasse (B.18.2.)	100%	• Wettelijke eigen bijdrage € 134,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen • Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
+ vervoer per ander vervoermiddel (B.18.2.)	100%	• Wettelijke eigen bijdrage € 134,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen • Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Voetzorg		
Preventieve voetzorg (B.23.)	100%	• Voor deze zorg geldt geen eigen risico • Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico als een medisch specialist in het ziekenhuis de zorg levert en declareert als onderdeel van een DBC
Voorwaardelijke zorg		
Voorwaardelijke zorg (B.22.)	100%	• Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
Wijkverpleging en PGB		
Wijkverpleging (B.26.)	100%	• Voor deze zorg geldt geen eigen risico
Zorg voor de bevalling		
Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie (B.5.1.)	100%	• Voor deze zorg geldt geen eigen risico • Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer • Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor spiraaltje (IUD) of implanonstaafje zelf (voor het inbrengen of verwijderen geldt geen eigen risico)

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg met medische indicatie (B.5.1.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor het inbrengen van een spiraaltje (IUD) of het implanteren of verwijderen implanonstaafje
Algemene termijnecho (B.5.2.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico
Specifieke diagnose echo (B.5.2.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico
Prenatale screening met medische indicatie (B.5.3.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico ● Vanaf 18 jaar kan wel eigen risico gelden voor de diagnostiek
Inschrijving en intake kraamzorg (B.5.4.)	Maximaal 1 keer per zwangerschap	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico
Zorg tijdens de bevalling		
Verloskundige zorg tijdens een thuisbevalling (B.6.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer
Verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum tijdens bevalling zonder medische noodzaak (B.6.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer
Gebruik van verloskamer in ziekenhuis of geboortecentrum tijdens bevalling zonder medische noodzaak (B.6.)	Maximaal € 278 per bevalling	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico
Verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum tijdens bevalling met medische noodzaak (B.6.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer

Wat krijgt u vergoed?	Hoeveel krijgt u vergoed?	Wat zijn de kenmerken?
Zorg na de bevalling		
Kraamzorg en verloskundige zorg na een thuisbevalling (B.7.)	Van het aantal afgesproken uren verdeeld over maximaal 6 weken 100%	● Wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg is € 5,70 per uur ● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer
Kraamzorg en verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum na bevalling zonder medische noodzaak (B.7.)	Van het aantal afgesproken uren verdeeld over maximaal 6 weken 100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer
Kraamzorg en verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum na bevalling met medische noodzaak (B.7.)	100%	● Voor deze zorg geldt geen eigen risico ● Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer
Zorg zintuigelijk beperkten		
Zorg voor zintuiglijk beperkten (B.25.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
En u bent verzekerd voor:		
● zorg voor zintuiglijk beperkten met verblijf of opname (B.25.)	100%	● Vanaf 18 jaar geldt eigen risico