Vergoedingen en voorwaarden 2026
Basisverzekering

PZP direct (Zorgverzekering Natura Direct)
Productnummer: 9103902
Geldig vanaf 01-01-2026 tot en met 31-12-2026
De vorige verzekeringsvoorwaarden zijn vervallen.

Inhoudsopgave

Buitenland....3
Dieetpreparaten....5
Diëtetiek....6
Ergotherapie....8
Fysiotherapie....9
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)....45
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)....50
Huisarts....51
Hulpmiddelen....60
Kortdurend verblijf in een instelling....87
Logopedie en stottertherapie....88
Medicijnen....89
Medisch specialistische zorg....99
Mondzorg....112
Preventie....133
Vervoer....134
Voetzorg....143
Voorwaardelijke zorg....145
Wijkverpleging en PGB....145
Zorg voor de bevalling....148
Zorg tijdens de bevalling....154
Zorg na de bevalling....159
Zorg zintuigelijk beperkten....163
Bijlage Begrippen....166
Bijlage Algemene Voorwaarden....172
Bijlage Overig....195

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.), zorg in het buitenland (artikel B.2.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg in het buitenland.
  Uw basisverzekering geeft werelddekking. Dit betekent dat u buiten Nederland verzekerd bent voor dezelfde zorg en dezelfde omvang als binnen Nederland.
  Als u zorg in een verdragsland krijgt omdat u daar woont of omdat u daar tijdelijk verblijft dan kunt u (in plaats van de vergoeding vanuit uw basisverzekering) kiezen voor de wettelijke regeling die in dat verdragsland geldt.

Wat is uw vergoeding?

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
  1. Voor zorg in een verdragsland: de wettelijke regeling van het verdragsland voor zorg in een verdragsland.
  2. Voor zorg in het buitenland: buitenlandzorg heeft een gelijke omvang en hoogte zoals de zorg in Nederland is verzekerd voor zorg in het buitenland.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor zorg in een verdragsland (artikel B.2.1.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag

Heeft u toestemming nodig?

- U heeft toestemming van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland toestemming nodig is.
  In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft toestemming van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg)
  Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft toestemming van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat
  Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft toestemming van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg)

- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum
  Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- De zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt
  Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor zorg in het buitenland (artikel B.2.2.)

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Als u kiest voor vergoeding uit de basisverzekering dan moet deze zorg voldoen aan de voorwaarden zoals die gelden voor zorg in Nederland
- Als u kiest voor de wettelijke regeling in een verdragsland dan moet de zorg voldoen aan de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarvoor ook in Nederland toestemming nodig is.
  In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.
- U heeft toestemming van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen zorg buitenland' staat (extramurale zorg)
  Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft toestemming van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg die op de 'lijst aanvragen medicijnen in het buitenland' staat
  Het gaat hierbij om medicijnen die vallen onder medisch specialistische zorg. Deze lijst vindt u op onze website.
- U heeft toestemming van ons nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg)
- Wij adviseren u graag vooraf via onze afdeling Klanten Contact Centrum
  Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan een buitenlandse zorgverlener. Om een goed advies te kunnen geven, hebben wij vaak meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat; dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- De zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt
  Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Dieetpreparaten

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Dieetpreparaten (artikel B.16.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten voor drink- en/of sondevoeding

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor dieetpreparaten.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een stofwisselingsstoornis.
  - U heeft een voedselallergie.
  - U heeft een resorptiestoornis.
  - U heeft (risico op) ondervoeding door een ziekte.
    Dit is gemeten met een officieel vastgestelde methode.
  - U heeft dieetpreparaten nodig volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

Wat zijn de voorwaarden?
- Aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding zijn niet voldoende voor u
- Voor dieetpreparaten gelden de voorwaarden van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering
  De Regeling zorgverzekering kunt u vinden op de website van de overheid onder wet- en regelgeving.
- De dieetpreparaten zijn geregistreerd als dieetpreparaat en opgenomen in de G-standaard van de Z-index
  Z-Index is een register dat alle zorgproducten controleert, beheert en verspreid die bij de openbare apotheek en apotheekhoudend huisarts verkrijgbaar zijn en plaatst deze in de G-Standaard. Wij gebruiken deze G-Standaard bijvoorbeeld om te zien of een product geregistreerd is en wat het tarief is voor dat product.
- We vergoeden de dieetpreparaten die u krijgt als gevolg van een allergie vanaf het moment dat de allergie is vastgesteld door de juiste voorschrijver volgens de geldende richtlijnen.
  Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (KMEA) krijgt u een test. De testperiode voorafgaand aan de definitieve diagnose vergoeden wij niet.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Medisch specialist
- Specialist ouderengeneeskunde

- Arts verstandelijk gehandicapten
- Diëtist
- Verpleegkundig specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt aan de hand van een artsenverklaring of u aan de voorwaarden voldoet. Toestemming van ons is dan niet nodig
  De zorgverlener die het dieetpreparaat voorschrijft, vult de artsenverklaring in. Als u het dieetpreparaat bij een niet-gecontracteerde zorgverlener afneemt dan moet de artsenverklaring naar ons en toetsen wij of u aan de voorwaarden voldoet.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn
- Afslankproducten, ook als deze als dieetpreparaat geregistreerd zijn
- Aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk.
- Verdikkingsmiddelen
- Voeding toegediend via de bloedbaan
  Deze vergoeden wij uit een ander artikel, zie 'Medicijnen'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Diëtetiek

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Diëtetiek (artikel B.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Diëtetiek met een geneeskundig doel

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 3 behandeluren maximaal, per jaar voor diëtetiek.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- U heeft voor de start van de behandeling een verwijzing nodig als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener
- U heeft altijd een verwijzing nodig als behandeling thuis noodzakelijk is

- Deze zorgverleners mogen de verwijzing geven:
  Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Diëtist.
  Uw zorgverlener heeft als diëtist de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Diëtist die aangesloten is bij ParkinsonNet
  De diëtist moet hierbij aangesloten zijn als u de zorg krijgt omdat u de diagnose ziekte van Parkinson heeft.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Diëtetiek buiten ketenzorg als u bij dezelfde indicatie al diëtetiek binnen ketenzorg krijgt
  Zie ook artikel 'Diëtetiek als onderdeel van ketenzorg'.
- Diëtetiek tegelijk met GLI voor dezelfde indicatie
- Dieetadvies voor bijvoorbeeld afslanken of sporten

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Diëtetiek als onderdeel van ketenzorg (artikel B.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Diëtetiek als onderdeel van ketenzorg

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor diëtetiek als onderdeel van ketenzorg.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft diabetes mellitus type 2 (DM type 2) en bent 18 jaar of ouder.
  - U heeft een Verhoogd CardioVasculair Risico (VRM).
  - U heeft COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease).
  - U heeft astma.

Wat zijn de voorwaarden?
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- U heeft voor de start van de behandeling een verwijzing nodig als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener
- U heeft altijd een verwijzing nodig als behandeling thuis noodzakelijk is
- Deze zorgverleners mogen de verwijzing geven:
  Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Diëtist die is aangesloten bij, of gecontracteerd is door een hoofdaannemer.
  De diëtist heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Diëtist die is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.
  De diëtist heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Diëtetiek binnen ketenzorg als u bij dezelfde indicatie al diëtetiek buiten ketenzorg krijgt.
  Zie ook artikel 'Diëtetiek'.
- Diëtetiek tegelijk met GLI voor dezelfde indicatie

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Ergotherapie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Ergotherapie (artikel B.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Ergotherapie
  Het gaat hierbij om advisering, instructie, training of behandeling om uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 10 behandeluren maximaal, per jaar voor ergotherapie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- U heeft voor de start van de behandeling een verwijzing nodig als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener
- Deze zorgverleners mogen de verwijzing geven:
  Een huisarts, wijkverpleegkundige (niveau 5), arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Ergotherapeut.
  Uw zorgverlener heeft als ergotherapeut de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

- Ergotherapeut die aangesloten is bij ParkinsonNet
  De ergotherapeut moet hierbij aangesloten zijn als u de zorg krijgt omdat u de diagnose ziekte van Parkinson heeft.

Waar vindt de behandeling plaats?
- Behandeling kan bij u thuis als dat nodig is

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Fysiotherapie en oefentherapie tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar, vanaf de eerste behandeling: vergoeding van 9 behandelingen maximaal, per aandoening, per jaar, en zo nodig 9 behandelingen extra voor dezelfde aandoening voor fysiotherapie en oefentherapie tot en met 17 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een (tijdelijke) klacht of blessure.
    Meestal gaat het om een kortdurende, acute klacht. Twijfelt u? Vraag dan uw fysio- of oefentherapeut of behandelend arts.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- U heeft een verwijzing nodig als u thuis fysiotherapie of oefentherapie krijgt
  Bij fysiotherapie of oefentherapie thuis heeft u vooraf een verwijzing nodig waar op staat waarom u een behandeling thuis nodig heeft. Deze zorgverleners mogen de verwijzing geven:
  - huisarts;
  - arts verstandelijk gehandicapten;
  - jeugdarts;

- tandarts;
- physician assistant;
- verpleegkundig specialist;
- bedrijfsarts; of
- medisch specialist.

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij whiplash tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar, vanaf de eerste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 3 maanden, en zo nodig verlenging gedurende maximaal 6 maanden voor fysiotherapie en oefentherapie bij whiplash tot en met 17 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een whiplash.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- De start van de behandeling moet binnen 3 maanden na diagnose Whiplash
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- De verlenging is alleen mogelijk als na 3 maanden nog sprake is van én bewegingsverlies én conditieverlies én cognitieve stoornissen
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Jeugdarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist
- Medisch specialist als het gaat om een verlenging na 3 maanden

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij whiplash vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder, vanaf de 21ste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 3 maanden, en zo nodig verlenging gedurende maximaal 6 maanden voor fysiotherapie en oefentherapie bij whiplash vanaf 18 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een whiplash.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- De start van de behandeling moet binnen 3 maanden na diagnose Whiplash
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- De verlenging is alleen mogelijk als na 3 maanden nog sprake is van én bewegingsverlies én conditieverlies én cognitieve stoornissen
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist
- Medisch specialist als het gaat om een verlenging na 3 maanden

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.

- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij juveniele osteochondrose tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar, vanaf de eerste behandeling: vergoeding van 100% voor fysiotherapie en oefentherapie bij juveniele osteochondrose tot en met 17 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft juveniele osteochondrose.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Jeugdarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij juveniele osteochondrose van 18 tot en met 21 jaar (artikel B.8.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder, maar jonger dan 22 jaar, vanaf de 21ste behandeling: vergoeding van 100% voor fysiotherapie en oefentherapie bij juveniele osteochondrose van 18 tot en met 21 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft juveniele osteochondrose.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Jeugdarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder, vanaf de 21ste behandeling: vergoeding van 100% voor fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen vanaf 18 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een CVA (cerebrovasculair accident) gehad.
  - U heeft een ruggemergaandoening als gevolg van een aandoening in het zenuwstelsel.
  - U heeft MS (multiple sclerose).
  - U heeft een perifere zenuwaandoening met motorische uitval.
  - U heeft een extrapyramidale aandoening.
  - U heeft een aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel.
  - U heeft een cerebellaire aandoening.
  - U heeft neurologische uitvalsverschijnselen als gevolg van hersenletsel of een tumor in de hersenen of het ruggenmerg.
  - U heeft een spierziekte als gevolg van een aandoening van het zenuwstelsel.
  - U heeft Myasthenia gravis.
  - U heeft een aangeboren afwijking van het bewegingsapparaat.
  - U heeft een progressieve scoliose.
  - U heeft reflexdystrofie.
  - U heeft een fractuur als gevolg van botmetastase, ziekte van Kahler of ziekte van Paget.
  - U heeft de ziekte van Forestier (hyperostotische spondylose).
  - U heeft een collageenziekte.
  - U heeft een amputatie gehad.
  - U heeft een aangeboren afwijking van de tractus respiratorius.
  - U heeft lymfoedeem.
  - U heeft littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma.
  - U heeft een diffuse interstitiele longaandoening bij ventilatoire beperking of diffusiestoornis.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts

- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Tandarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar, vanaf de eerste behandeling: vergoeding van 100% voor fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen tot en met 17 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een CVA (cerebrovasculair accident) gehad.
  - U heeft een ruggemergaandoening als gevolg van een aandoening in het zenuwstelsel.
  - U heeft MS (multiple sclerose).
  - U heeft een perifere zenuwaandoening met motorische uitval.
  - U heeft een extrapyramidale aandoening.
  - U heeft een aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel.
  - U heeft een cerebellaire aandoening.
  - U heeft neurologische uitvalsverschijnselen als gevolg van hersenletsel of een tumor in de hersenen of het ruggenmerg.
  - U heeft een spierziekte als gevolg van een aandoening van het zenuwstelsel.
  - U heeft Myasthenia gravis.
  - U heeft een aangeboren afwijking van het bewegingsapparaat.
  - U heeft een progressieve scoliose.
  - U heeft reflexdystrofie.
  - U heeft een fractuur als gevolg van botmetastase, ziekte van Kahler of ziekte van Paget.
  - U heeft de ziekte van Forestier (hyperostotische spondylose).
  - U heeft een collageenziekte.
  - U heeft een amputatie gehad.
  - U heeft een aangeboren afwijking van de tractus respiratorius.
  - U heeft lymfoedeem.
  - U heeft littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma.
  - U heeft een diffuse interstitiele longaandoening bij ventilatoire beperking of diffusiestoornis.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts

- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Tandarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie tot en met 16 jaar bij motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel (artikel B.8.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 17 jaar, vanaf de eerste behandeling: vergoeding van 100% voor fysiotherapie en oefentherapie tot en met 16 jaar bij motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en bent jonger dan 17 jaar.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij radiculair syndroom met motorische uitval of bekkeninstabiliteit na de bevalling vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder, vanaf de 21ste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 3 maanden voor fysiotherapie en oefentherapie bij radiculair syndroom met motorische uitval of bekkeninstabiliteit na de bevalling vanaf 18 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een radiculair syndroom met motorische uitval.
  - U heeft bekkeninstabiliteit na de bevalling (postpartum).

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist

- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij radiculair syndroom met motorische uitval of bekkeninstabiliteit na de bevalling tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar, vanaf de eerste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 3 maanden voor fysiotherapie en oefentherapie bij radiculair syndroom met motorische uitval of bekkeninstabiliteit na de bevalling tot en met 17 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een radiculair syndroom met motorische uitval.
  - U heeft bekkeninstabiliteit na de bevalling (postpartum).

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij fracturen na conservatieve behandeling vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder, vanaf de 21ste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 6 maanden voor fysiotherapie en oefentherapie bij fracturen na conservatieve behandeling vanaf 18 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een fractuur gehad die conservatief is behandeld.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Tandarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij fracturen na conservatieve behandeling tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar, vanaf de eerste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 6 maanden voor fysiotherapie en oefentherapie bij fracturen na conservatieve behandeling tot en met 17 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een fractuur gehad die conservatief is behandeld.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Tandarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.

- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij frozen shoulder (capsulitis adhaesiva) of perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder, vanaf de 21ste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 12 maanden voor fysiotherapie en oefentherapie bij frozen shoulder (capsulitis adhaesiva) of perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine vanaf 18 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

    - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
    - U heeft een frozen shoulder (capsulitis adhaesiva).
    - U lijdt aan perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij frozen shoulder (capsulitis adhaesiva) of perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar, vanaf de eerste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 12 maanden voor fysiotherapie en oefentherapie bij frozen shoulder (capsulitis adhaesiva) of perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine tot en met 17 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een frozen shoulder (capsulitis adhaesiva).
  - U lijdt aan perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie na ontslag naar huis of beëindiging van een dagbehandeling vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder, vanaf de 21ste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 12 maanden in aansluiting op ontslag of beëindiging behandeling instelling voor fysiotherapie en oefentherapie na ontslag naar huis of beëindiging van een dagbehandeling vanaf 18 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U bent opgenomen geweest in het ziekenhuis, een verpleeginrichting, een instelling voor revalidatie of na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie.
    De zorg dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Tandarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.

- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie na ontslag naar huis of beëindiging van een dagbehandeling tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar, vanaf de eerste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 12 maanden in aansluiting op ontslag of beëindiging behandeling instelling voor fysiotherapie en oefentherapie na ontslag naar huis of beëindiging van een dagbehandeling tot en met 17 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U bent opgenomen geweest in het ziekenhuis, een verpleeginrichting, een instelling voor revalidatie of na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie.
    De zorg dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Tandarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij een tumor in de weke delen vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder, vanaf de 21ste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 2 jaren na bestraling voor fysiotherapie en oefentherapie bij een tumor in de weke delen vanaf 18 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een tumor in de weke delen.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn

- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Tandarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij een tumor in de weke delen tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar, vanaf de eerste behandeling: vergoeding van 100% gedurende maximaal 2 jaren na bestraling voor fysiotherapie en oefentherapie bij een tumor in de weke delen tot en met 17 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een tumor in de weke delen.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing
- Uw aandoening staat op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Tandarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de lijst met aandoeningen uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.

- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
  Uw fysiotherapeut is als gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
  De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
  De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
  Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Bekkenfysiotherapie vanaf 18 jaar bij urine-incontinentie (artikel B.8.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Bekkenfysiotherapie
  Specialistische fysiotherapie gericht op behandeling van bekkenbodemproblemen.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 9 behandelingen maximaal, eenmaal per verzekerde voor bekkenfysiotherapie vanaf 18 jaar bij urine-incontinentie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft urine-incontinentie.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of sprake is van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Bekkenfysiotherapeut.
  Een bekkenfysiotherapeut verleent de bekkenfysiotherapie. Dit is een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of de Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie (gesuperviseerde looptherapie) vanaf 18 jaar bij etalagebenen (artikel B.8.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Gesuperviseerde looptherapie bij etalagebenen
  Deze fysiotherapie bevordert uw zelfmanagement zodat u zelfstandig kunt oefenen en is gericht op:
  - het beperken van de klachten door verminderde zuurstof in de benen en
  - het verminderen van de risicofactoren van aderverkalking.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 37 behandelingen maximaal, gedurende maximaal 12 maanden voor fysiotherapie (gesuperviseerde looptherapie) vanaf 18 jaar bij etalagebenen.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft etalagebenen (claudicatio intermittens) met perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine.

Wat zijn de voorwaarden?
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden en of de zorg verzekerd is. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut of oefentherapeut
  - uw fysiotherapeut staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR);
  - uw oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck staat in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).
- Fysiotherapeut Chronisch ZorgNet met specialisatie Perifeer Arterieel Vaatlijden
  Let op! Uw vergoeding is lager als:
  - uw fysiotherapeut wel een contract met ons heeft maar geen Chronisch ZorgNet therapeut is met specialisatie Perifeer Arterieel Vaatlijden;
  - uw fysiotherapeut geen contract met ons heeft maar wel Chronisch ZorgNet therapeut is met specialisatie Perifeer Arterieel Vaatlijden.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie (gesuperviseerde oefentherapie) vanaf 18 jaar bij artrose van heup- of kniegewricht (artikel B.8.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Gesuperviseerde oefentherapie bij artrose
  Deze fysiotherapie bevordert uw zelfmanagement zodat u zelfstandig kunt oefenen.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 12 behandelingen maximaal, gedurende maximaal 12 maanden voor fysiotherapie (gesuperviseerde oefentherapie) vanaf 18 jaar bij artrose van heup- of kniegewricht.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft artrose van heup- of kniegewricht.

Wat zijn de voorwaarden?
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of sprake is van artrose van heup- of kniegewricht. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
  Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
  Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
  Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Oefentherapie bij COPD stadium II of hoger (artikel B.8.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Fysiotherapie of oefentherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder, vanaf de eerste behandeling: vergoeding van 100% voor oefentherapie bij COPD stadium II of hoger.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) stadium II of hoger van de GOLD Classifcatie voor symptomen.

Wat zijn de voorwaarden?
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of de genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist
- Verpleegkundig specialist longziekten

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden en of de zorg verzekerd is. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel toestemming van ons nodig.

- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
  In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft toestemming van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut of oefentherapeut
  - uw fysiotherapeut staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR);
  - uw oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck staat in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).
- Fysiotherapeut Chronisch ZorgNet met specialisatie longaandoeningen
  Let op! Uw vergoeding is lager als:
  - uw fysiotherapeut wel een contract met ons heeft maar geen Chronisch ZorgNet therapeut is met specialisatie longaandoeningen;
  - uw fysiotherapeut geen contract met ons heeft maar wel Chronisch ZorgNet therapeut is met specialisatie longaandoeningen.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Valpreventieve beweeginterventie (artikel B.8.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Een valpreventief trainingsprogramma om uw spierkracht, balans en problemen met lopen te verbeteren

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% 1 keer per jaar voor valpreventieve beweeginterventie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een hoog valrisico in combinatie met onderliggende of bijkomende lichamelijke of psychische problemen.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uit een val-risicotest blijkt dat u een hoog risico heeft om te vallen.
  Daarna blijkt uit een valrisicobeoordeling dat u, vanwege lichamelijke of psychische problemen, begeleiding nodig heeft op het niveau van een fysiotherapeut.
- Als er geen sprake is van onderliggende of bijkomende problemen maar wel risico op vallen, kunt u mogelijk een valpreventief trainingsprogramma via uw gemeente volgen

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts of praktijkondersteuner huisarts

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- De huisarts, praktijkondersteuner huisarts of physician assistant stelt met een valrisicobeoordeling vast of het trainingsprogramma medisch noodzakelijk is

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Een gecertificeerd fysiotherapeut of oefentherapeut die de zorg levert volgens één van de landelijk erkende zorgprogramma's
  U kunt deze programma's en zorgverleners vinden op onze website of bij ons opvragen.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Langdurige oefentherapie bij reuma (artikel B.8.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Langdurige gesuperviseerde oefentherapie
  Het gaat om persoonlijke, actieve oefentherapie om ernstige achteruitgang te voorkomen.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 100% voor langdurige oefentherapie bij reuma.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.

Wat zijn de voorwaarden?
- U bepaalt samen met de fysiotherapeut of oefentherapeut en eventueel uw verwijzer hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn. Daarbij krijgt u een individueel behandelplan dat voldoet aan de hiervoor geldende richtlijnen.
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Reumatoloog

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden en of de zorg verzekerd is. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig vanaf de 40e behandeling per behandeljaar

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut of oefentherapeut met specifieke scholing om de langdurige persoonsgerichte actieve oefentherapie uit te kunnen voeren
  Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Langdurige oefentherapie bij axiale spondyloartritis (axSpA) (artikel B.8.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Langdurige gesuperviseerde oefentherapie
  Het gaat om persoonlijke, actieve oefentherapie om ernstige achteruitgang te voorkomen.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 100% voor langdurige oefentherapie bij axiale spondyloartritis (axSpA).

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft axiale spondyloartritis (axSpA) met ernstige functionele beperkingen.

Wat zijn de voorwaarden?
- U bepaalt samen met de fysiotherapeut of oefentherapeut en eventueel uw verwijzer hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn. Daarbij krijgt u een individueel behandelplan dat voldoet aan de hiervoor geldende richtlijnen.
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Reumatoloog

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden en of de zorg verzekerd is. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel toestemming van ons nodig.
- U heeft toestemming van ons nodig vanaf de 42e behandeling per behandeljaar

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Fysiotherapeut of oefentherapeut met specifieke scholing om de langdurige persoonsgerichte actieve oefentherapie uit te kunnen voeren
  Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

GGZ zonder opname vanaf 18 jaar (artikel B.19.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ): psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische zorg zonder opname
  Het gaat in deze zorg om herstel of om voorkomen dat uw psychische stoornis of psychiatrische aandoening verergert. Als u een (vermoedelijke) DSM-5 stoornis hebt, bepaalt de zorgverlener welke GGZ zorg voor u nodig is. Dat is bijvoorbeeld afhankelijk van hoe ernstig de klachten zijn, om welke problemen het gaat en of er een risico is.
  Het gaat hierbij om deze zorg:
  - diagnostiek: vaststellen van een vermoedelijke aandoening met de bedoeling om te gaan behandelen;
  - behandeling van een DSM-5 stoornis. Dit kan individueel, in een groep of via e-health onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 100% voor GGZ zonder opname vanaf 18 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft (vermoedelijk) een DSM-5 stoornis.

Wat zijn de voorwaarden?
- GGZ is gebaseerd op DSM-5, Lijst therapieën GGZ en het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ:
  - Een psychische stoornis wordt ingedeeld op basis van DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e versie. Het is het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Hierin zijn afspraken gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis.
  - De Lijst therapieën binnen de GGZ vindt u op onze website.
  - Het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ vindt u op de website zorginzicht van het Zorginstituut Nederland (ZiNl).

- Uw zorgverlener werkt met een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut GGZ
  - Het kwaliteitsstatuut van uw zorgverlener is getoetst aan het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Hierin staat wat uw GGZ-zorgverlener geregeld moet hebben voor bijvoorbeeld kwaliteit en verantwoording. Dit zorgt ervoor dat u de juiste zorg op de juiste plaats krijgt en door de juiste zorgverlener.
  - Bij vragen kunt u ook terecht bij uw zorgverlener. Hij weet wat de regels voor de vergoedingen zijn, wat wij niet vergoeden en hij kent de standpunten van het Zorginstituut Nederland (ZiNl).
  - Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staat in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNl). De zorgverleners vindt u op de website zorginzicht van ZiNl.
  - Als u de zorg in een instelling krijgt moet de instelling zelf voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen. Daarin staan de medewerkers die de zorg mogen geven en daar werken. Bijvoorbeeld psychologen.
- Het moet gaan om een GGZ zorgverlener waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces heeft

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts, bedrijfsarts, spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar (als het om een verwijzing binnen de GGZ gaat) of straatdokter
  - Als u begint met de behandeling mag de verwijzing niet ouder zijn dan 9 maanden.
  - De verwijzing moet objectief en onderbouwd zijn. Daarmee is duidelijk dat u een (vermoedelijke) DSM-5 stoornis heeft waarvoor behandeling nodig is in de GGZ.
  - Voor de verwijzing is een diagnostisch gesprek nodig en een betrouwbaar, geldig digitaal hulpmiddel dat de beslissing ondersteunt. Hieruit blijkt welk niveau van zorg bij uw zorgvraag past.
  - De objectivering en de uitkomst van het digitale hulpmiddel horen bij de verwijzing. Deze zijn aanwezig bij uw huisarts of andere verwijzer en ook bij de zorgverlener GGZ.
  - Alle bovenstaande gegevens, het behandelplan (behandelvoorstel) en eventuele bijstellingen komen in uw medisch dossier.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Regiebehandelaar stelt vast dat de zorg medisch noodzakelijk is
  De regiebehandelaar kijkt ook of de zorg binnen de GGZ past en zet de verwijzing in een behandelplan. De regiebehandelaar bespreekt dit behandelplan samen met u en stelt dit vast.

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling met Esketamine neusspray (Spravato) door een niet-gecontracteerde zorgverlener
- Voor behandeling in het buitenland staat op onze website een aanvraagformulier 'zorg in het buitenland'. Zie hiervoor ook de 'Lijst aanvragen zorg buitenland'

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- De indicerend en coördinerend regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg
  De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling en de vaststelling en uitvoering van het behandelplan. Ook sluiten wij aan bij de geldende veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat, als u naar een vrijgevestigde zorgverlener gaat, de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Is de behandeling gestart onder de jeugdwet en gaat die door als u 18 bent? Dan kunt u bij dezelfde regiebehandelaar blijven
  Dit kan voor maximaal 365 dagen vanaf de dag dat u 18 bent geworden. Deze regiebehandelaar is opgenomen in de overgangsregeling van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.
- Hoogspecialistische GGZ krijgt u alleen van een zorgverlener die hiervoor gecontracteerd is
  Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen. Of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. Het is zeer gespecialiseerde zorg die u in een instelling krijgt.

Waar vindt de behandeling plaats?
- De praktijk van de behandelend zorgverlener
- Een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

Wat krijgt u niet vergoed?
- GGZ-zorg omvat zeker niet:
  - psychosociale zorg;
  - neurofeedback;
  - intelligentieonderzoek;
  - begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen;
  - orthopedagogische zorg;
  - hulp bij werk-, school- en relatieproblemen;
  - behandeling van aanpassingsstoornissen;
  - alleen diagnostiek zonder de bedoeling dat GGZ behandeling plaatsvindt;
  - behandeling van obesitas (overgewicht) en eetverslaving. Behalve als de aandoening direct samenhangt met een psychische stoornis die wel in de DSM-5 is opgenomen;
  - keuringen, bijvoorbeeld ten behoeve van rijvaardigheid;
  - medisch psychologische zorg (zie hiervoor artikel B.4.3. 'Medisch specialistische zorg');
  - GGZ-zorg door uw huisarts of POH-GGZ (praktijkondersteuner GGZ) vergoeden we niet uit dit artikel maar vanuit het artikel 'Huisartsenzorg gericht op Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

GGZ met opname (artikel B.19.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ): psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische zorg met opname
  Het gaat in deze zorg om herstel of voorkomen dat uw psychische stoornis of psychiatrische aandoening verergert. Als u een (vermoedelijke) DSM-5 stoornis hebt, bepaalt de zorgverlener welke GGZ zorg voor u nodig is. Dat is bijvoorbeeld afhankelijk van hoe ernstig de klachten zijn, om welke problemen het gaat en of er een risico is.
  Het gaat hierbij om deze zorg:
  - diagnostiek: vaststellen van een vermoedelijke aandoening met de bedoeling om te gaan behandelen;
  - behandeling van een DSM-5 stoornis: dit kan individueel of in een groep. Bij de zorg hoort ook psychiatrische behandeling, bijbehorende paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie of ergotherapie), dagbesteding en vaktherapie (bijvoorbeeld muziek- of psychomotore therapie);
  - verpleging en verzorging en bijbehorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder, vanaf de 1e dag van de opname: vergoeding van 100% maximaal 3 jaar (1095 dagen) voor GGZ met opname.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een complexe psychische of psychiatrische DSM-5 stoornis waarvoor een opname medisch noodzakelijk is.

Wat zijn de voorwaarden?

- Uw zorgverlener werkt met een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut GGZ
  - Het kwaliteitsstatuut van uw zorgverlener is getoetst aan het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Hierin staat wat uw GGZ-zorgverlener geregeld moet hebben voor bijvoorbeeld kwaliteit en verantwoording. Dit zorgt ervoor dat u de juiste zorg op de juiste plaats krijgt en door de juiste zorgverlener.
  - Bij vragen kunt u ook terecht bij uw zorgverlener. Hij weet wat de regels voor de vergoedingen zijn, wat wij niet vergoeden en hij kent de standpunten van het Zorginstituut Nederland (ZiNl).
  - Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staat in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNl). De zorgverleners vindt u op de website zorginzicht van ZiNl.
  - Als u de zorg in een instelling krijgt moet de instelling zelf voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen. Daarin staan de medewerkers die de zorg mogen geven en daar werken. Bijvoorbeeld psychologen.
- GGZ is gebaseerd op DSM-5, Lijst therapieën GGZ en het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ:
  - Een psychische stoornis wordt ingedeeld op basis van DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e versie. Het is het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Hierin zijn afspraken gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis.
  - De Lijst therapieën binnen de GGZ vindt u op onze website.
  - Het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ vindt u op de website zorginzicht van het Zorginstituut Nederland (ZiNl).
- Het moet gaan om een GGZ instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces heeft
- Bij klinische verslavingszorg moet een therapeutisch proefverlof afgestemd zijn op uw individuele behoeften
  Dat betekent ook dat u individuele nazorg en hulp krijgt in het vervolgtraject na de opname.
- Opname langer dan een jaar
  Als na 365 dagen opname noodzakelijk blijft, dient de regiebehandelaar de rechtmatigheid van de verlengde opname vast te stellen. Hiervoor vult de regiebehandelaar een vragenlijst in die onderdeel is van uw medisch dossier. Hierbij gelden ook deze voorwaarden:
  - Er is sprake van een psychiatrische stoornis, eventueel met bijkomende problematiek waarvoor u al 365 dagen aaneengesloten opgenomen bent geweest.
  - De instelling heeft de noodzaak tot verlengde opname gemotiveerd met:
    -- verbetering, stabilisatie of voorkomen van achteruitgang
    -- prognose of ontwikkeling van de stoornis(en)
    -- de verwachte duur van de opname

Na 1.095 dagen kunt u op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) nog recht hebben op deze zorg. Ook kunt u onder voorwaarden al eerder recht hebben op zorg vanuit de Wlz.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts, bedrijfsarts, spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar (als het om een verwijzing binnen de GGZ gaat) of straatdokter
  - Als u begint met de behandeling mag de verwijzing niet ouder zijn dan 9 maanden.
  - De verwijzing moet objectief en onderbouwd zijn. Daarmee is duidelijk dat u een (vermoedelijke) DSM-5 stoornis heeft waarvoor behandeling nodig is in de GGZ.
  - Voor de verwijzing is een diagnostisch gesprek nodig en een betrouwbaar, geldig digitaal hulpmiddel dat de beslissing ondersteunt. Hieruit blijkt welk niveau van zorg bij uw zorgvraag past.
  - De objectivering en de uitkomst van het digitale hulpmiddel horen bij de verwijzing. Deze zijn aanwezig bij uw huisarts of andere verwijzer en ook bij de zorgverlener GGZ.

- ○ Alle bovenstaande gegevens, het behandelplan (behandelvoorstel) en eventuele bijstellingen komen in uw medisch dossier.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Regiebehandelaar stelt vast dat de zorg medisch noodzakelijk is
  De regiebehandelaar kijkt ook of de zorg binnen de GGZ past en zet de verwijzing in een behandelplan. De regiebehandelaar bespreekt dit behandelplan samen met u en stelt dit vast.

Heeft u toestemming nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u bent verzekerd. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel toestemming van ons nodig voorafgaand aan de opname.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling met Esketamine neusspray (Spravato) door een niet-gecontracteerde zorgverlener
- Voor behandeling in het buitenland staat op onze website een aanvraagformulier 'zorg in het buitenland'. Zie hiervoor ook de 'Lijst aanvragen zorg buitenland'

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De indicerend en coördinerend regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg
  De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling en de vaststelling en uitvoering van het behandelplan. Ook sluiten wij aan bij de geldende veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat, als u naar een vrijgevestigde zorgverlener gaat, de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Is de behandeling gestart onder de jeugdwet en gaat die door als u 18 bent? Dan kunt u bij dezelfde regiebehandelaar blijven
  Dit kan voor maximaal 365 dagen vanaf de dag dat u 18 bent geworden. Deze regiebehandelaar is opgenomen in de overgangsregeling van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.
- Hoogspecialistische GGZ krijgt u alleen van een zorgverlener die hiervoor gecontracteerd is
  Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen. Of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. Het is zeer gespecialiseerde zorg die u in een instelling krijgt.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)
  Dit kan een psychiatrische afdeling binnen een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) zijn als het gaat om zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) of het kan een instelling voor gespecialiseerde GGZ zijn als het gaat om zorg onder de Zvw of de Wet langdurige zorg (Wlz).

Wat krijgt u niet vergoed?

- GGZ-zorg omvat zeker niet:
  - ○ psychosociale zorg;
  - ○ neurofeedback;
  - ○ intelligentieonderzoek;
  - ○ begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen;
  - ○ orthopedagogische zorg;
  - ○ hulp bij werk-, school- en relatieproblemen;
  - ○ behandeling van aanpassingsstoornissen;
  - ○ alleen diagnostiek zonder de bedoeling dat GGZ behandeling plaatsvindt;
  - ○ behandeling van obesitas (overgewicht) en eetverslaving. Behalve als de aandoening direct samenhangt met een psychische stoornis die wel in de DSM-5 is opgenomen;
  - ○ keuringen, bijvoorbeeld ten behoeve van rijvaardigheid;
  - ○ medisch psychologische zorg (zie hiervoor artikel B.4.3. 'Medisch specialistische zorg');

- ○ GGZ-zorg door uw huisarts of POH-GGZ (praktijkondersteuner GGZ) vergoeden we niet uit dit artikel maar vanuit het artikel 'Huisartsenzorg gericht op Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) (artikel B.28.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)
  U krijgt algemene geneeskundige zorg (diagnostiek en behandeling). Dit zorgt ervoor dat u stabiel blijft functioneren. Het voorkomt dat uw aandoening, stoornis of beperkingen erger worden. U leert vaardigheden en gedrag om beter om te gaan met de gevolgen van uw aandoening, stoornis of beperking.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP).

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - ○ De zorg is voor kwetsbare mensen die nog thuis wonen.
    U komt in aanmerking als u:
  - ○ tot de groep ouderen behoort en een complexe aandoening heeft, of
  - ○ een chronisch progressieve degeneratieve aandoening heeft, zoals de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington of multiple sclerose, of
  - ○ niet-aangeboren hersenletsel heeft, of
  - ○ een lichte verstandelijke beperking heeft.

Wat zijn de voorwaarden?

- De geleverde zorg moet voldoen aan uitgangspunten, opgesteld door diverse zorgaanbieders, beroepsorganisaties en Zorgverzekeraars Nederland
  U vindt deze op de website van Zorgverzekeraars Nederland bij publicaties, waarbij het gaat om:
  - ○ Uitgangspunten ‘Zorg in een groep’ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) en
  - ○ Uitgangspunten ‘Individuele prestaties’ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP).
- Een multidisciplinair team kan de zorg leveren en staat onder regie van de regiebehandelaar GZSP
  De regiebehandelaar:
  - ○ is een arts verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde.

- is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het zorg- en behandelplan in samenwerking met andere zorgverleners. Deze multidisciplinaire zorg kan individueel of in groepsverband.
- kan voor een landelijk erkend multidisciplinair zorgprogramma ook een BIG-geregistreerde gedragswetenschapper zijn (GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist of klinisch psycholoog).
- legt behandelingen en behandeldoelen vast in het behandelplan.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Voor monodisciplinaire GZSP:
  - specialist ouderengeneeskunde
  - arts voor verstandelijk gehandicapten.
- Voor multidisciplininaire GZSP behandeling:
  - een instelling voor verstandelijk gehandicapten
  - een instelling die verpleging/persoonlijke verzorging en dagbehandeling biedt en voldoet aan de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Wat krijgt u niet vergoed?
- Er is geen sprake van GZSP als:
  - er een klinische opname is.
  - 24 uur zorg/toezicht nodig is.
  - er geen eigen regie meer is.
  - de behandeldoelen zijn behaald of als er geen behandeldoelen meer zijn.
  - er een Wlz-indicatie is.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Huisarts

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Huisartsenzorg voor advies, onderzoek, begeleiding en ketenzorg (artikel B.3.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Huisartsenzorg voor advies, onderzoek, begeleiding en ketenzorg
  Deze zorg omvat onder andere:
  - meekijk- of meedenkconsult;
  - gezondheidsadvisering en preventieve zorg bij bijvoorbeeld stoppen met roken (zie artikel 'Stoppen-met-roken'), problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;
  - behandeling;
  - diagnostiek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
  - aanvraag MRI voor indicaties volgens NHG-richtlijnen en standaarden;
  - preconceptiezorg om zo gezond mogelijk te beginnen aan een zwangerschap;
  - ketenzorg als het gaat om:
  - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
  - (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM) bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
  - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
  - Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor huisartsenzorg voor advies, onderzoek, begeleiding en ketenzorg.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- 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

Wat zijn de voorwaarden?
- Bij ketenzorg declareert de hoofdaannemer
  Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Ketenzorg gebeurt volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Huisarts.
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). U kunt de zorg ook krijgen onder verantwoordelijkheid van een huisarts.
- Zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep.
  De zorgverlener (zoals een praktijkondersteuner, verpleegkundige, physician assistant) werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis).
- Huisarts of andere zorgverlener bij ketenzorg.
  - Bij zorg ingeval van astma of CVRM-VVR (verhoogd vasculair risico) is de zorgverlener aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer;
  - Bij zorg ingeval van COPD, DM type II of CVRM-HVZ voldoet de zorgverlener aan de beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). Of op de locatie waar de zorgverlener (aangesloten bij een hoofdaannemer of in regionaal, multidisciplinair samenwerkingsverband) werkzaam is.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Medische screening of check-up op uw verzoek, dus zonder medische noodzaak
- Advies en vaccinaties voor reizen naar het buitenland
  Deze zorg is in een ander artikel beschreven.
- Attesten, vaccinaties en keuringen zonder medisch doel
  Bijvoorbeeld aanstellings- en beroepskeuringen of keuringen voor uw studie, rijbewijs of vliegbrevet.
- Bevolkingsonderzoek
- Behandeling met een onderwijskundig doel
- Behandeling voor medisch opvoedkundige kwesties

- Intelligentieonderzoek

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Huisartsenzorg voor geneeskundige zorg (artikel B.3.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Huisartsenzorg voor geneeskundige zorg
  Dit is geneeskundige zorg waar wij uw huisarts voor gecontracteerd hebben. Of waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) prestatiebeschrijvingen heeft vastgesteld in de Beleidsregel Overige geneeskundige zorg. Het kan gaan om:
  - (kleine) chirurgische verrichtingen;
  - therapeutische injectie (cyriax);
  - compressietherapie bij open wonden;
  - oogboring;
  - onderzoek van het gehoor (audiometrie);
  - hartfilmpje (ECG-diagnostiek);
  - vaatonderzoek (doppleronderzoek);
  - longfunctiemeting (spirometrie).

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor huisartsenzorg voor geneeskundige zorg.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Huisarts.
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). U kunt de zorg ook krijgen onder verantwoordelijkheid van een huisarts.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Huisartsenzorg voor implanteren of verwijderen van een spiraaltje (IUD) of anticonceptiestaafje (zoals Implanon) (artikel B.3.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Huisartsenzorg voor implanteren of verwijderen van een spiraaltje (IUD) of anticonceptiestaafje (zoals Implanon)

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor huisartsenzorg voor implanteren of verwijderen van een spiraaltje (IUD) of anticonceptiestaafje (zoals Implanon).

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- 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)

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Huisarts.
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). U kunt de zorg ook krijgen onder verantwoordelijkheid van een huisarts.
- Verloskundige
  De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Huisartsenzorg voor koemelkallergie en koemelkallergietest (artikel B.3.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Huisartsenzorg voor koemelkallergie en koemelkallergietest

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor huisartsenzorg voor koemelkallergie en koemelkallergietest.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:

- ○ Er is sprake van een vermoeden van koemelkallergie.

Wat zijn de voorwaarden?
- De koemelkallergietest is een dubbelblinde voedselprovocatietest.
  Deze test gebeurt volgens de geldende richtlijn Voedselovergevoeligheid van Jeugd Gezondheidszorg (JGZ). Onder medisch toezicht zijn sessies testvoeding met of zonder koemelk. Niemand (inclusief u, uw kind en de zorgverlener) weet welke voeding koemelk bevat.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener toetst aan de hand van een artsenverklaring of het recept en u aan de voorwaarden voldoen. Toestemming van ons is dan niet nodig
  De zorgverlener die het dieetpreparaat voorschrijft, vult de artsenverklaring in. Als u het dieetpreparaat bij een niet-gecontracteerde zorgverlener afneemt dan moet de artsenverklaring naar ons en toetsen wij of het recept en u aan de voorwaarden voldoen.
  Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op de website znformulieren onder Farmacie, dieetpreparaten.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Zorgverlener onder verantwoordelijkheid van een jeugdarts.
  Wij hebben schriftelijke afspraken met de zorgverlener over het uitvoeren van deze test.

Wat krijgt u niet vergoed?
- De testperiode voorafgaand aan de definitieve diagnose.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Huisartsenzorg gericht op tuberculose en infectieziekten (artikel B.3.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Huisartsenzorg gericht op tuberculose en infectieziekten
  Hierbij kan sprake zijn van verwijzen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden. U kunt ook een Mantoux-test krijgen.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor huisartsenzorg gericht op tuberculose en infectieziekten.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- 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

Wat zijn de voorwaarden?
- Alleen een gecontracteerde GGD kan een mantouxtest bij tuberculose en infectieziekten (op consultbasis) declareren.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Gekwalificeerde en landelijk geregistreerde arts.
  Volgens Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG. Dit is bijvoorbeeld een arts infectieziektenbestrijding in dienst van een GGD.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Mantouxtest bij preventie voor een reis naar het buitenland
  Deze zorg is beschreven in het artikel 'Preventie voor reizen naar buitenland'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Huisartsenzorg voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (artikel B.3.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Huisartsenzorg voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
  - aanvraag verkennend gesprek GGZ;
  - zorg bij lichte psychisch klachten als u (nog) geen stoornis heeft volgens de criteria van de DSM-5;
  - preventieve zorg bij klachten die kunnen leiden tot een psychische stoornis, een paniekstoornis of problematisch alcoholgebruik;
  - zorg bij vermoeden van een lichte psychiatrische stoornis. De stoornis is niet complex, heeft een laag risico en de ziekteverschijnselen zijn van korte duur;
  - zorg en begeleiding bij een stabiele chronische situatie in een GGZ problematiek met een laag risico op terugval en die niet crisisgevoelig is.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor huisartsenzorg voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft psychische klachten of verslavingsproblemen.

Wat zijn de voorwaarden?
- Om vast te stellen of een huisarts u kan behandelen, zijn de uitkomsten van een oriënterend onderzoeksformulier en een diagnostisch gesprek nodig

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Huisarts, bij voorkeur ondersteund door de Praktijk Ondersteuner GGZ (POH GGZ).
  De zorg krijgt u (onder verantwoordelijkheid) van een huisarts. Dit is een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis).
- Via internet door middel van een programma dat wij hebben erkend.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Consulten en behandelingen voor een psychische of psychiatrische stoornis, waarvoor behandeling nodig is in de Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) met of zonder opname
  Deze zorg is beschreven in het artikel 'Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)'; uw huisarts kan u verwijzen.
- Behandeling voor medisch opvoedkundige kwesties
- Behandeling met een onderwijskundig doel
- Intelligentieonderzoek

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Huisartsenzorg voor Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) vanaf 18 jaar (artikel B.3.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Huisartsenzorg voor Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) voor volwassenen
  De zorg is gericht op gedragsverandering om daarmee een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden. Het is een combinatie van:
  - advies en begeleiding bij voeding en eetgewoontes;
  - advies en begeleiding bij gezond bewegen. Dit is het aanzetten en motiveren tot bewegen, het monitoren van de voortgang en het verwijzen naar beweegaanbod in het sociale domein;
  - advies en begeleiding bij (het aanzetten tot) blijvende gedragsverandering gericht op het krijgen en behouden van een gezonde leefstijl;
  - zorginhoudelijke terugkoppeling naar de verwijzende zorgverlener over de voortgang;
  - evaluatie met een inventarisatie van uw wensen voor een mogelijke onderhoudsfase.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder; bij uitzondering 16 of 17 jaar als de huisarts dit passende zorg vindt. : vergoeding van 100% voor huisartsenzorg voor Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) vanaf 18 jaar.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:

- ○ U heeft een matig verhoogd gewichtsgerelateerd risico (GGR) volgens de multidisciplinaire richtlijn: Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen.
  Eén van deze situaties geldt voor u:
- ○ een BMI tussen 25 en 35 in combinatie met een grote buikomvang. Voor vrouwen is dat 88 cm of meer. Voor mannen is dat 102 cm of meer.
- ○ een BMI tussen 25 en 35 én een of meer ziekten die met overgewicht samenhangen (comorbiditeit).
- ○ een BMI vanaf 35.

Wat zijn de voorwaarden?
- U kunt pas deelnemen aan de onderhoudsfase als u de behandelfase volledig heeft doorlopen
- De zorg krijgt u in de vorm van een door ons erkend zorgprogramma. U kunt deze vinden op onze website
  Als u tijdens het zorgprogramma overstapt naar een andere zorgverzekeraar kunt u met het programma doorgaan op kosten van uw nieuwe zorgverzekeraar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft alleen toestemming van ons nodig als u deze zorg eerder heeft gehad en u er nog een keer gebruik van wil maken

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Leefstijlcoach
  Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in het Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ), Individueel Register Fysiotherapie (IRF)/Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) of Kwaliteitsregister Paramedici (KP) verleent in afstemming met en terugkoppeling aan de verwijzend zorgverlener de zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?
- (Begeleiding bij) bewegen of sporten
- Dagbehandeling en/of opname
- Diëtetiek tegelijk met GLI voor dezelfde indicatie

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas (artikel B.3.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas
  Deze zorg en ondersteuning bestaat uit:
  - ○ Een uitgebreid vraaggesprek om te begrijpen welke factoren een rol spelen bij het overgewicht.
  - ○ Coördinerende rol van de centrale zorgverlener en het opstellen van het plan van aanpak .
  - ○ Een Gecombineerde Leefstijl Interventie-programma (GLI) van maximaal 24 maanden. Dit programma richt zich op gedragsverandering om een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden. U krijgt advies over gezonde voeding, eetgewoontes en bewegen.

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van 100% maximaal 3,5 jaar voor ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft overgewicht of obesitas.
    Het gaat om ten minste een matig verhoogd gewichtgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de multidisciplinaire richtlijn: Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen.
    Als bij u sprake is van een licht verhoogd GGR dan vergoedt het gemeentelijk domein de zorg.

Wat zijn de voorwaarden?
- Er moet een plan van aanpak zijn waarin een GLI programma is opgenomen
- Als u tijdens het traject 18 jaar wordt mag u het traject afmaken.
- Als er geen recht is op vergoeding vanuit deze zorg, kunt u mogelijk voor zorg en ondersteuning terecht bij uw gemeente
- De zorg is onderdeel van de 'Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht of obesitas'
  De betrokken zorgverleners maken aantoonbaar samenwerkingsafspraken met het sociaal domein.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Kinderarts
- Jeugdarts
- Jeugdverpleegkundige

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig als de zorg tussentijds stopt en later opnieuw opstart

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Centrale zorgverlener voor het vraaggesprek en de coördinatie, begeleiding en nazorg
  Dit is een BIG-geregistreerde HBO-jeugdverpleegkundige met een opleiding tot centrale zorgverlener. De opleiding is van de ‘Netherlands School of Public & Occupational Health’ (NSPOH) of van ‘Your Coach Next Door’ (YCND). Op onze website kunt u zien bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of u kunt deze bij ons opvragen.
- HBO geschoolde kinderleefstijlcoach voor het GLI programma
  Deze coach is geregistreerd bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) en heeft een aanvullende opleiding tot kinderleefstijlcoach gevolgd bij ‘Your Coach Next Door’ (YCND). Op onze website kunt u zien bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of u kunt deze bij ons opvragen.

Wat krijgt u niet vergoed?
- De overstap naar een GLI-traject voor volwassenen als u tijdens het traject 18 jaar wordt
- Een vervolgtraject GLI voor volwassenen na het traject voor kinderen
- (Begeleiding bij) bewegen of sporten
- Diëtetiek tegelijk met GLI voor dezelfde indicatie

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Hulpmiddelen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Haarwerken/pruiken (artikel B.17.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Haarwerken/pruiken

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 497,50 maximaal voor haarwerken/pruiken.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U lijdt aan gehele of gedeeltelijke kaalheid door een medische aandoening of medische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
  Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
  Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.
- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
  Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
  Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kunnen wij vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel geven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, adequaat hulpmiddel; de hulpmiddelenleverancier stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Behandelend arts

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet erkend zijn volgens de Erkenningsregeling Haarwerken van SEMH of ANKO sectie haarwerken.
  SEHM is Stichting Erkenningsregeling Medische Hulpmiddelen. ANKO is Algemene Nederlandse Kappers Organisatie.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Haarwerk bij klassieke mannelijke kaalheid (alopecia androgenetica)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Hoortoestellen (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Hoortoestellen

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van 100% voor hoortoestellen.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een revalideerbaar oor met een drempelverlies van minstens 35dB.
    Deze waarde is verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen.
  - U lijdt aan ernstig oorsuizen.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het audiogram is niet ouder dan 12 maanden
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol
- Het hoortoestel is opgenomen in de landelijke hoortoestellendatabase
  U kunt in aanmerking komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, als:
  - er tenminste 2 verschillende toestellen uit deze database uitgeprobeerd zijn en
  - er een adequate motivatie van de audioloog van het Audiologisch Centrum is waaruit blijkt dat een toestel binnen de database voor u niet voldoet.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
  Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
  Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
  Onder functionerend hulpmiddel verstaan wij dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruikersinstructie en krijgt u ook batterijen, accu's of een oplader vergoed, als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
  Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn.
- U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken.
  Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode.
  Gaat u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier? U bent zelf verantwoordelijk voor aanpassingen en reparaties binnen deze periode.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tot 18 jaar: Audiologisch centrum
- Van 18 tot 67 jaar bij hoortoestel-dragenden: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister
- Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoestel-dragenden: kno-arts of audiologisch centrum
- Vanaf 67 jaar: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister
  .

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- Voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, heeft u toestemming van ons nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier is een triage audicien die geregistreerd is bij het StAr of het CvC Audiciensregister
  Deze hulpmiddelenleverancier werkt volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Extra (of vervanging van) batterijen, accu's en oplader

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Hoortoestellen (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Hoortoestellen

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 75% voor hoortoestellen.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Een wettelijke eigen bijdrage van 25%
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een revalideerbaar oor met een drempelverlies van minstens 35dB.
    Deze waarde is verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen.
  - U lijdt aan ernstig oorsuizen.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het audiogram is niet ouder dan 12 maanden
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol
- Het hoortoestel is opgenomen in de landelijke hoortoestellendatabase
  U kunt in aanmerking komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, als:
  - er tenminste 2 verschillende toestellen uit deze database uitgeprobeerd zijn en
  - er een adequate motivatie van de audioloog van het Audiologisch Centrum is waaruit blijkt dat een toestel binnen de database voor u niet voldoet.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
  Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
  Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.
- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
  Onder functionerend hulpmiddel verstaan wij dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruikersinstructie en krijgt u ook batterijen, accu's of een oplader vergoed, als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
  Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn.
- U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken.
  Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode.
  Gaat u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier? U bent zelf verantwoordelijk voor aanpassingen en reparaties binnen deze periode.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tot 18 jaar: Audiologisch centrum
- Van 18 tot 67 jaar bij hoortoestel-dragenden: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister
- Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoestel-dragenden: kno-arts of audiologisch centrum
- Vanaf 67 jaar: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister

.

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- Voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, heeft u toestemming van ons nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier is een triage audicien die geregistreerd is bij het StAr of het CvC Audiciensregister
  Deze hulpmiddelenleverancier werkt volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Extra (of vervanging van) batterijen, accu's en oplader

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Overige hulpmiddelen: Ringleidingen, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en streamers (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Ringleidingen, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en streamers

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor overige hulpmiddelen: Ringleidingen, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en streamers.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een revalideerbaar oor met een drempelverlies van minstens 35dB.
    Deze waarde is verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen.
  - U lijdt aan ernstig oorsuizen.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het audiogram is niet ouder dan 12 maanden

- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tot 18 jaar: Audiologisch centrum
- Van 18 tot 67 jaar bij hoortoestel-dragenden: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister
- Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoestel-dragenden: kno-arts of audiologisch centrum
- Vanaf 67 jaar: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister
  .

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft toestemming van ons nodig als er een extra voorziening nodig is
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier is een triage audicien die geregistreerd is bij het StAr of het CvC Audiciensregister
  Deze hulpmiddelenleverancier werkt volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Absorberend incontinentiemateriaal (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Absorberend incontinentiemateriaal

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor absorberend incontinentiemateriaal.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U bent 3 of 4 jaar oud en heeft een niet-fysiologische (niet-natuurlijke) vorm van incontinentie.

  - U bent 5 jaar of ouder en heeft langdurig of chronisch ongewild verlies van urine of ontlasting.
    Deze incontinentie geneest niet binnen korte tijd vanzelf en kan niet binnen redelijke tijd voldoende behandeld worden. Ook bekkenbodemspieroefeningen of blaastrainingen (bekkenbodemtherapie) helpen niet.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
  Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
  Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.
- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
  Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
  Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kunnen wij vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel geven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, adequaat hulpmiddel; de hulpmiddelenleverancier stelt vast of dit zo is.
- Als bekkenbodemtherapie zou kunnen helpen bij uw vorm van incontinentie dan is vergoeding pas mogelijk op het moment dat u met deze therapie start
  Afhankelijk van de aard van de incontinentie, kan bekkenbodemtherapie uw klachten verhelpen.
  We kunnen toestemming geven voor absorberende incontinentiematerialen die u op uw lichaam draagt als u ook daadwerkelijk bereid bent deze therapie te volgen. Het moet dan wel gaan om situaties waarin wij het volgen van deze therapie redelijkerwijs van u kunnen verlangen. Bent u hier niet toe bereid dan bent u niet aangewezen op incontinentiemateriaal want dan is dit niet doelmatig.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist
- Physician assistant
- Verpleegkundig specialist Master niveau 6
- UCS verpleegkundige HBO 6
  Deze zorgverlener mag een verwijsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.
- Continentieverpleegkundige MBO 4
  Deze zorgverlener mag een verwijsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste levering voor kinderen tussen de 3 en 5 jaar oud heeft u toestemming van ons nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg

Wat krijgt u niet vergoed?
- Schoonmaak- en geurmiddelen
- Huidbeschermende middelen
- Kleding (behalve netbroekjes)
- Plaswekker voor behandeling van enuresis nocturna (nachtelijk bedplassen)
- Beschermende onderleggers (behalve bij een bijzondere individuele zorgvraag)
- Incontinentiemateriaal bij enureses nocturna (nachtelijk bedplassen)

- Incontinentiemateriaal bij kortdurende incontinentie
  Bijvoorbeeld na een operatie, zwangerschap of blaasontsteking.
- Kinderen tot 3 jaar hebben nooit recht op vergoeding

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Stomamateriaal (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Stomamateriaal

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor stomamateriaal.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Medisch specialist
- Stomaverpleegkundige

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-s

Wat krijgt u niet vergoed?
- Schoonmaak- en geurmiddelen
- Kleding

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Katheters met toebehoren (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Katheters met toebehoren
  Klinisch ingebrachte katheters vallen onder de bekostiging van het ziekenhuis.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor katheters met toebehoren.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist
- Physician assistant
- Verpleegkundig specialist Master niveau 6
- UCS verpleegkundige HBO 6
  Deze zorgverlener mag een verwijsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.
- Continentieverpleegkundige MBO 4
  Deze zorgverlener mag een verwijsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg

Wat krijgt u niet vergoed?
- Schoonmaak- en geurmiddelen
- Huidbeschermende middelen
- Kleding (behalve netbroekjes)
- Beschermende onderleggers (behalve bij een bijzondere individuele zorgvraag)
- Incontinentiemateriaal bij kortdurende incontinentie
  Bijvoorbeeld na een operatie, zwangerschap of blaasontsteking.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Orthopedische schoenen (artikel B.17.10.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Orthopedische schoenen

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 16 jaar: vergoeding van 100% voor orthopedische schoenen.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Wettelijke eigen bijdrage € 67,50 per paar
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
  Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
  Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.
- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
  Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
  Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kunnen wij vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel geven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, adequaat hulpmiddel; de hulpmiddelenleverancier stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Medisch specialist
- Physician assistant
- Verpleegkundig specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft toestemming van ons nodig bij vroegtijdige vervanging
- U heeft toestemming van ons nodig voor voorlopige orthopedische schoenen (VLOS)
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet erkend zijn volgens de Erkenningsregeling Orthopedische Schoentechnische Bedrijven (OSB)

Wat krijgt u niet vergoed?
- Werkschoenen
- Hulpmiddelen die u alleen bij sporten gebruikt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Orthopedische schoenen (artikel B.17.10.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Orthopedische schoenen

Wat is uw vergoeding?
- U bent 16 jaar of ouder: vergoeding van 100% voor orthopedische schoenen.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Wettelijke eigen bijdrage € 135,- per paar
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie
  Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De hulpmiddelenleverancier let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.
  Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.
- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel
  Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
  Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kunnen wij vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel geven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, adequaat hulpmiddel; de hulpmiddelenleverancier stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Medisch specialist
- Physician assistant
- Verpleegkundig specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft toestemming van ons nodig bij vroegtijdige vervanging
- U heeft toestemming van ons nodig voor voorlopige orthopedische schoenen (VLOS)
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet erkend zijn volgens de Erkenningsregeling Orthopedische Schoentechnische Bedrijven (OSB)

Wat krijgt u niet vergoed?
- Werkschoenen
- Hulpmiddelen die u alleen bij sporten gebruikt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Trippelstoel (artikel B.17.10.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Trippelstoel

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor trippelstoel.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Voor de kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel geldt wel eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U kunt zich alleen zittend verplaatsen en u heeft een gestoorde hand- of armfunctie waardoor het gebruik van andere loophulpmiddelen niet mogelijk is.
  - U kunt zich niet zonder gebruik van handen staande houden.

Wat zijn de voorwaarden?
- Een trippelstoel kan ingezet worden voor beperkte of onzekere duur of voor langdurig gebruik
- Alleen voor gebruik binnenshuis

- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Trippelstoel voor beperkte of onzekere duur:
  - behandelend arts (specialist/huisarts)
  - (wijk/transfer) verpleegkundige
  - verpleegkundig specialist
  - physician assistant
  - ergotherapeut

  Een rapportage van een ergotherapeut is niet nodig.
- Trippelstoel voor langdurig gebruik:
  - Behandelend arts met adviesrapportage van ergotherapeut
  - Physician assistant met adviesrapportage van ergotherapeut
  - Verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde met adviesrapportage van ergotherapeut
  - Ergotherapeut met adviesrapportage van ergotherapeut.

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor een trippelstoel voor langdurig gebruik
- Voor kortdurend gebruik bepaalt de gecontracteerde hulpmiddelenlevenancier of aan de voorwaarden wordt voldaan
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg

Wat krijgt u niet vergoed?
- Gebruik bij uitsluitend sta-problemen

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in bruikleen (begrippen)

Brillenglazen en filterglazen (artikel B.17.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Brillenglazen
- Filterglazen
  Dit zijn speciale, gekleurde glazen met een medische filter die bepaalde delen van licht filteren, maar geen zonnebrillen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van 100% voor brillenglazen en filterglazen.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- 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

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een medische indicatie voor lenzen maar het dragen van lenzen is niet wenselijk, zoals bijvoorbeeld:.
  - een hoge refractieafwijking (>10 dioptrie);
  - grote verschillen in sterkte tussen linker- en rechteroog (>4 dioptrie);
  - sterke cilindervorming (>4 dioptrie);
  - keratoconus en hoornvliestransplantatie.
  - U heeft een pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.
  - U heeft een operatie aan één of beide ogen ondergaan wegens een lensafwijking.
  - U heeft een zuivere accommodatieve esotropie.

Wat zijn de voorwaarden?
- Brillenglazen en filterglazen zijn op sterkte en dienen voor visuscorrectie
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- U heeft een verwijzing met medische diagnose van een oogarts nodig

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor de eerste verstrekking
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet een opticien zijn met een diploma orthoptist of optometrist

Wat krijgt u niet vergoed?
- Brilmontuur
- Meekleurende glazen, zonnebrilglazen
- Bewerkingen van het glas zoals coatings en ontspiegeling
- Preventieve inzet bij de behandeling van pathologische myopie waarbij de refractieafwijking minder is dan -6 dioptrie

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Lenzen (met visuscorrectie) (artikel B.17.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Contactlenzen met visuscorrectie
- Scleralenzen met visuscorrectie
  Een scleralens is een grote harde lens in de vorm van een hoedje. De lens rust op het oogwit en maakt geen contact met het hoornvlies, zoals normale lenzen dat wel doen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Bandagelenzen met visuscorrectie
  Dit zijn speciale lenzen om het oog te beschermen. De lenzen blijven, tenzij anders aangegeven, gedurende een bepaalde periode dag en nacht in uw oog. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Gekleurde en ingekleurde contactlenzen
  Dit zijn speciale handgekleurde en op maat gemaakte contactlenzen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig. Gekleurde lenzen voor cosmetische doeleinden vallen hier niet onder.
- Daglenzen
  Maar alleen als een ander type lens om medische reden niet mogelijk is.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor lenzen (met visuscorrectie).

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Wettelijke eigen bijdrage € 66,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing
- Wettelijke eigen bijdrage € 132,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een medische aandoening of trauma waarbij met lenzen meer verbetering mogelijk is dan met brillenglazen. Het gaat om verbetering in gezichtsscherpte of kwaliteit van visus bij bijvoorbeeld:.
  - een hoge refractieafwijking (>10 dioptrie);
  - grote verschillen in sterkte tussen linker- en rechteroog (>4 dioptrie);
  - sterke cilindervorming (>4 dioptrie);
  - keratoconus en hoornvliestransplantatie.

Wat zijn de voorwaarden?
- Contactlenzen, scleralenzen en bandagelenzen zijn op sterkte en dienen voor visuscorrectie
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- U heeft een verwijzing met medische diagnose van een oogarts nodig

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking van bandagelenzen of contactlenzen bij bepaalde indicaties heeft u toestemming van ons nodig
  Uw hulpmiddelenleverancier informeert u hier verder over.
- Voor de eerste levering van scleralenzen, gekleurde en ingekleurde contactlenzen beoordeelt een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig

- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet een opticien zijn met een diploma contactlensspecialist of optometrist

Wat krijgt u niet vergoed?
- Preventieve inzet bij de behandeling van pathologische myopie waarbij de refractieafwijking minder is dan -6 dioptrie

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Lenzen (met visuscorrectie) (artikel B.17.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Contactlenzen met visuscorrectie
- Scleralenzen met visuscorrectie
  Een scleralens is een grote harde lens in de vorm van een hoedje. De lens rust op het oogwit en maakt geen contact met het hoornvlies, zoals normale lenzen dat wel doen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Bandagelenzen met visuscorrectie
  Dit zijn speciale lenzen om het oog te beschermen. De lenzen blijven, tenzij anders aangegeven, gedurende een bepaalde periode dag en nacht in uw oog. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig.
- Gekleurde en ingekleurde contactlenzen
  Dit zijn speciale handgekleurde en op maat gemaakte contactlenzen. U heeft hiervoor een medische indicatie nodig. Gekleurde lenzen voor cosmetische doeleinden vallen hier niet onder.
- Daglenzen
  Maar alleen als een ander type lens om medische reden niet mogelijk is.

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van 100% voor lenzen (met visuscorrectie).

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- 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

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:

- ○ U heeft een medische aandoening of trauma waarbij met lenzen meer verbetering mogelijk is dan met brillenglazen. Het gaat om verbetering in gezichtsscherpte of kwaliteit van visus bij bijvoorbeeld:.
- ○ een hoge refractieafwijking (>10 dioptrie);
- ○ grote verschillen in sterkte tussen linker- en rechteroog (>4 dioptrie);
- ○ sterke cilindervorming (>4 dioptrie);
- ○ keratoconus en hoornvliestransplantatie.
- ○ U heeft een pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.

Wat zijn de voorwaarden?
- Contactlenzen, scleralenzen en bandagelenzen zijn op sterkte en dienen voor visuscorrectie
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- U heeft een verwijzing met medische diagnose van een oogarts nodig

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking van bandagelenzen of contactlenzen bij bepaalde indicaties heeft u toestemming van ons nodig
  Uw hulpmiddelenleverancier informeert u hier verder over.
- Voor de eerste levering van scleralenzen, gekleurde en ingekleurde contactlenzen beoordeelt een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet een opticien zijn met een diploma contactlensspecialist of optometrist

Wat krijgt u niet vergoed?
- Preventieve inzet bij de behandeling van pathologische myopie waarbij de refractieafwijking minder is dan -6 dioptrie

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Pessaria (artikel B.17.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Pessaria

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 21 jaar: vergoeding van 100% voor pessaria.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw huisarts plaatst het anticonceptiemiddel
  Als een medisch specialist het hulpmiddel plaatst, valt het onder het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Spiraaltje (artikel B.17.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Spiraaltje

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 21 jaar: vergoeding van 100% voor spiraaltje.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw huisarts plaatst het koperhoudende spiraaltje
  Als een medisch specialist het hulpmiddel plaatst, valt het onder het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist
- Verloskundige

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Bloedglucosemeter (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Bloedglucosemeter

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor bloedglucosemeter.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U bent insuline afhankelijk of nagenoeg uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen.

Wat zijn de voorwaarden?
- Bloedglucosemeter moet voldoen aan de eisen uit het consensusdocument kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet diabeteshulpmiddelen
  Bloedglucosemeter van niet gecontracteerde hulpmiddelenleverancier moet voldoen aan de norm: norm ISO 15197:2013.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Insulinepomp en toebehoren (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Insulinepomp en toebehoren

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor insulinepomp en toebehoren.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Afhankelijk van het hulpmiddel krijgt u dit in bruikleen of in eigendom

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?
- Extra (of vervanging van) batterijen, accu's en oplader
- Pomphouder, pomptasje of beschermhoesje
  U krijgt dit bij eerste levering, daarna is het voor eigen rekening of is het service van de productleverancier.
- Een nieuw hulpmiddel binnen de gebruikstermijn omdat er nieuwe technische ontwikkelingen zijn

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in bruikleen (begrippen)
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Vingerprikapparatuur voor zelf afnemen van bloed (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Vingerprikapparatuur voor zelf afnemen van bloed

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor vingerprikapparatuur voor zelf afnemen van bloed.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U bent insuline afhankelijk of nagenoeg uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen.

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Teststrips (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Teststrips

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor teststrips.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:

    - U bent insuline afhankelijk of nagenoeg uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen.

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Injectiemateriaal voor het toedienen van insuline (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Injectiemateriaal voor het toedienen van insuline

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor injectiemateriaal voor het toedienen van insuline.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
    - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
    - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
    - U bent insuline afhankelijk of nagenoeg uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen.

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Glucose monitor: Flash Glucose Monitoring (FGM) (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Glucose monitor: Flash Glucose Monitoring (FGM)

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor glucose monitor: Flash Glucose Monitoring (FGM).

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft diabetes mellitus type 1.
  - U heeft diabetes mellitus type 2 met een intensief insulineschema.
  - U heeft diabetes mellitus type 2 en bent zwanger.
    U gebruikt wel insuline maar heeft geen intensief insulineschema.

- U heeft preconceptionele diabetes type 2 en een zwangerschapswens.
  U gebruikt wel insuline maar heeft geen intensief insulineschema.

Wat zijn de voorwaarden?
- De voorwaarden van het meest recente ZN formulier zijn het uitgangspunt
- Als u kunt aantonen dat u geen geschikte telefoon heeft, is vergoeding van een reader mogelijk
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Glucose monitor: Real time Continue Glucose Monitoring (rt-CGM) (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Glucose monitor: Real time Continu Glucose Monitoring (rt-CGM)

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor glucose monitor: Real time Continue Glucose Monitoring (rt-CGM).

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft diabetes mellitus type 1 en bent jonger dan 18 jaar.
  - U heeft slecht ingestelde diabetes type 1: ondanks standaard controle heeft u een blijvend hoog HbA1c (meer dan 8% of hoger dan 64 mmol/mol).
  - U heeft diabetes mellitus type 1 of 2 en bent zwanger.
  - U heeft preconceptionele diabetes type 1 of 2 en een zwangerschapswens.
  - U heeft diabetes mellitus type 1 en ernstige hypoglykemieën en/of u bent ongevoelig om hypoglykemieën waar te nemen (hypo-unawareness).

Wat zijn de voorwaarden?
- De voorwaarden van het meest recente ZN formulier zijn het uitgangspunt
- Als u kunt aantonen dat u geen geschikte telefoon heeft, is vergoeding van een reader mogelijk
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Kinderarts
- Internist
- Endocrinoloog
- Diabetoloog

Heeft u toestemming nodig?
- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft minimaal een SEMH certificaat onderdeel DISW-d

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in eigendom (begrippen)

Persoonsalarmering (artikel B.17.23.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Persoonsalarmering

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor persoonsalarmering.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Voor de kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel geldt wel eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Alle onderstaande medische indicaties of situaties gelden voor u:
  - U heeft een lichamelijke handicap en medische noodzaak tot directe medische of technische hulp van buitenaf in geval van nood.
  - U bent voor langere tijd op uzelf aangewezen.
  - In nood kunt u de telefoon niet zelfstandig bedienen.

Wat zijn de voorwaarden?
- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Behandelend arts

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor de eerste verstrekking
- U heeft altijd toestemming van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier gaat
  Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Op onze website kunt u zien bij welke hulpmiddelenleverancier u terecht kunt voor deze zorg
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft het certificaat Ketenkeurmerk Persoonsgebonden Alarmeringsdiensten.
  Deze hulpmiddelenleverancier is volgens dit keurmerk van WDTM-QAEH gecertificeerd voor minimaal de rol van Aanbieder. Hij werkt samen met partijen die gecertificeerd zijn voor de rol van Leverancier (fabrikant), Installateur en Zorgcentrale binnen dit keurmerk. Deze samenwerking is contractueel vastgelegd en aantoonbaar aan ons.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Abonnementskosten voor (professionele) alarmopvolging van de alarmcentrale
- De alarmeringsapparatuur als u een Wlz-indicatie heeft

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zie ook:
- Hulpmiddelen in bruikleen (begrippen)

Kortdurend verblijf in een instelling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Kortdurend verblijf in een instelling (artikel B.27.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Kortdurend verblijf in een instelling
  - is gericht op herstel en terugkeer naar huis. Het gaat niet om medisch-specialistische zorg maar eerstelijnszorg onder verantwoordelijkheid van een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten of
  - kan in uw laatste levensfase en wordt palliatieve terminale zorg genoemd. U kunt hier gebruik van maken als uw behandeld arts aangeeft dat uw levensverwachting 3 maanden of korter zal zijn.

Kortdurend verblijf in een instelling bestaat uit:
- verpleging en verzorging, die 24 uur beschikbaar is;
- geneeskundige zorg;
- psychologische zorg die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf;
- fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek of ergotherapie die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 3 maanden maximaal, verlenging is mogelijk als het doel hiervan is onderbouwd in een zorgplan voor kortdurend verblijf in een instelling.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Verblijf in een instelling is medisch noodzakelijk en zorg thuis is niet veilig of verantwoord.
    Dit komt bijvoorbeeld omdat uw toestand niet stabiel is of omdat observatie nodig is voordat de diagnose duidelijk is.

Wat zijn de voorwaarden?
- Medicijnen en dieetpreparaten tijdens dit verblijf vergoeden wij volgens de artikelen 'Medicijnen' en 'Dieetpreparaten'
- Geneeskundige zorg (inclusief diagnostiek) door de huisarts vergoeden wij volgens artikel 'Huisarts'

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Huisarts
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

- Specialist ouderengeneeskunde.
  Een arts die als specialist ouderengeneeskunde is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
- Arts verstandelijk gehandicapten
  Dit is een arts die als arts verstandelijk gehandicapten is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Waar vindt de behandeling plaats?
- Een instelling die verpleging en persoonlijke verzorging biedt en voldoet aan de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)
  Deze instelling heeft ten minste één medewerker in dienst met een AGB-code 'Verpleegkundige niveau 4 of 5'.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Zorg op grond van de Jeugdwet, Wlz en/of Wmo
  - Als u met een Wlz-indicatie zorg krijgt in uw eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
  - Als sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;
  - Als u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg (GGZ) nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Logopedie en stottertherapie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Logopedie (artikel B.10.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Logopedie
  De logopedie heeft een geneeskundig doel.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor logopedie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Het gaat om herstellen, verbeteren of onderhouden van de functie van uw gehoor, stem of spraak
  Of het gaat om noodzakelijk reguleren van uw ademhaling voor de stemgeving.
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen

- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- U heeft voor de start van de behandeling een verwijzing nodig als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener
- U heeft altijd een verwijzing nodig als behandeling thuis noodzakelijk is
- Deze zorgverleners mogen de verwijzing geven:
  Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist, klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum, of verpleegkundig specialist.

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig als meerdere behandelingen op één dag nodig zijn

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Logopedist.
  Uw zorgverlener heeft als logopedist de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Logopedist die aangesloten is bij ParkinsonNet
  De logopedist moet hierbij aangesloten zijn als u de zorg krijgt omdat u de diagnose ziekte van Parkinson heeft.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Stottertherapie volgens de methode Del Ferro, B.O.M.A., Hausdörfer Instituut voor Natuurlijk Spreken
- Behandeling met een onderwijskundig doel
- Behandeling of onderzoek dat te maken heeft met dyslexie
- Behandeling van taalontwikkelingsstoornis en/of articulatieprobleem in verband met anderstaligheid en dialect
- Screening, intake of diagnose zonder de bedoeling om te behandelen

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Medicijnen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Medicijnen uit het GVS (artikel B.15.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Medicijnen uit het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)
  In het GVS beschrijft de minister van VWS:
  - welke farmaceutische zorg en medicijnen krijgen een volledige vergoeding; en
  - voor welke zorg geldt een wettelijke eigen bijdrage (u moet dan zelf een deel betalen); en
  - welke voorwaarden gelden daarbij.

Het GVS bestaat uit meerdere bijlagen. U vindt ze op de website van de overheid.nl (zoek in de titel op Regeling zorgverzekering, klik deze aan en ga via hoofdstuk 8 naar de bijlages). U bent verzekerd voor de medicijnen uit:
  - Bijlage 1A: dit zijn geregistreerde medicijnen die onderling vervangbaar zijn. Onderling vervangbare medicijnen worden op dezelfde manier toegediend, bij soortgelijke indicaties ingezet en zijn in het algemeen voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie.

- Bijlage 1B: dit zijn geregistreerde medicijnen die niet onderling vervangbaar zijn omdat ze andere eigenschappen hebben. De werking en de indicatie waarvoor u het middel gebruikt zijn bijvoorbeeld anders.
- Bijlage 2: dit zijn geregistreerde medicijnen met specifieke vergoedingsvoorwaarden (bijvoorbeeld voor de indicatie). De minister van VWS wijzigt deze medicijnen en voorwaarden regelmatig. Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op de website znformulieren.
- Bijlage 3: dit zijn magistrale bereidingen en beschrijven we in het artikel ‘Medicijnen die de apotheek zelf maakt'.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor medicijnen uit het GVS.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- 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, ook bij een voorkeursmedicijn
- U betaalt geen eigen risico als het gaat om middelen bij een Stoppen-met-roken programma; zie artikel 'Stoppen-met-roken'

Wat zijn de voorwaarden?

- Advisering en begeleiding is onderdeel van de levering van uw medicijn
  Het gaat hierbij om:
  - de terhandstelling: samenstellen en controleren van uw medicijn als u het ophaalt of laat bezorgen;
  - het begeleidingsgesprek: uitleg over het gebruik als u een nieuw medicijn krijgt of als u een medicijn langer dan 12 maanden niet heeft gebruikt;
  - uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
  - farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.
  - extra kosten, bijvoorbeeld als de apotheker uw medicijn zelf moet maken of als het gaat om deellevering of weekend- of avondtarief.
- Voor medicijnen uit de groep van onderling vervangbare medicijnen (bijlage 1A) geldt een vergoedingslimiet
  De overheid heeft voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen een maximum vergoeding vastgesteld. Is uw voorgeschreven middel uit die groep duurder? Dan moet u de meerprijs als ‘eigen bijdrage’ zelf betalen.
- Binnen de groep van onderling vervangbare medicijnen (bijlage 1A) bent u alleen verzekerd voor voorkeursmedicijnen
  De werkzame stof bepaalt de werking van een medicijn. Vaak zijn er meerdere medicijnen met dezelfde werkzame stof en dezelfde werking voor verschillende prijzen. Binnen deze groep van onderling vervangbare medicijnen selecteren wij op basis van de beste prijs één of meerdere medicijnen als voorkeursmedicijn. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursmedicijn. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof beschikbaar voor u. Het voorkeursbeleid geldt ook als u in Nederland woont maar uw medicijnen liever in het buitenland koopt, bijvoorbeeld omdat u in de grensstreek woont.

- Een ander medicijn dan een voorkeursmedicijn kan alleen bij medische noodzaak
  U kunt bijwerkingen of een intolerantie hebben voor een medicijn van een bepaalde fabrikant. Als na 15 dagen gebruik de onacceptabele bijwerkingen niet over zijn, moet u contact opnemen met uw apotheker. Uw apotheker onderzoekt eventueel samen met uw arts of het nodig is dat u een ander medicijn uit het GVS gebruikt dan een voorkeursmedicijn. Dat andere medicijn mag niet onnodig duur zijn en is meestal niet het originele merkmedicijn.
  Als uw arts vindt dat behandeling met een door ons aangewezen medicijn (van de 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen') medisch niet verantwoord is, kan hij dat op het recept aangeven met 'Medische Noodzaak'. Op grond van artikel 2.8 lid 4 van het Besluit zorgverzekering heeft u dan recht op vergoeding van het medicijn dat door uw arts voorgeschreven is.
- Medicijnen krijgt u alleen op recept (behandelvoorstel) voor een bepaalde periode
  Per recept gelden deze maximale leveringsperiodes (als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode):
  - 15 dagen of de kleinste verpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
  - 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
  - 1 maand voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
  - 1 maand voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet, behalve ADHD middelen waarvoor maximaal 3 maanden geldt;
  - 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
  - 12 maanden voor de pil (orale anticonceptiemiddelen) en insuline;
  - 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.
- Levering van medicijnen mag alleen aan de verzekerde voor wie ze zijn bestemd, de verzorger of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening
- Deellevering of medicijnrol is mogelijk bij aantoonbare medische noodzaak
  Dit heet een geïndividualiseerde distributievorm (gdv) en is een zakje waarin een of meer medicijnen zitten die u op een bepaald moment van de dag moet innemen. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol. Deze levering kan per twee, drie of vier weken als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven en niemand het medicijnbeheer van u kan overnemen.
- Medicijnen uit het buitenland
  Als u medicijnen op recept in het buitenland moet kopen, gelden al deze voorwaarden:
  - de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
  - vergoeding gebeurt volgens de Nederlandse vergoedingslimiet;
  - rekeningen van medicijnen zijn leesbaar en volledig. Hierop moeten de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm staan. Als iets ontbreekt dan moet u bij de rekening ook de bijsluiter, het doosje of etiketten (mag ook een foto zijn) meesturen.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts
- Medisch specialist
- Specialist ouderengeneeskunde
- GGD arts gespecialiseerd in infectieziekten
- Kaakchirurg
- Tandarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Physician assistant
  Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de physician assistant verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.

- Verpleegkundig specialist met aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid
  Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.
- Verloskundige, rekening houdend met voorschrijfbevoegdheid en deskundigheidsgebied
  De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u op de website van de overheid op de titel ‘beroepen individuele gezondheidszorg’ en artikel 36.
- Een van bovenstaande zorgverleners in het buitenland
  Deze zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land voor zijn beroep gelden.
- U heeft geen herhaalrecept nodig voor anticonceptie medicijnen of insuline
  Als het middel, de sterkte of het gebruik van het middel verandert, heeft u wel een nieuw recept nodig.

Heeft u toestemming nodig?

- U heeft toestemming van ons nodig voor sommige medicijnen uit Bijlage 2
  - Voor de medicijnen uit Bijlage 2 kan uw behandelend arts een artsenverklaring invullen. Uw apotheek beoordeelt dan of u recht heeft op vergoeding. Uw arts kan op onze site voor zorgverleners meer informatie hierover vinden.
  - Sommige medicijnen (werkzame bestanddelen) uit Bijlage 2 moeten wij beoordelen. U vindt deze medicijnen op de website ZNformulieren onder Farmacie.
- Heeft u bezwaar tegen beoordeling door uw apotheek?
  Als u niet wil dat de beoordeling door uw apotheker of leverancier gebeurt dan kunt u, met vermelding van uw bezwaar, de verklaring van uw voorschrijver rechtstreeks naar onze afdeling Medische Beoordelingen sturen.
- Als wij u toestemming geven dan is er vergoeding mogelijk vanaf de datum dat wij de aanvraag hebben ontvangen
  Het is dus belangrijk dat u toestemming aanvraagt voordat u met de medicijnen begint. Een aanvraag voor vergoeding is geen garantie voor toestemming.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- (Online) Apotheek.
  Dit is een (online) apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren.
  U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een (online) apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
  Kijk op onze website voor online apotheken.
- Apotheekhoudend (huis)arts.
  Dit is een (huis)arts die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren.
  U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apotheker of apotheekhoudend (huis)arts in het buitenland
  Deze zorgverlener heeft in het betreffende land een vergunning om geneesmiddelen te leveren en voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land voor zijn beroep gelden.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik
  Of medicijnen die onderdeel zijn van medisch specialistische zorg. Deze vallen onder 'Medisch specialistische zorg'.
- Een medicijn dat (bijna) gelijk is aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald.
  Zie artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt'.
- Medicijnen, voorlichting en advies ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland

- Zelfzorggeneesmiddelen en intramurale medicijnen die volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen.
  Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het Reglement Hulpmiddelen bij 'Overige optische hulpmiddelen'.
- Medicijnen waarvoor na falen een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling of als het gaat om een recall
  - Bijvoorbeeld een hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvorm met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.
  - Bij een recall moet een medicijn terug naar de apotheek omdat er bijvoorbeeld een fout in het medicijn zit.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen
  Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen , mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om, behalve bij een spoedeisende situatie
- Levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn
- Instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen als de hulpmiddelen niet geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten
- Medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet
- Alternatieve medicijnen
  Bijvoorbeeld homeopathische en antroposofische medicijnen. Deze vallen onder het artikel 'Alternatieve en psychosociale zorg.
- Esketamine neusspray (Spravato)
  Dit valt onder het artikel 'Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Medicatiebeoordeling (artikel B.15.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Medicatiebeoordeling (periodieke evaluatie)
- Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep
  Afhankelijk van de afspraken die wij met uw apotheek hebben gemaakt, levert deze ‘Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep’ en facultatieve prestaties farmaceutische zorg conform de NZa beleidsregel:
  - Therapietrouwverbetering bij patiënten met astma/COPD;
  - Medicatieoptimalisatie en begeleiding bij patiënten met complexe farmaceutische zorg;
  - Begeleidingsgesprek chronische UR (Uitsluitend Recept)-medicijnen;
  - Begeleidingsgesprek Astma en/of COPD-medicijnen.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 1 keer per 12 maanden (zo nodig vaker) voor medicatiebeoordeling.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U gebruikt meerdere medicijnen chronisch en er is een medische en farmaceutische noodzaak.

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorgverlener die het behandelvoorstel doet, heeft de medische en farmaceutische noodzaak vastgesteld
  De voorwaarden vindt u in de richtlijn 'Medicatiebeoordeling' van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie op de website van de knmp.
- Het gaat om medicijnen die voldoen aan de voorwaarden voor medicijnen die zijn opgenomen in het GVS
  Als u daarnaast ook medicijnen gebruikt die niet aan deze voorwaarden voldoen, worden deze inhoudelijk wel meegenomen in de medicatiebeoordeling.
- Medicatiebeoordeling gebeurt in samenspraak met u, uw behandelend arts en de overige betrokken zorgverleners
- De zorgverlener moet de geldende NZa Prestatiebeschrijving en de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen volgen

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Apotheker
- Apotheekhoudend huisarts
- Medisch specialist
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig als u niet voldoet aan de richtlijn 'Medicatiebeoordeling' maar als u om andere medische of farmaceutische redenen wel behoefte heeft aan een medicatiebeoordeling

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Apotheker of apotheekhoudend huisarts met opleiding Medicatiebeoordeling.
  Deze aanvullende opleiding moet door ons als voldoende beoordeeld zijn. De apotheker of apotheekhoudend huisarts heeft deze opleiding met goed gevolg afgerond.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Medicijnen die de apotheek zelf maakt (artikel B.15.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Medicijnen die de apotheek zelf maakt
  Het gaat hierbij om:
  - een niet-geregistreerd medicijn dat een apotheker op individueel recept, speciaal voor u maakt. Dat noemen we 'magistrale bereiding' of
  - een niet-geregistreerd medicijn dat uw apotheker door een andere apotheek laat maken. Dat noemen wij een 'doorgeleverde bereiding'.
    In bijlage 3A staan de medicijnen die vergoed kunnen worden in een apotheekbereiding, in bijlage 3B de medicijnen die niet worden vergoed.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor medicijnen die de apotheek zelf maakt.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
- Wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250 als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Een bestaand medicijn is voor u niet geschikt vanwege bijvoorbeeld de sterkte of de vorm.

Wat zijn de voorwaarden?
- Advisering en begeleiding is onderdeel van de levering van uw medicijn
  Het gaat hierbij om:
  - de terhandstelling: samenstellen en controleren van uw medicijn als u het ophaalt of laat bezorgen;
  - het begeleidingsgesprek: uitleg over het gebruik als u een nieuw medicijn krijgt of als u een medicijn langer dan 12 maanden niet heeft gebruikt;
  - uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
  - farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.
  - extra kosten, bijvoorbeeld als de apotheker uw medicijn zelf moet maken of als het gaat om deellevering of weekend- of avondtarief.
- Een magistrale bereiding (bijna) gelijk aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS staat, vergoeden wij alleen als dat bij ministeriële regeling is bepaald
  Het gaat hierbij om bijlage 3A:
  - een bereiding in de overbruggingstijd. Het medicijn is dan wel aangemeld maar er is nog geen besluit genomen over opname in het GVS;
  - een medicijn dat niet in het GVS is opgenomen omdat het te duur is terwijl de bereiding wel een acceptabele prijs heeft.
- Het gaat om rationele farmacotherapie
  Dit betekent dat het medicijn moet voldoen aan al deze voorwaarden:
  - het heeft voor u de geschikte vorm. Voor een kind dat nog geen tablet kan doorslikken, is dat bijvoorbeeld een drankje;
  - het is bewezen werkzaam en effectief: er moet voldoende wetenschappelijk onderzoek zijn gedaan waaruit blijkt dat het medicijn werkt tegen uw klacht of ziekte;
  - het is het meest economisch voor de zorgverzekering. Het is bijvoorbeeld niet duurder dan vergelijkbare medicijnen die net zo goed of beter werken.

Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie.
- Medicijnen krijgt u alleen op recept (behandelvoorstel) voor een bepaalde periode
  Per recept gelden deze maximale leveringsperiodes (als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode):
  - 15 dagen of de kleinste verpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
  - 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
  - 1 maand voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);

  - 1 maand voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
  - 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
  - 12 maanden voor insuline;
  - 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.
- Levering van medicijnen mag alleen aan de verzekerde voor wie ze zijn bestemd, de verzorger of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening
- Deellevering of medicijnrol is mogelijk bij aantoonbare medische noodzaak
  Dit heet een geïndividualiseerde distributievorm (gdv) en is een zakje waarin een of meer medicijnen zitten die u op een bepaald moment van de dag moet innemen. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol. Deze levering kan per twee, drie of vier weken als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven en niemand het medicijnbeheer van u kan overnemen.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist
- Specialist ouderengeneeskunde
- Verpleegkundig specialist
- Arts verstandelijk gehandicapten
- GGD arts gespecialiseerd in infectieziekten
- Tandarts
- Kaakchirurg
- Physician assistant

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Apotheek.
  Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apotheekhoudend (huis)arts.
  Dit is een (huis)arts die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Bereidingen ter voorkoming van ziekte voor een reis naar het buitenland
- Zelfzorggeneesmiddelen en intramurale medicijnen die volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen.
  Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het Reglement Hulpmiddelen bij 'Overige optische hulpmiddelen'.
- Medicijnen waarvoor na falen een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling of als het gaat om een recall
  - Bijvoorbeeld een hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvorm met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.
  - Bij een recall moet een medicijn terug naar de apotheek omdat er bijvoorbeeld een fout in het medicijn zit.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen
  Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen , mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om, behalve bij een spoedeisende situatie

- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Uit het buitenland ingevoerde medicijnen (artikel B.15.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Medicijnen door uw apotheek ingevoerd uit het buitenland en niet in Nederland geregistreerd

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor uit het buitenland ingevoerde medicijnen.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U heeft een ziekte die in Nederland niet vaker dan 1:150.000 inwoners voorkomt
- Behandeling met een in Nederland geregistreerd medicijn of magistrale bereiding is niet mogelijk
- De behandeling, preventie of diagnostiek gebeurt in een voor u geschikte vorm
- Het gaat om in wetenschappelijke literatuur bewezen werkzaamheid en effectiviteit
- De behandeling is het meest economisch voor u en de zorgverzekering
- Alle bovenstaande voorwaarden zijn de regels volgens artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering
- Medicijnen krijgt u alleen op recept (behandelvoorstel) voor een bepaalde periode
  Per recept gelden deze maximale leveringsperiodes (als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode):
  - 15 dagen of de kleinste verpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
  - 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
  - 1 maand voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
  - 1 maand voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet, behalve ADHD middelen waarvoor maximaal 3 maanden geldt;
  - 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
  - 12 maanden voor de pil (orale anticonceptiemiddelen) en insuline;
  - 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist
- Specialist ouderengeneeskunde
- GGD arts gespecialiseerd in infectieziekten
- Kaakchirurg
- Tandarts
- Arts verstandelijk gehandicapten

- Physician assistant
- Verpleegkundig specialist met aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid
  Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.
- Verloskundige, rekening houdend met voorschrijfbevoegdheid en deskundigheidsgebied
  De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u op de website van de overheid op de titel ‘beroepen individuele gezondheidszorg’ en artikel 36.

Heeft u toestemming nodig?
- De voorschrijver moet vooraf toestemming bij ons aanvragen. U krijgt alleen toestemming als u aan alle voorwaarden voldoet.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Een apotheek of apotheekhoudend (huis)arts met een ontheffing van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) voor de invoer van het medicijn
  Dit is een apotheker of apotheekhoudend (huis)art die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik
  Of medicijnen die onderdeel zijn van medisch specialistische zorg. Deze vallen onder 'Medisch specialistische zorg'.
- Een apotheekbereiding (magistrale bereiding): deze medicijnen staan beschreven in het artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt'
- Medicijnen, voorlichting en advies ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland
- Zelfzorggeneesmiddelen en intramurale medicijnen die volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen.
  Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het Reglement Hulpmiddelen bij 'Overige optische hulpmiddelen'.
- Medicijnen waarvoor na falen een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling of als het gaat om een recall
  - Bijvoorbeeld een hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvorm met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.
  - Bij een recall moet een medicijn terug naar de apotheek omdat er bijvoorbeeld een fout in het medicijn zit.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen
  Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen , mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om, behalve bij een spoedeisende situatie
- Levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn
- Instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen als de hulpmiddelen niet geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.), opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medisch specialistische zorg
  Het gaat hierbij om al deze zorg:
  - medisch specialistische behandelingen (geneeskundige zorg);
  - aanvullende medische handelingen (zoals gips aanleggen of een ECG-onderzoek);
  - medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen en onderdeel zijn van het DBC zorgproduct;
  - laboratoriumonderzoek;
  - verpleging;
  - second opinion.
- Opname bij medisch specialistische zorg
  Het gaat hierbij om deze zorg:
  - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis of Z.B.C.;
  - verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Voor medisch specialistische zorg: 100%; en
- Voor opname bij medisch specialistische zorg: 100% maximaal 3 jaar (1095 dagen).

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Plastische chirurgie, orgaantransplantatie, geriatrische revalidatie, vruchtbaarheidsbehandeling en voorwaardelijke zorg zijn ook medisch specialistische zorg, maar staan in een ander artikel

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Verloskundige
- Medisch specialist
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Verpleegkundig specialist
- Physician assistant

- Sportarts
- Jeugdarts
- Bedrijfsarts
- Optometrist of orthoptist
  Deze zorgverlener mag bij oogaandoeningen verwijzen naar een oogarts.
- GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA
- Triage-audicien
  Een triage-audicien mag bij een gehooraandoening verwijzen naar een KNO-arts of audiologisch centrum.
- Klinisch fysicus-audioloog
  Een klinisch fysicus-audioloog mag verwijzen voor audiologische zorg.
- Verslavingsarts
  Een verslavingsarts mag verwijzen als deze arts uw regiebehandelaar is binnen de GGZ.

Heeft u toestemming nodig?
- Uw medisch specialist moet in bepaalde situaties toestemming bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
  Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose
- Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- Besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- Sterilisatiebehandelingen en behandelingen om sterilisatie terug te draaien
- Correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen)
- Parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener
- Zorg of middelen die na behandeling nodig zijn (of die in het verlengde van de behandeling liggen)
- Bevolkingsonderzoek

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- Bij de telling van het aantal opnamedagen gelden deze regels:
  - Onderbreking korter dan 31 dagen: deze dagen tellen niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking tellen we verder.
  - Onderbreking langer dan 30 dagen: we beginnen opnieuw te tellen. U heeft weer opnieuw recht op (vergoeding van) de zorg voor het totaal aantal opnamedagen.
  - Onderbreking voor weekend- of vakantieverlof: deze dagen tellen mee bij het totaal aantal dagen, alsof de opname doorloopt.

- Bij opname in het buitenland geldt het Nederlandse verpleegtarief
  Een instelling voor medisch specialistische zorg in het buitenland kan twee of meer (verpleeg)klassen hebben. Voor de vergoeding geldt het Nederlandse verpleegtarief.
- Opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg

Heeft u toestemming nodig?
- Uw medisch specialist moet in bepaalde situaties toestemming bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
  Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Ziekenhuis of Z.B.C.
  Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza):
  - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
  - een algemeen ziekenhuis
  - een categoraal ziekenhuis (ziekenhuis met één of enkele medische specialismen, zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis);
  - een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Skinvision (artikel B.4.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Digitale medisch specialistische zorg (Skinvision)
  Medisch specialistische zorg is ook mogelijk via een digitale toepassing die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision uitgekozen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico uitkomt, ontvangt u een doktersadvies.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 100% voor skinvision.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een huidplekje.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het account van de app moet aan uw relatienummer zijn gekoppeld

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Plastische chirurgie (artikel B.4.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Plastische chirurgie
  Dit is medisch specialistische zorg waarbij het gaat om behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Plus laboratoriumonderzoek, medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor plastische chirurgie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een afwijking in uw uiterlijk met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
  - Bijvoorbeeld: Uw buikhuid bedekt minstens een kwart van de lengte van uw bovenbeen of veroorzaakt onbehandelbaar smetten.
  - Bijvoorbeeld: U heeft een borstverkleining nodig. Hiervan is sprake bij cup D als u kleiner bent dan 1.60 meter. Of bij cup DD/E of groter. U heeft aantoonbare lichamelijke klachten en andere behandelingen hebben uw klachten niet verholpen. Uw gewicht is stabiel en uw BMI is lager dan 30.
  - Bijvoorbeeld: U heeft agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en trans vrouwen. De zorg omvat het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese.
  - U heeft een ernstige misvorming (verminking). Dit is ontstaan door ziekte, ongeval of geneeskundige behandeling .
  - Bijvoorbeeld: Er is sprake van misvorming door brandwonden of geamputeerde benen, armen of borsten.
  - Bijvoorbeeld: Uw borstprothese moet om medische reden verwijderd worden vanwege aantoonbare lekkage (we vergoeden dan alleen het verwijderen, niet het terugplaatsen van een nieuwe prothese).
  - U heeft verlamde of verslapte bovenoogleden.
    De verlamming of verslapping heeft een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg of is het gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
  - U heeft correctie nodig van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.
    Een zorgverlener die meewerkt aan een transgendernetwerk stelt de transseksualiteit (genderincongruentie) vast.
  - U heeft een aangeboren misvorming van het benig aangezicht, zoals lip-, kaak- of gehemeltespleet. Of u heeft goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken, misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
  - Bijvoorbeeld: U heeft laserbehandeling van de huid nodig vanwege een zichtbare verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden afwijkingen niet als zodanig gezien.

○ Bijvoorbeeld: U heeft een interne neusklepcorrectie nodig omdat de doorgang van uw neus heel beperkt is en dit niet op een andere manier opgelost kan worden.

Wat zijn de voorwaarden?
- Bij alle plastisch chirurgische ingrepen hanteert de zorgverlener de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV) Werkwijzer
  De Werkwijzer is te vinden op de website van de Vereniging Artsen Volksgezondheid onder 'werkwijzers VAGZ/VAV'.
- Verzekeringsindicatie
  Voor alle plastisch chirurgische ingrepen beoordelen wij of er een verzekeringsindicatie is met de Werkwijzer van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV). U vindt een duidelijke patiëntenversie op de website van de Vereniging Artsen Volksgezondheid onder 'Werkwijzers VAGZ/VAV'.

  Let op:
  Wij beoordelen of sprake is van een verzekeringsindicatie vanuit uw basisverzekering. Niet alle behandelingen die een arts nodig vindt, worden namelijk vergoed uit de basisverzekering. Zo is bijvoorbeeld geestelijk lijden vanwege uw aandoening geen verzekeringsindicatie voor plastische chirurgie.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Medisch specialist
- Verpleegkundig specialist
- Physician assistant
- Jeugdarts
- Bedrijfsarts

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandelingen die op de meest recente landelijke lijst ‘Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN’ staan. Zie hiervoor onze website.
- Voor een bovenooglidcorrectie beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
  Bij niet-gecontracteerde zorgverleners is toestemming van ons nodig.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Liposuctie van de buik
- Verwijderen borstprothese zonder medische noodzaak
- Plaatsen of vervangen borstprothese
  Als geen sprake is van:
  ○ een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of
  ○ agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen.
- Foto’s voor de aanvraag voor toestemming

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Medisch specialistische revalidatie (artikel B.4.6.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medisch specialistische revalidatie
  Medisch specialistische revalidatie (‘revalidatie’) zorgt ervoor dat u met uw beperkingen zo zelfstandig mogelijk blijft functioneren. Door revalidatie voorkomt u problemen in het dagelijks leven. Het verbetert uw deelname aan de maatschappij.

Voor revalidatie maken we onderscheid tussen:

- ○ Algemene revalidatie: een revalidatiearts doet onderzoek en geeft advies over de meest passende behandeling.
- ○ Interdisciplinaire revalidatie: een team van verschillende zorgverleners werkt intensief samen aan uw behandeldoelen. Deze revalidatie omvat medisch specialistische, paramedische en gedragswetenschappelijke zorg.

Revalidatie wordt verleend in de vorm van:

- ○ Deeltijdbehandeling of dagbehandeling of
- ○ Opname als dit aantoonbaar betere resultaten zal geven dan zonder opname of als u door uw complexe gezondheidssituatie (nog) niet thuis kunt verblijven.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor medisch specialistische revalidatie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - ○ U heeft complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal of gedrag.
    Uw beperkingen zijn het gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte en worden veroorzaakt door:
  - ○ Een aandoening van het bewegingsapparaat, bijvoorbeeld na een amputatie. Hierdoor heeft u problemen met bewegen;
  - ○ Een neurologische aandoening waardoor u problemen heeft met bewegen, bijvoorbeeld na een herseninfarct. Als de neurologische aandoening op latere leeftijd is ontstaan, kan het ook gaan om cognitieve problemen, zoals bijv. denken en onthouden, of problemen met praten of slikken;
  - ○ Een andere aandoening, klacht of stoornis waardoor u problemen heeft met bewegen, bijvoorbeeld na ernstige brandwonden.

Wat zijn de voorwaarden?

- De revalidatiearts bepaalt of medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is
  Hiervoor gelden de indicatiecriteria en de uitgangspunten van stepped care die staan in hoofdstuk 2 en 3 van het Standpunt ‘Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden’ uit 2023 van het Zorginstituut Nederland.

- Eenvoudige vormen van zorg, zoals fysiotherapie, zijn niet voldoende voor u

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Medisch specialist
- Verpleegkundig specialist
- Physician assistant
- Sportarts
- Bedrijfsarts

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden en of de zorg verzekerd is. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel toestemming van ons nodig.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Voor algemene revalidatie: bij een revalidatiearts in een ziekenhuis of in een revalidatiecentrum
  Revalidatiecentrum: een instelling voor medisch-specialistische zorg gespecialiseerd in interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie, waar tenminste 2 revalidatieartsen werkzaam zijn en is toegelaten volgens de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).
- Voor interdisciplinaire revalidatie: bij een interdisciplinair samenwerkend team onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts in een ziekenhuis of in een revalidatiecentrum
  Revalidatiecentrum: een instelling voor medisch-specialistische zorg gespecialiseerd in interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie, waar tenminste 2 revalidatieartsen werkzaam zijn en is toegelaten volgens de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Geriatrische revalidatie (artikel B.4.6.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Geriatrische revalidatie
  Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg. Deze zorg helpt u om beter te functioneren. Hierdoor kunt u weer deelnemen aan de maatschappij.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor geriatrische revalidatie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U bent kwetsbaar en heeft meerdere chronische ziektes die leiden tot complexe gezondheidsproblemen.
  - Uw gezondheid verandert plotseling.
    U kunt bijvoorbeeld plotseling niet goed meer zelfstandig functioneren of u kunt niet meer goed bewegen door een medisch probleem.

Wat zijn de voorwaarden?
- U was niet direct voor de geriatrische revalidatie opgenomen en in behandeling in een Wlz-instelling
- U heeft een geriatrisch onderzoek gehad van een specialist ouderengeneeskunde, internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater. Uit dit onderzoek blijkt dat u tot de doelgroep voor geriatrische revalidatie behoort
- De specialist ouderengeneeskunde van de geriatrische instelling beoordeelt na het onderzoek of u in aanmerking komt voor geriatrische revalidatie

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Medisch specialist
- Huisarts
- Physician assistant
- Verpleegkundig specialist

Heeft u toestemming nodig?
- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden en of de zorg verzekerd is. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel toestemming van ons nodig.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Een instelling voor geriatrische revalidatie die toegelaten is volgens de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza)
  In deze instelling werkt een interdisciplinair team samen aan uw revalidatiedoelen onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Geriatrische revalidatie bij een chronisch progressieve degeneratieve aandoening. Daarbij gaat uw functioneren langzaam achteruit. Het doel is om uw functioneren te behouden
  Deze zorg valt onder het artikel ‘Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen’.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Orgaantransplantatie, zorg voor de ontvanger (artikel B.4.7.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Zorg voor de ontvanger bij orgaantransplantatie
  Voor u, als verzekerde en ontvanger van een orgaan, gaat het om al deze zorg:
  - de transplantatie van weefsels en orgaan;
  - de medisch specialistische zorg die te maken heeft met de implantatie van het transplantatiemateriaal van de donor bij u; en
  - onderzoek, verwijdering, bewaren en vervoer van het transplantatiemateriaal in verband met de transplantatie.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor orgaantransplantatie, zorg voor de ontvanger.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De indicatie is voor die vorm van transplantatie aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk
- De transplantatie van weefsels en organen mag plaatsvinden in:
  - een lidstaat van de Europese Unie; of
  - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte.
  - Is uw donor uw echtgenoot, uw geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad? En woont uw donor niet in de EU of EER? Dan mag de transplantatie ook in het woonland van uw donor plaatsvinden.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Medisch specialist
- Verpleegkundige
- Physician assistant

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist die voldoet aan de wettelijk gestelde eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en verbonden is aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.

Waar vindt de behandeling plaats?
- Wettelijk erkend transplantatiecentrum

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zorg voor de donor bij levertransplantatie (artikel B.4.7.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Zorg voor de donor bij levertransplantatie
  Bij levertransplantatie gaat het om al deze zorg voor de donor. Dat is degene die een lever aan de ontvanger geeft:
  - opname en specialistisch-geneeskundige zorg voor de selectie of de verwijdering van de lever;
  - openbaar vervoer (laagste klasse) binnen Nederland voor de selectie en opname en ontslag;
  - vervoer met een auto of een taxi in plaats van openbaar vervoer als dat medisch noodzakelijk is;
  - vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont. En het gaat om een transplantatie bij een verzekerde in Nederland;

  - kosten van de donor die in het buitenland woont omdat de screening en de selectie van de donoren in het buitenland plaatsvindt. Bijvoorbeeld: reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 6 maanden maximaal, na opname voor rekening van de ontvanger voor zorg voor de donor bij levertransplantatie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg en het vervoer geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- De eerste periode na opname van de donor komt voor rekening van de ontvanger
  De zorg voor de donor valt onder de verzekering van de ontvanger van het orgaan. Het gaat daarbij om zorg die nodig is naar aanleiding van de opname voor de transplantatie. De donor zien wij voor deze zorgperiode als verzekerde op de verzekering van de ontvanger.
  Heeft de donor zelf een basisverzekering of is hij medeverzekerde? Dan komt het vervoer van de donor (of de kosten daarvan) voor rekening van zijn eigen basisverzekering.
- Na de te vergoeden termijn komen de kosten voor rekening van degene die de zorg ontvangt
- De indicatie is voor die vorm van transplantatie aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk
- De transplantatie van weefsels en organen mag worden gedaan in:
  - een lidstaat van de Europese Unie; of
  - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte.
  - Bent u als donor de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad van de ontvanger? En woont u niet in de EU of EER? Dan mag de transplantatie ook in uw woonland worden gedaan.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Medisch specialist
- Verpleegkundige
- Physician assistant

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist die voldoet aan de wettelijk gestelde eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en verbonden is aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.

Waar vindt de behandeling plaats?
- Wettelijk erkend transplantatiecentrum

Wat krijgt u niet vergoed?
- Verblijfskosten van buitenlandse donor in Nederland
- Misgelopen inkomsten

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zorg voor de donor bij overige orgaantransplantaties (artikel B.4.7.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg voor de donor bij andere transplantatie dan levertransplantatie
  Bij orgaantransplantatie gaat het om al deze zorg voor de donor. Dat is degene die een orgaan of weefsel aan de ontvanger geeft:
  - opname en specialistisch-geneeskundige zorg voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal;
  - openbaar vervoer (laagste klasse) binnen Nederland voor de selectie en opname en ontslag;
  - vervoer met een auto of een taxi in plaats van openbaar vervoer als dat medisch noodzakelijk is;
  - vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont. En het gaat om een transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland;
  - kosten van de donor die in het buitenland woont omdat de screening en de selectie van de donoren in het buitenland plaatsvindt. Bijvoorbeeld: reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 13 weken maximaal, na opname voor rekening van de ontvanger voor zorg voor de donor bij overige orgaantransplantaties.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg en het vervoer geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- De eerste periode na opname van de donor komt voor rekening van de ontvanger
  De zorg voor de donor valt onder de verzekering van de ontvanger van het orgaan. Het gaat daarbij om zorg die nodig is naar aanleiding van de opname voor de transplantatie. De donor zien wij voor deze zorgperiode als verzekerde op de verzekering van de ontvanger.
  Heeft de donor zelf een basisverzekering of is hij medeverzekerde? Dan komt het vervoer van de donor (of de kosten daarvan) voor rekening van zijn eigen basisverzekering.
- Na de te vergoeden termijn komen de kosten voor rekening van degene die de zorg ontvangt
- De indicatie is voor die vorm van transplantatie aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk
- De transplantatie van weefsels en organen mag worden gedaan in:
  - een lidstaat van de Europese Unie; of
  - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte.
  - Bent u als donor de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad van de ontvanger? En woont u niet in de EU of EER? Dan mag de transplantatie ook in uw woonland worden gedaan.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist
- Verpleegkundige
- Physician assistant

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist die voldoet aan de wettelijk gestelde eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en verbonden is aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.

Waar vindt de behandeling plaats?
- Wettelijk erkend transplantatiecentrum

Wat krijgt u niet vergoed?
- Verblijfskosten van buitenlandse donor in Nederland
- Misgelopen inkomsten

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie (artikel B.4.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van € 131,40 maximaal, per kwartaal voor elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U kunt kosten per kwartaal declareren

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Vruchtbaarheidsbehandelingen IVF en ICSI (artikel B.4.14.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- IVF/ISCI vruchtbaarheidsbehandeling
  De zorg omvat per te realiseren zwangerschap: in-vitrofertilisatiemethode (IVF) of intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI)-behandeling en daarbij toegepaste medicijnen volgens het GVS.

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 43 jaar: vergoeding van 3 pogingen maximaal voor vruchtbaarheidsbehandelingen IVF en ICSI.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft vruchtbaarheidsproblemen.

Wat zijn de voorwaarden?
- Voorwaarden waaronder IVF en ICSI onder de zorg vallen
  - Als u jonger bent dan 38 jaar en er bij de 1e en 2e IVF-poging niet meer dan 1 embryo wordt teruggeplaatst (bij de 3e poging mogen dat er maximaal 2 zijn);
  - Als u tussen de 38 tot en met 42 jaar oud bent en er maximaal 2 embryo's per poging worden teruggeplaatst;
  - Als u 43 jaar of ouder bent, maar u bij aanvang jonger was dan 43 jaar: u heeft dan recht op afronding van die poging.

    Vruchtbaarheidsbehandeling: voorbeelden IVF
  - U bent bezig met de 3e poging. Hierbij vindt een geslaagde follikelpunctie plaats, maar deze leidt niet tot een zwangerschap. Een volgende (4e) poging valt niet onder uw zorgverzekering.
  - U bent bezig met de 3e poging. Het is niet gelukt zwanger te worden na de terugplaatsing van een embryo, maar er zijn nog enkele ingevroren embryo's. De ingevroren embryo's mogen worden teruggeplaatst tot ze op zijn, maximaal 2 per keer. Ook als u inmiddels 43 jaar bent; dit hoort namelijk nog bij de 3e poging waarbij u nog jonger was dan 43.
    Zou het de 1e of 2e poging zijn en u bent jonger dan 38 jaar, dan zou maar één embryo tegelijk teruggeplaatst mogen worden.
  - U bent bezig met uw 3e poging. Er wordt een embryo teruggeplaatst, maar 14 weken na de dag van de follikelpunctie eindigt de zwangerschap. U heeft dan opnieuw recht op 3 pogingen (als u jonger bent dan 43 jaar) omdat er sprake was van een gerealiseerde zwangerschap.
  - U heeft 3 pogingen gehad zonder resultaat. Na een tijd bent u toch zwanger. U heeft dan daarna opnieuw recht op 3 pogingen als u jonger bent dan 43 jaar.
- Na een gerealiseerde zwangerschap heeft u opnieuw recht op deze zorg
  Een gerealiseerde zwangerschap houdt in:
  - een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen, gerekend vanaf de implantatie in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's; of
  - een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
  - een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.
- Er is sprake van een IVF-poging als de follikelpunctie is geslaagd
  Er is sprake van een in-vitrofertilisatie (één IVF-poging) als fase 2, de follikelpunctie (het verkrijgen van de rijpe eicellen) is geslaagd. Terugplaatsing van eerder verkregen (ingevroren) embryo's maakt deel uit van de IVF-poging waarin de embryo's zijn verkregen.

  Vruchtbaarheidsbehandeling: fases waar IVF uit bestaat

  Een in-vitrofertilisatie (IVF) omvat 4 opeenvolgende stadia:
  - Fase 1: Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
  - Fase 2: Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
  - Fase 3: Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
  - Fase 4: Een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder.
- Vruchtbaarheidsbehandelingen anders dan IVF en ICSI tot en met 42 jaar valt onder medisch specialistische zorg

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Medisch specialist
- Verpleegkundig specialist
- Physician assistant

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Gynaecoloog in een vergunninghoudende instelling.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Behandeling van de donor van de eicel en donatie van de eicel in geval van een eiceldonatie. Voor de vergoeding van eiceldonatie gelden landelijke criteria

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Mondzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Mondzorg in bijzondere gevallen (artikel B.12.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Mondzorg in bijzondere gevallen
  Het gaat om mondzorg als u een ernstige aandoening heeft in het aangezicht, de mond, kaken of uw gebit. Of als u een verstandelijke of lichamelijke aandoening heeft waardoor reguliere mondzorg niet mogelijk is. De behandeling kan ook plaatsvinden onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas).

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor mondzorg in bijzondere gevallen.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- of mondstelsel.
  - Er is sprake van een verworven afwijking van het tand-, kaak- of mondstelsel.
  - U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening.

- ○ U krijgt een medische behandeling die aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft zonder tandheelkundige zorg.
  Hierbij gaat het meestal om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Wat zijn de voorwaarden?
- Zonder de bijzondere mondzorg zou u de functie van uw gebit niet kunnen behouden
  Of uw gebit zou niet de functie krijgen zoals het zou functioneren zonder dat u een van de genoemde aandoeningen heeft.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Als u de zorg krijgt op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig
  Bij de aanvraag voor toestemming moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
  Wij kunnen onze toestemming intrekken bij één van deze situaties:
  ○ als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
  ○ als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
  ○ als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Mondhygiënist.
  De mondhygiënist beheert zijn of haar praktijk voor eigen rekening en verantwoordelijkheid.
- Kaakchirurg.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.
- Orthodontist.
  De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas): een bevoegde zorgverlener in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) dat door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) is erkend
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas): een bevoegde zorgverlener waarmee wij afspraken hebben gemaakt over deze behandelingen

Wat krijgt u niet vergoed?
- Een mandibulair repositie apparaat (MRA)
  Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001)
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002)
- Uitwendig bleken per kaak (code K003)
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Plaatsen implantaat in tandeloze kaak (artikel B.12.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Het plaatsen van een tandheelkundig implantaat

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor plaatsen implantaat in tandeloze kaak.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) dat op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts
- Tandarts-implantoloog
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Als u de zorg krijgt op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor het plaatsen van een of meer implantaten in de bovenkaak
  Bij de aanvraag voor toestemming moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
  Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Voor de onderkaak beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Toestemming van ons is dan niet nodig
  Als u de behandeling krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener is altijd toestemming van ons nodig. Bij de aanvraag voor toestemming moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
  Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Orthodontie in bijzondere gevallen (artikel B.12.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor orthodontie in bijzondere gevallen.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:

- ○ U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.
  Er is altijd sprake van een zeer ernstige stoornis waarbij medebehandeling van een kaakchirurg of andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Als u de zorg krijgt op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig
- Bij prothetische nabehandeling is een behandelplan nodig
  Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling een prothetische nabehandeling nodig is, moeten alle betrokken zorgverleners vooraf een multidisciplinair behandelplan opstellen.

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig
  Bij de aanvraag voor toestemming moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw orthodontist of tandarts voor orthodontie, die voldoet aan de extra eisen van de VTvo, meesturen.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Orthodontist.
  De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Tandarts voor orthodontie die voldoet aan de extra eisen van de VTvo
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37*, H38* en H39)
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811A*, F811B* of F811C*)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Reguliere mondzorg zoals onderzoek, verwijderen tandsteen en vullingen (artikel B.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Periodiek onderzoek
- Incidenteel tandheelkundig consult
- Gebitsreiniging: verwijderen tandsteen
- Fluoride: aanbrengen fluoride vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen
- Sealen: aanbrengen van een beschermend laklaagje op bovenkant kies
- Parodontale zorg: behandeling van steunweefsel van tanden en kiezen, zoals het tandvlees
- Vullingen: restaureren van tand of kies met plastisch materiaal
- Intake nieuwe patiënt

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van 100% voor reguliere mondzorg zoals onderzoek, verwijderen tandsteen en vullingen.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Als u de zorg krijgt op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor onderstaande behandelingen:
  - bij meer dan 4 elementen sealen per jaar (prestatiecodes V30, V35);
  - herhaalbehandeling sealen van hetzelfde element binnen 3 jaar;
  - bij meer dan 6 vullingen per jaar (prestatiecodes V71 t/m V74, V81 t/m V84, V91 t/m V95);
  - bij meer dan 2 fluoridebehandelingen per jaar per kaak (M30 of M40);
  - bij meer dan 1 uur preventieve voorlichting per jaar (prestatiecodes M01/M02);
  - bij meer dan 30 minuten gebitsreiniging per jaar (prestatiecode M03).
- U heeft toestemming van ons nodig voor bepaalde mondzorg
  - Als de behandeling door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg wordt gedaan heeft u toestemming nodig als het gaat om de behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg). Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
  - Als het gaat om mondzorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.). heeft u altijd toestemming nodig.
  - Bij de aanvraag voor toestemming moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
  - Wij kunnen de toestemming intrekken bij één van deze situaties:
    -- als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
    -- als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
    -- als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

- Bevoegde zorgverlener van een ziekenhuis of Z.B.C.
  Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza):
  ○ een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
  ○ een algemeen ziekenhuis
  ○ een categoraal ziekenhuis (ziekenhuis met één of enkele medische specialismen, zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis);
  ○ een universitair ziekenhuis.
- Mondhygiënist.
  De mondhygiënist beheert zijn of haar praktijk voor eigen rekening en verantwoordelijkheid.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kroon, brug en implantaat
  Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen of als front-, snij- of hoektand ontbreekt als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet is aangelegd, vergoeden wij deze kosten wel.
- Orthodontie en bijbehorende röntgenfoto
  Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen vergoeden wij deze zorg wel.
- Gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61)
  Behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen.
- Uitwendig bleken van tanden (code E97)
- Slijpen en/of behandelen melkelement (code M05)
- Een mandibulair repositie apparaat (MRA)
  Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Eenvoudig bacteriologisch onderzoek (code M32)
- Behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*)
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37*, H38* en H39)
- Uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012)
- Het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016*)
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001)
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002)
- Uitwendig bleken per kaak (code K003)
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Reguliere en specialistische mondzorg (artikel B.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Verdoving (lokale anesthesie)
- Endodontische zorg: behandeling van de tandzenuw
- Gnathologische zorg: behandeling van het kaakgewricht
- Implantaat met kroon ter vervanging van ontbrekende, blijvende snij- of hoektand
  Dit is nodig omdat blijvende snij- of hoektand niet is aangelegd. Of omdat deze geheel ontbreekt als direct gevolg van een ongeval. Het kan gaan om één of meer elementen.
- Chirurgische tandheelkundige zorg
  Behalve het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.
- Röntgenonderzoek dat nodig is voor reguliere mondzorg

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van 100% voor reguliere en specialistische mondzorg.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Als u de zorg krijgt op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor bepaalde mondzorg
  - Als het gaat om één van deze behandelingen:
    -- vervangen en/of restaureren van tanden en/of kiezen met niet-plastische materialen;
    -- plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die u mist als direct gevolg van een ongeval, of omdat deze niet zijn aangelegd;
    -- het plaatsen van tandheelkundige implantaten voor elementen die niet zijn aangelegd in het geval van oligodontie ten behoeve van het herstel van de functie;
    -- het maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT, aangeduid met code X21);
    -- het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) (code H36, H37*, H38* en H39). Het hoofd van het behandelteam doet een aanvraag met het speciale aanvraagformulier voor deze behandeling.
  - Als u de behandeling van een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg krijgt heeft u ook toestemming nodig als het gaat om één van deze behandelingen:
    -- trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas);
    -- kaakoperatie (osteotomie);
    -- plaatsen van een tandheelkundig implantaat.
    Meer informatie over kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
  - Als het gaat om mondzorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.). heeft u altijd toestemming nodig.
  - Bij de aanvraag voor toestemming moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.

Wij kunnen onze toestemming intrekken bij één van deze situaties:
  - als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
  - als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
  - als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.
- Bevoegde zorgverlener van een ziekenhuis of Z.B.C.
  Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza):
  ○ een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
  ○ een algemeen ziekenhuis
  ○ een categoraal ziekenhuis (ziekenhuis met één of enkele medische specialismen, zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis);
  ○ een universitair ziekenhuis.
- Het hoofd van een team dat het specifieke opleidingstraject heeft gevolgd en aantoonbare specifieke deskundigheid heeft, als het gaat om het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), code H36, H37, H38 en H39

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kroon, brug en implantaat
  Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen of als front-, snij- of hoektand ontbreekt als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet is aangelegd, vergoeden wij deze kosten wel.
- Gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61)
  Behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen.
- Uitwendig bleken van tanden (code E97)
- Slijpen en/of behandelen melkelement (code M05)
- Een mandibulair repositie apparaat (MRA)
  Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontie
- Plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling
  Behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen. Zie artikel 'Orthodontie in bijzondere gevallen'.
- Orthodontie en bijbehorende röntgenfoto
  Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen vergoeden wij deze zorg wel.
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37*, H38* en H39)
- Uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012)
- Het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016*)
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001)
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002)
- Uitwendig bleken per kaak (code K003)
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Kunstgebit (artikel B.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Volledig kunstgebit
  Uitneembare conventionele gebitsprothese Inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten.
- Gedeeltelijk kunstgebit (uitneembare partiële gebitsprothese)
  Plaat- of frameprothese inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 18 jaar: vergoeding van 100% voor kunstgebit.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts bij behandeling door een tandprotheticus als u nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten heeft en u een kunstgebit nodig heeft.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Als u de zorg krijgt op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor bepaalde mondzorg
  In deze situaties:
  - ○ Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 760,- per kaak bedragen;
  - ○ Als u de behandeling van een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg krijgt, heeft u ook toestemming nodig als het gaat om trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas);
  - ○ Als het gaat om mondzorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.). is altijd toestemming nodig.
    Bij de aanvraag voor toestemming moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.

Wij kunnen de toestemming intrekken bij één van deze situaties:
- ○ als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
- ○ als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- ○ als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.
- Bevoegde zorgverlener van een ziekenhuis of Z.B.C.
  Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza):
  - ○ een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
  - ○ een algemeen ziekenhuis
  - ○ een categoraal ziekenhuis (ziekenhuis met één of enkele medische specialismen, zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis);
  - ○ een universitair ziekenhuis.

- Tandprotheticus voor zover daartoe bevoegd.
  De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012)
- Het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016*)
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak (artikel B.14.d.), bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak (artikel B.14.d.), bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak (artikel B.14.d.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met kunstgebit op implantaten (klikgebit) voor de andere kaak
  Uitneembare volledige conventionele gebitsprothese samen met volledige overkappingsprothese op implantaten op de andere kaak. Deze kosten declareert de zorgverlener met code J080. Hierbij hoort het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Mesostructuur onder- of bovenkaak
  Deze hoort bij de combinatie van een kunstgebit voor de ene kaak samen met een kunstgebit op implantaten voor de andere kaak.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: voor volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak: 83%; en
- U bent 18 jaar of ouder: voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak: 90%; en
- U bent 18 jaar of ouder: voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak: 92%.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak (artikel B.14.d.)

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
- Eigen bijdrage 17%

Wat zijn de voorwaarden?
- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die wij vergoeden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.)

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar
  Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
  De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Plaatsen van tandheelkundig implantaat
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak (artikel B.14.d.)

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
- Wettelijke eigen bijdrage 10%

Wat zijn de voorwaarden?
- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die wij vergoeden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.)

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar
  Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener
  Bij de aanvraag voor toestemming moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt toestemming aan als dat nodig is

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
  De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Plaatsen van tandheelkundig implantaat
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak (artikel B.14.d.)

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
- Wettelijke eigen bijdrage 8%

Wat zijn de voorwaarden?
- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die wij vergoeden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.)

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar
  Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener
  Bij de aanvraag voor toestemming moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt toestemming aan als dat nodig is

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
  De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Plaatsen van tandheelkundig implantaat
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Kaakchirurgie (artikel B.14.a.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Kaakchirurgie
  Dit is mondzorg voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie die een medisch specialist (kaakchirurg) uitvoert. De mondzorg bestaat uit al deze zorg:
  ○ specialistische chirurgische mondzorg;
  ○ daarbij behorende röntgenonderzoek;
  ○ opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 100% voor kaakchirurgie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- In geval van een opname, moet deze medisch noodzakelijk zijn voor specialistische chirurgische mondzorg

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts
- Orthodontist
- Huisarts

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor bepaalde kaakchirurgie
  Als het gaat om één van deze behandelingen:
  ○ behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
  ○ het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas);
  ○ een kaakoperatie (osteotomie).

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Kaakchirurg.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Waar vindt de behandeling plaats?
- Ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg)

Wat krijgt u niet vergoed?
- Parodontale chirurgie door een kaakchirurg
  Chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies)
- Plaatsen van tandheelkundig implantaat
- Een mandibulair repositie apparaat (MRA)
  Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37*, H38* en H39)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak zonder implantaten (artikel B.14.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Volledig kunstgebit
  Het gaat hierbij om één van deze soorten kunstgebit zonder implantaten:
  - uitneembare volledige kunstgebit (conventionele gebitsprothese) voor boven- en/of onderkaak;
  - tijdelijke volledig kunstgebit;
  - uitneembare volledige vervangingsprothese;
  - uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen) voor de boven- en/of onderkaak.

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 75% voor volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak zonder implantaten.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
- Wettelijke eigen bijdrage 25%

Wat zijn de voorwaarden?
- Bij een behandeling waarvoor u toestemming nodig heeft, is de aanspraak niet hoger dan waarvoor wij toestemming hebben gegeven
- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die wij vergoeden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.)

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig bij kosten boven de € 760,- per kaak als het kunstgebit is gemaakt en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus
  Het gaat hier om de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft toestemming van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar
  Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus.
  De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Reparatie en rebasen volledig kunstgebit (artikel B.14.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Reparatie en opvullen (rebasen) van volledig kunstgebit (uitneembare volledige overkappingsprothese)

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 90% voor reparatie en rebasen volledig kunstgebit.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
- Wettelijke eigen bijdrage 10%

Wat zijn de voorwaarden?
- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die wij vergoeden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.)

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus voor kunstgebit (eventueel op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen.
  De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit “opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus”.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Ondergebit op implantaten (artikel B.14.c.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de onderkaak
  Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de onderkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 90% voor ondergebit op implantaten.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
- Wettelijke eigen bijdrage 10%

Wat zijn de voorwaarden?
- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die wij vergoeden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.)

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar
  Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener
  Bij de aanvraag voor toestemming moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt toestemming aan als dat nodig is

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
  De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Plaatsen van tandheelkundig implantaat
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Bovengebit op implantaten (artikel B.14.c.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de bovenkaak
  Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de bovenkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 92% voor bovengebit op implantaten.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
- Wettelijke eigen bijdrage 8%

Wat zijn de voorwaarden?
- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die wij vergoeden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.)

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar
  Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft toestemming van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener
  Bij de aanvraag voor toestemming moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt toestemming aan als dat nodig is

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
  De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Plaatsen van tandheelkundig implantaat
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Reparatie of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (artikel B.14.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Reparatie en opvullen (rebasen) van volledige uitneembare prothese (klikgebit) op implantaten
- Reparatie van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese

Wat is uw vergoeding?
- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 90% voor reparatie of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

- Wettelijke eigen bijdrage 10%

Wat zijn de voorwaarden?
- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die wij vergoeden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- U heeft een verwijzing nodig van een tandarts of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als een tandprotheticus de aanvraag doet

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig bij behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener
  Bij de aanvraag voor toestemming moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt toestemming aan als dat nodig is

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
  Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus voor kunstgebit (eventueel op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen.
  De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit “opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus”.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Implantaat met kroon ter vervanging van een snij- of hoektand (artikel B.14.e.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Implantaat met kroon
  Vervangen van snij- of hoektand(en) met niet-plastische materialen (kroon) en het plaatsen van tandheelkundig implantaat.

Wat is uw vergoeding?
- U bent jonger dan 23 jaar: vergoeding van 100% voor implantaat met kroon ter vervanging van een snij- of hoektand.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U mist één of meer blijvende snij- of hoektanden omdat deze niet zijn aangelegd.
  - U mist één of meer blijvende snij- of hoektanden als direct gevolg van een ongeval voor uw 18-jarige leeftijd.
    Dit geldt ook in situaties waarbij:
  - een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achterblijft. Om de kaakgroei niet te verstoren, wordt dan het verwijderen van het resterende worteldeel uitgesteld. Later moet dit alsnog verwijderd worden omdat er anders geen prothetische constructie op kan worden geplaatst;
  - een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld
- Het resterende worteldeel of de of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat
- In geval van een opname, moet deze medisch noodzakelijk zijn voor specialistische chirurgische mondzorg

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.)

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig. Bij de aanvraag moet u een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting meesturen

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Tandarts.
  De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg met betrekking tot het plaatsen van de implantaten.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Waar vindt de behandeling plaats?
- Tandartspraktijk
- Ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg)

Wat krijgt u niet vergoed?
- Röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontie
- Plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling
  Behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen. Zie artikel 'Orthodontie in bijzondere gevallen'.
- Orthodontie en bijbehorende röntgenfoto
  Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen vergoeden wij deze zorg wel.
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37*, H38* en H39)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Preventie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Stoppen met roken (SMR)-programma (artikel B.21.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Stoppen-met-roken (SMR)-programma
  Een SMR-programma is een begeleidingstraject dat bestaat uit interventies die gericht zijn op gedragsverandering, indien nodig met ondersteuning van effectief bewezen medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie). De zorgverlener stemt de daadwerkelijke zorg en begeleiding binnen het SMR-traject op u persoonlijk af en past deze zo nodig geleidelijk in het zorgproces aan.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 3 programma's maximaal, per jaar voor stoppen met roken (SMR)-programma.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- 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

Wat zijn de voorwaarden?

- Als medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) nodig zijn, moet de zorgverlener deze inzetten in combinatie met de gedragsmatige ondersteuning vanuit het SMR-traject
  De farmacotherapie moet dus onderdeel zijn van de gedragsmatige ondersteuning in de vorm van persoonlijke, telefonische, internet- of groepsbegeleiding. Hierbij is een stopcoach betrokken, volgens een bewezen effectief SMR-programma.
- Medicijnen die zijn opgenomen in het GeneesmiddelenVergoedingssysteem (GVS) vergoeden wij niet uit dit artikel maar vanuit het artikel 'Medicijnen uit het GVS'
- Als u al voor een andere verslaving onder behandeling bent binnen de GGZ, valt de Stoppen-met-roken zorg onder het GGZ-traject van de andere verslaving

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts of SMR gecontracteerde zorgverlener voor een recept voor medicijnen of voor nicotinevervangende middelen (farmacotherapie)
  - Als uw huisarts de farmacotherapie voor de SMR-begeleiding voorschrijft, is een recept met daarop de letters SMR voldoende.
  - Voor SMR gecontracteerde zorgverleners moeten de farmacotherapie voorschrijven via het aanvraagformulier 'Geneesmiddelen bij het stoppen met roken'. Op dit formulier, dat te vinden is op onze website, staat de procedure beschreven.
  - Niet-gecontracteerde zorgverleners SMR moeten voor farmacotherapie verwijzen naar uw huisarts.

- Niet nodig als het alleen gaat om de stoppen-met-roken begeleiding

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Huisarts SMR.
  Een huisarts levert de zorg of neemt hier de verantwoordelijkheid voor. Dit is een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Daarnaast moet de huisarts zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- Medisch specialist SMR.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is. Daarnaast moet de specialist zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- SMR-coach.
  De zorgverlener die het programma geeft en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- Gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog voor SMR.
  Gezondheidszorgpsycholoog, ook wel gz-psycholoog, is in Nederland een wettelijk beschermde titel; deze titel mag iemand alleen voeren die geregistreerd is in het BIG-register. Dit betekent dat niet iedere psycholoog werkzaam in de gezondheidszorg een gz-psycholoog is.
  Mogelijk is de gz-psycholoog niet gecontracteerd voor SMR-begeleiding. Op onze website kunt u vinden welke zorgverleners wij gecontracteerd hebben. Zoek dan specifiek op 'Stoppen met roken'.
- Gecontracteerde leverancier SMR voor het verstrekken van medicijnen of nicotinevervangende middelen.
  Dit kan ook een apotheek zijn, maar waarschijnlijk is uw eigen apotheek niet gecontracteerd voor de SMR-farmacotherapie. Op onze website kunt u vinden welke leveranciers wij gecontracteerd hebben. Zoek dan specifiek op 'Stoppen met roken'.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Vervoer

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Vervoer per auto (artikel B.18.2.), vervoer per taxi (artikel B.18.2.), vervoer per openbaar vervoer 2e klasse (artikel B.18.2.), vervoer per ander vervoermiddel (artikel B.18.2.), logeerkosten (artikel B.18.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Ziekenvervoer per auto
  Deze zorg omvat:
  ○ ziekenvervoer met auto over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
  ○ vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per taxi
  Deze zorg omvat:
  ○ ziekenvervoer met taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
  ○ vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per openbaar vervoer
  Deze zorg omvat:

  - ziekenvervoer met openbaar vervoer (2e klasse) over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
  - vervoer begeleider, in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders, hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per ander vervoer
  Ziekenvervoer met een ander vervoermiddel over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, als vervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is.
- Logeren in plaats van vervoer

Wat is uw vergoeding?
- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
  1. Vergoeding van € 0,40 maximaal, per kilometer voor vervoer per auto en Vergoeding van 100% voor vervoer per taxi en Vergoeding van 100% voor vervoer per openbaar vervoer 2e klasse en Vergoeding van 100% voor vervoer per ander vervoermiddel.
  2. Vergoeding van € 94,50 maximaal, per nacht voor logeerkosten.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor vervoer per auto (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?
- Wettelijke eigen bijdrage € 134,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U krijgt nierdialyse.
    Hieronder vallen ook alle noodzakelijke consulten, onderzoeken en controles.
  - U krijgt behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
    Hieronder vallen ook alle noodzakelijke consulten, onderzoeken en controles.
  - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.
  - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
  - U krijgt geriatrische revalidatiezorg.
  - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
    De dagbehandeling krijgt u in een groep volgens het artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
  - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
    U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

- ○ De hardheidsclausule is van toepassing.
  Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen. Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen. De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg).
  Voor de hardheidsclausule berekent u: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor). Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
  - ○ een zorgverlener of een instelling waar u de behandeling of verpleging krijgt;
  - ○ uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die begeleiding nodig heeft moet jonger zijn dan 16 jaar
- We gebruiken Routenet bij het berekenen van de ritlengte
  Wij gaan uit van de meest recente versie van deze routeplanner. We berekenen de snelste route van postcode naar postcode. We maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
  - ○ U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
  - ○ u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
  - ○ u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Huurkosten van een huurauto
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden
  Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.

- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling
  Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor vervoer per taxi (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?
- Wettelijke eigen bijdrage € 134,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U krijgt nierdialyse.
    Hieronder vallen ook alle noodzakelijke consulten, onderzoeken en controles.
  - U krijgt behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
    Hieronder vallen ook alle noodzakelijke consulten, onderzoeken en controles.
  - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.
  - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
  - U krijgt geriatrische revalidatiezorg.
  - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
    De dagbehandeling krijgt u in een groep volgens het artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
  - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
    U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
  - De hardheidsclausule is van toepassing.
    Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen. Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen. De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg).
    Voor de hardheidsclausule berekent u: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor). Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
  - een zorgverlener of een instelling waar u de behandeling of verpleging krijgt;
  - uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- Vanwege de doelmatigheid vervoert de taxi soms meerdere verzekerden tegelijk.
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die begeleiding nodig heeft moet jonger zijn dan 16 jaar

- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
  - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
  - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
  - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Erkende taxivervoerder met TX-keurmerk en met de juiste vergunning.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden
  Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling
  Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor vervoer per openbaar vervoer 2e klasse (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?
- Wettelijke eigen bijdrage € 134,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U krijgt nierdialyse.
    Hieronder vallen ook alle noodzakelijke consulten, onderzoeken en controles.
  - U krijgt behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
    Hieronder vallen ook alle noodzakelijke consulten, onderzoeken en controles.
  - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.
  - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
  - U krijgt geriatrische revalidatiezorg.
  - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
    De dagbehandeling krijgt u in een groep volgens het artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.

- ○ U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
  U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
- ○ De hardheidsclausule is van toepassing.
  Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen. Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen. De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg).
  Voor de hardheidsclausule berekent u: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor). Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
  - ○ een zorgverlener of een instelling waar u de behandeling of verpleging krijgt;
  - ○ uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die begeleiding nodig heeft moet jonger zijn dan 16 jaar
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
  - ○ U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
  - ○ u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
  - ○ u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden
  Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.

- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling
  Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor vervoer per ander vervoermiddel (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?
- Wettelijke eigen bijdrage € 134,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U krijgt nierdialyse.
    Hieronder vallen ook alle noodzakelijke consulten, onderzoeken en controles.
  - U krijgt behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
    Hieronder vallen ook alle noodzakelijke consulten, onderzoeken en controles.
  - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.
  - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
  - U krijgt geriatrische revalidatiezorg.
  - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
    De dagbehandeling krijgt u in een groep volgens het artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
  - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
    U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
  - De hardheidsclausule is van toepassing.
    Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen. Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen. De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg).
    Voor de hardheidsclausule berekent u: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor). Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?
- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
  - een zorgverlener of een instelling waar u de behandeling of verpleging krijgt;
  - uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die begeleiding nodig heeft moet jonger zijn dan 16 jaar
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg

- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
  - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
  - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
  - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Huurkosten van een huurauto
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden
  Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling
  Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor logeerkosten (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?
- Geen wettelijke eigen bijdrage
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U krijgt nierdialyse.
    Hieronder vallen ook alle noodzakelijke consulten, onderzoeken en controles.
  - U krijgt behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
    Hieronder vallen ook alle noodzakelijke consulten, onderzoeken en controles.
  - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.
  - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
  - U krijgt geriatrische revalidatiezorg.
  - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
    U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
  - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
    De dagbehandeling krijgt u in een groep volgens het artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.

- ○ De hardheidsclausule is van toepassing.
  Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen. Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen. De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg).
  Voor de hardheidsclausule berekent u: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor). Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?
- U wilt logeren in plaats van reizen
  - ○ u komt in aanmerking voor ziekenvervoer op basis van een van de bovenstaande medische indicaties of situaties; en
  - ○ u heeft dit ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig.

Heeft u toestemming nodig?
- U moet bij ons een aanvraag indienen voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) ziekenvervoer

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Ambulancevervoer (artikel B.18.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Ambulancevervoer
  Het gaat om al deze zorg:
  - ○ Niet-spoedeisend ambulancevervoer, zoals bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
  - ○ Spoedeisend ambulancevervoer;
  - ○ Ziekenvervoer met ander vervoermiddel als vervoer met ambulance niet mogelijk is;
  - ○ Gebruikskosten van een Automatische Externe Defibrillator (AED) die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht (elektrodenpads).

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor ambulancevervoer.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:

- Er is een medische noodzaak, waardoor andere manier van ziekenvervoer (auto, openbaar vervoer of taxi) medisch niet verantwoord is.

Wat zijn de voorwaarden?
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- Ambulancevervoer naar een andere woning is alleen mogelijk als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?
- Een arts vraagt het ambulancevervoer aan bij meldkamer van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV)
  De meldkamer beoordeelt of ambulancevervoer nodig is.
- U heeft geen behandelvoorstel nodig bij spoedeisend ambulancevervoer

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis. Of als u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken, omdat ambulancevervoer niet mogelijk is

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Ambulancedienst met een erkende vergunning.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voetzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Preventieve voetzorg (artikel B.23.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Preventieve voetzorg
  Het gaat hierbij om:
  - jaarlijks voetonderzoek om te kijken of u een verminderd gevoel, een verminderde doorbloeding, een kwetsbare huid of een verhoogde druk op de huid heeft;
  - periodiek gericht voetonderzoek met zorg voor problemen van uw huid, nagels en drukplekken die tot ulcera (wonden) kunnen leiden;
  - controle op bijvoorbeeld de juiste pasvorm van de schoenen en andere zaken die een risico kunnen vormen;
  - vervolgafspraak en voorlichting voor verbeteren van zelfzorg en het dragen van juiste schoenen.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor preventieve voetzorg.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- 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

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een verhoogd risico op voetulcera (een wond die door alle huidlagen heen gaat) of amputatie. Dit komt door één van deze situaties:
  - een verminderd gevoel in uw voeten;
  - een verminderde doorbloeding in uw voeten;
  - een kwetsbare huid en drukplekken. Bijvoorbeeld door Reumatoïde Artritis of Neuropathie door chemotherapie;
  - een eerdere voetulcus (open wond) of een eerdere amputatie;
  - een inactieve Charcotvoet;
  - eindstadium nierfalen of nierdialyse;
  - Diabetes Mellitus.

Wat zijn de voorwaarden?
- Uw klachten en symptomen zijn ontstaan door een medische aandoening of medische behandeling. Zorginstituut Nederland (ZiNl) heeft deze beschreven in:
  - Standpunt voetzorg bij diabetes mellitus en
  - Notitie verduidelijking standpunt voetzorg voor mensen met diabetes mellitus.
- De preventieve voetzorg bij Diabetes Mellitus Type II kunt u ook krijgen in de vorm van ketenzorg. Zie artikel A.17.3.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist als u de zorg krijgt van een podotherapeut of medisch pedicure DM

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Podotherapeut.
  Degene die als podotherapeut de status 'kwaliteitsgeregistreerd' heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huisarts en/of andere zorgverlener (bijvoorbeeld medisch specialist of medisch pedicure DM) die is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg. De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?
- Verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen
- Niet-medische voetzorg. Bijvoorbeeld nagelverzorging of nagels knippen om ingroeien te voorkomen

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaardelijke zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Voorwaardelijke zorg (artikel B.22.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Voorwaardelijke zorg
  Van sommige zorg is de effectiviteit nog niet voldoende aangetoond. Toch heeft u soms tijdelijk al wel recht op deze zorg. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van “voorwaardelijke toelating” voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht en de voorwaarden van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op de website van de overheid onder wet- en regelgeving.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor voorwaardelijke zorg.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Zorgverlener die geselecteerd is voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Wijkverpleging en PGB

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Wijkverpleging (artikel B.26.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Wijkverpleging
  Het gaat hierbij om verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.
  Onder bepaalde voorwaarden is het mogelijk om voor deze zorg een Persoons Gebonden Budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) aan te vragen. Het budget stellen wij vast op basis van geïndiceerde uren (verpleging en verzorging).

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor wijkverpleging.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:

- ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
- ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - ○ Er is sprake van behoefte aan verpleging en verzorging waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg.
    Het gaat om geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

Wat zijn de voorwaarden?

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg
- De indicatiestelling en de te verlenen zorg moeten doelmatig zijn
  In één bezoek aan u krijgt u de verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd. Als de zorg alleen bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en om eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen.
- Het zorgplan en de indicatiestelling moeten inhoudelijk voldoen aan het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
  Bij de indicatie wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem.
  De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, legt dit vast in een zorgplan. Deze zorgverlener is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan (dus de ingezette zorg), nog passen bij de zorgvraag. Als u een PGB heeft, kan deze betrokkenheid en bewaking anders zijn. De voorwaarden hiervoor vindt u in het Reglement Zvw-pgb.
  Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolgbaar is.
  Wilt u kiezen voor een PGB dan kijken wij aan de hand van de opgestelde voorwaarden en uw zorgindicatie of u in aanmerking komt voor een pgb-verpleging en verzorging (vv). Zie hiervoor ook het Reglement Zvw-pgb in de bijlage.
- De verpleegkundige of verpleegkundig specialist die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, is aangesloten bij het netwerk dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert
  Dit is bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis.
- De zorgverlener of zorgverlenende instantie moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel
  De zorgverlener die de zorg verleent en declareert heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code 'Verpleegkundige niveau 6' of hoger die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 6 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg u krijgt. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.
- Bepaalde zorgvormen krijgt u van gespecialiseerde verpleegkundigen
  Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.

- Advies om bij zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd (integrale zorg) contact met ons op te nemen
  Bijvoorbeeld zorg vanuit de Zorgverzekeringswet, Jeugd-wet, WMO en Wlz.
  Voor integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in deze verzekeringsvoorwaarden.
- Als u kiest voor een PGB, moet u zelf de taken en verplichtingen rond het PGB uit kunnen voeren
  - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn, op verantwoorde manier uit te voeren. De aspecten die meewegen in onze beoordeling daarbij staan in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
  - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de zorgverleners die u heeft gekozen op zodanig aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of wordt van verantwoorde zorg;
  - U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.
    Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan al deze voorwaarden te voldoen, dan verlenen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb, of we stellen aanvullende eisen waaraan u moet voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb;
  - Alle specifieke voorwaarden en informatie over het aanvragen van PGB vindt u in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
- Voor zorg vanuit een PGB moet het gaan om zorg die u langer dan 1 jaar nodig heeft of het moet gaan om palliatieve terminale zorg (PTZ)
  PTZ betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Minimaal een HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) stelt de indicatie voor volwassen vanaf 18 jaar
  - De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, voldoet aantoonbaar aan vigerende voorwaarden voor (vakbekwaam) indiceren van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
  - De indicatie is opgesteld in uw eigen omgeving waarbij u zelf aanwezig bent.
- De indicatiestelling voor kinderen onder de 18 jaar wordt gedaan door een HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger)
  - De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, voldoet aantoonbaar aan vigerende voorwaarden voor (vakbekwaam) indiceren van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
  - De verpleegkundig specialist moet een opleiding tot kinderverpleegkundige hebben en moet werkzaam zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg).
  - De indicatie is opgesteld in de eigen omgeving van het kind waarbij het kind zelf aanwezig is met de ouder(s) of andere wettelijk vertegenwoordiger (bijvoorbeeld mentor of curator).

Heeft u toestemming nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden en of de zorg verzekerd is. Toestemming van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als u de zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel toestemming van ons nodig. De aanvraag van een niet-gecontracteerde zorgverlener is alleen geldig als de indicatie niet ouder is dan 3 maanden.

- U heeft toestemming van ons nodig bij herbeoordeling van de zorgbehoefte
  U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen door een andere verpleegkundige. Deze herbeoordeling vergoeden wij alleen als u hier vooraf toestemming van ons voor heeft gekregen. Wij kunnen hierbij een andere verpleegkundige aanwijzen. Wij kunnen die toestemming bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, voordat u een herbeoordeling aanvraagt.
  Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Dan kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.
- Uw aanvraag voor PGB beoordelen wij aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set
  Meer informatie hierover en over eventuele toestemming vindt u in de Bijlage Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
  Het Zvw-pgb-aanvraagformulier staat op onze website. Of u kunt het telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Verpleegkundige niveau 4 of hoger met BIG-registratie.
- Zorgverlener (beroepskracht) die bevoegd en bekwaam is voor de handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen.
  Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kunt u contact opnemen met ons Zorgteam.
- Als u de zorg inkoopt met een PGB kan het ook een andere zorgverlener zijn dan de bovenstaande zorgverleners. De voorwaarden voor die zorgverlener kunt u vinden in het Reglement Zvw-pgb

Waar vindt de behandeling plaats?
- Bij u thuis
- Intensieve kindzorg kan ook in kinderhospice of verpleegkundig dagverblijf plaatsvinden

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kraamzorg
  Deze zorg vergoeden wij uit het artikel 'Zorg na de bevalling'.
- Wijkverpleging in combinatie met verblijf in een instelling, behalve als het om Intensieve Kindzorg gaat
- U kunt geen zorg met PGB inkopen ingeval van Intensieve Kindzorg in combinatie met verblijf in een instelling.
- Zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)
  Deze zorg valt onder de Jeugdwet omdat de zorg dan niet in geneeskundige context plaatsvindt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zorg voor de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie (artikel B.5.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie
  Het gaat hierbij om al deze zorg:

- Het inbrengen of verwijderen van een spiraaltje (IUD) en implanteren of verwijderen van implanonstaafje;
- Preconceptieconsult: advies en informatie op verzoek van de verzekerde, om zo gezond mogelijk te beginnen aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs, gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (zoals arbeidsomstandigheden), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties, medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten en vaccinaties;
- Verloskundige en preventieve zorg tijdens de zwangerschap ter bevordering van een goede gezondheid voor moeder en kind.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- 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)

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Huisarts die is ingeschreven bij RGS.
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis).
- Verloskundige
  De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg met medische indicatie (artikel B.5.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg met medische indicatie
  - preconceptieconsult: advies en informatie op verzoek van de verzekerde, om zo gezond mogelijk te beginnen aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs, gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (zoals arbeidsomstandigheden), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties, medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten en vaccinaties; en
  - Verloskundige en preventieve zorg tijdens de zwangerschap ter bevordering van een goede gezondheid voor moeder en kind.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg met medische indicatie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- 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

Wat zijn de voorwaarden?
- U heeft een medische indicatie voor deze zorg
  U krijgt een medische indicatie als er rondom de zwangerschap of de bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Physician assistant
- Verloskundige
- Verpleegkundig specialist

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Gynaecoloog
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg. De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Waar vindt de behandeling plaats?
- Instelling voor medisch specialistische zorg

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Algemene termijnecho (artikel B.5.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Algemene termijnecho

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor algemene termijnecho.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts bij behandeling door medisch specialist of echoscopist
- Verloskundige bij behandeling door een medisch specialist of echoscopist
- Physician assistant bij behandeling door een medisch specialist of echoscopist
- Een verwijzing is niet nodig als u al in behandeling bent bij een medisch specialist voor de verloskundige zorg.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Huisarts.
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). U kunt de zorg ook krijgen onder verantwoordelijkheid van een huisarts.
- Verloskundige
  De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Echoscopist.
  Degene die een (para-)medische opleiding op minimaal hbo-niveau heeft afgerond en is ingeschreven in het register voor echoscopie van de KNOV of het register van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN).
  De zorg vindt plaats in echocentrum of prenataal screeningscentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Specifieke diagnose echo (artikel B.5.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Specifieke diagnose echo

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor specifieke diagnose echo.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U heeft een medische indicatie voor deze zorg
  U krijgt een medische indicatie als er rondom de zwangerschap of de bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts bij behandeling door medisch specialist of echoscopist
- Verloskundige bij behandeling door een medisch specialist of echoscopist
- Physician assistant bij behandeling door een medisch specialist of echoscopist
- Een verwijzing is niet nodig als u al in behandeling bent bij een medisch specialist voor de verloskundige zorg.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Huisarts.
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). U kunt de zorg ook krijgen onder verantwoordelijkheid van een huisarts.
- Verloskundige
  De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Echoscopist.
  Degene die een (para-)medische opleiding op minimaal hbo-niveau heeft afgerond en is ingeschreven in het register voor echoscopie van de KNOV of het register van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN).
  De zorg vindt plaats in echocentrum of prenataal screeningscentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Prenatale screening met medische indicatie (artikel B.5.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Prenatale screening met medische indicatie in de vorm van de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor prenatale screening met medische indicatie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico

- Vanaf 18 jaar kan wel eigen risico gelden voor de diagnostiek

Wat zijn de voorwaarden?
- U heeft een medische indicatie voor deze zorg
  U krijgt een medische indicatie als er rondom de zwangerschap of de bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby.
- Er is een medische indicatie voor invasieve diagnostiek
  Er kan ook een medische indicatie voor invasieve diagnostiek zijn als uit een NIPT een aanmerkelijke kans blijkt op een foetus met een chromosoom afwijking.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts bij behandeling door medisch specialist of echoscopist
- Verloskundige bij behandeling door een medisch specialist of echoscopist
- Een verwijzing is niet nodig als u al in behandeling bent bij een medisch specialist voor de verloskundige zorg.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Huisarts Wbo
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) en die voor prenatale screening: - een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo); of - een samenwerkingsafspraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens de Wet op
  het bevolkingsonderzoek (Wbo).
- Medisch specialist Wbo
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) en die voor prenatale screening: - een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo); of - een samenwerkingsafspraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens de Wet op
  het bevolkingsonderzoek (Wbo).
- Verloskundige Wbo
  Een verloskundige, opgenomen in het kwaliteitsregister van de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen) die voor prenatale screening: - een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo); of - een samenwerkingsafspraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo).
  De zorg vindt plaats in geboortecentrum, kraamhotel, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats.
- Echoscopist Wbo
  Degene die een (para-)medische opleiding op minimaal hbo-niveau heeft afgerond, is ingeschreven in het register voor echoscopie van de KNOV of het register van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN) en die voor prenatale screening: - een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo); of - een samenwerkingsafspraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo).
  De zorg vindt plaats in echocentrum of prenataal screeningscentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Inschrijving en intake kraamzorg (artikel B.5.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Inschrijving en intake kraamzorg
  De intake bestaat uit het bespreken van de kraamzorg (inhoud en aantal uren) die u gaat krijgen na de bevalling.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 1 keer maximaal, per zwangerschap voor inschrijving en intake kraamzorg.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?
- U regelt de kraamzorg zelf. Wij adviseren dit vanaf de 12e, maar uiterlijk in de 16e week van uw zwangerschap te doen.
  Voor advies of hulp kunt u contact met ons opnemen.
- Het aantal uren kraamzorg wordt geïndiceerd op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP)
- De inschrijving en intake kunnen bij u thuis of telefonisch plaatsvinden

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Instelling die kraamzorg levert.
- Kraamverzorgende
  De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
  De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
  - de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
  - is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
  - werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zorg tijdens de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Verloskundige zorg tijdens een thuisbevalling (artikel B.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Thuisbevalling
  Het gaat om de verloskundige zorg tijdens de bevalling zonder medische indicatie. Dit is inclusief voor- en nazorg. U krijgt deze zorg bij u thuis. Hierbij hoort ook de assistentie van een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling (partusassistentie). Deze krijgt u op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie' tot maximaal het aantal uren zoals vastgesteld in het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor verloskundige zorg tijdens een thuisbevalling.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer

Wat zijn de voorwaarden?
- Onder bevalling verstaan wij het einde van de zwangerschap na de 16e week
- De maximumvergoeding per dag en de wettelijke eigen bijdrage per dag blijft hetzelfde, ongeacht of er sprake is van 1 kind of een meerling

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Verloskundige
  De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Huisarts.
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). U kunt de zorg ook krijgen onder verantwoordelijkheid van een huisarts.
- Verpleegkundige.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Kraamverzorgende
  De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
  De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
  ○ de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
  ○ is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
  ○ werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum tijdens bevalling zonder medische noodzaak (artikel B.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Verloskundige zorg in een ziekenhuis of geboortecentrum
  Het gaat om de verloskundige zorg tijdens de bevalling zonder medische indicatie. Dit is inclusief voor- en nazorg. U krijgt deze zorg in een ziekenhuis (poliklinische bevalling in een open verloskamer)of in een geboortecentrum.
  Hierbij hoort ook de assistentie van een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling (partusassistentie). Deze zorg krijgt u op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie' tot maximaal het aantal uren zoals vastgesteld in het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum tijdens bevalling zonder medische noodzaak.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer

Wat zijn de voorwaarden?
- Onder bevalling verstaan wij het einde van de zwangerschap na de 16e week
- De maximumvergoeding per dag en de wettelijke eigen bijdrage per dag blijft hetzelfde, ongeacht of er sprake is van 1 kind of een meerling
- Het ziekenhuis of geboortecentrum declareert de kosten van verloskundige zorg en gebruik van de verloskamer in één bedrag (prestatie)

Uitleg eigen bijdrage en maximale vergoeding
Als u bevalt zonder medische indicatie in een instelling:
  - Is de vergoeding voor moeder en kind 2x € 161,50 per dag. De totale vergoeding is € 323,- voor deze bevalling.
  - Maar wij trekken daar voor beiden € 22,50 aan wettelijke eigen bijdragen vanaf; dat is € 45,-.
  - U krijgt dus € 323,- minus € 45,- = maximaal € 278,- per dag van ons.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Verloskundige
  De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Huisarts.
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). U kunt de zorg ook krijgen onder verantwoordelijkheid van een huisarts.
- Verpleegkundige.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Kraamverzorgende
  De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
  De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
  - de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
  - is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
  - werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Gebruik van verloskamer in ziekenhuis of geboortecentrum tijdens bevalling zonder medische noodzaak (artikel B.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Verloskundige zorg in een ziekenhuis of geboortecentrum
  Het gaat om de verloskundige zorg tijdens de bevalling zonder medische indicatie. Dit is inclusief voor- en nazorg. U krijgt deze zorg in een ziekenhuis (poliklinische bevalling in een open verloskamer)of in een geboortecentrum.
  Hierbij hoort ook de assistentie van een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling (partusassistentie). Deze zorg krijgt u op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie' tot maximaal het aantal uren zoals vastgesteld in het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 278,- maximaal, per bevalling voor gebruik van verloskamer in ziekenhuis of geboortecentrum tijdens bevalling zonder medische noodzaak.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wat zijn de voorwaarden?

- Onder bevalling verstaan wij het einde van de zwangerschap na de 16e week
- De maximumvergoeding per dag en de wettelijke eigen bijdrage per dag blijft hetzelfde, ongeacht of er sprake is van 1 kind of een meerling
- Het ziekenhuis of geboortecentrum declareert de kosten van verloskundige zorg en gebruik van de verloskamer in één bedrag (prestatie)

Uitleg eigen bijdrage en maximale vergoeding

Als u bevalt zonder medische indicatie in een instelling:

- Is de vergoeding voor moeder en kind 2x € 161,50 per dag. De totale vergoeding is € 323,- voor deze bevalling.
- Maar wij trekken daar voor beiden € 22,50 aan wettelijke eigen bijdragen vanaf; dat is € 45,-.
- U krijgt dus € 323,- minus € 45,- = maximaal € 278,- per dag van ons.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg. De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Verloskundige
  De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

- Huisarts.
  Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
  De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). U kunt de zorg ook krijgen onder verantwoordelijkheid van een huisarts.
- Verpleegkundige.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Kraamverzorgende
  De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
  De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
  ○ de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
  ○ is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
  ○ werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum tijdens bevalling met medische noodzaak (artikel B.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Verloskundige zorg tijdens de bevalling in een ziekenhuis onder begeleiding van een medisch specialistisch team
  Het gaat om verloskundige zorg met medische indicatie. Dit is inclusief voor- en nazorg. Als u een medische indicatie krijgt voor uw bevalling, betekent dit dat u in het ziekenhuis moet bevallen onder begeleiding van een medisch specialistisch team. Hierbij hoort ook de assistentie van een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling (partusassistentie). Deze zorg krijgt u op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie' tot maximaal het aantal uren zoals vastgesteld in het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum tijdens bevalling met medische noodzaak.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer

Wat zijn de voorwaarden?
- Onder bevalling verstaan wij het einde van de zwangerschap na de 16e week
- De uren die u na de bevalling op medische indicatie in de instelling verblijft brengen wij in mindering op het totaal aantal kraamuren waar u in de thuissituatie recht op heeft.
  Dit is verplaatste kraamzorg; de geïndiceerde kraamzorg die thuis zou krijgen, krijgt u in de instelling.

- U heeft een medische indicatie voor deze zorg
  U krijgt een medische indicatie als er rondom de zwangerschap of de bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Huisarts
- Verloskundige

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Verpleegkundige.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Kraamverzorgende
  De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
  De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
  ○ de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
  ○ is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
  ○ werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zorg na de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Kraamzorg en verloskundige zorg na een thuisbevalling (artikel B.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Verloskundige zorg na de bevalling bij u thuis
- Kraamzorg na de bevalling bij u thuis

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% van het aantal afgesproken uren verdeeld over maximaal 6 weken voor kraamzorg en verloskundige zorg na een thuisbevalling.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- 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

Wat zijn de voorwaarden?
- U regelt de kraamzorg zelf. Wij adviseren dit vanaf de 12e, maar uiterlijk in de 16e week van uw zwangerschap te doen.
  Voor advies of hulp kunt u contact met ons opnemen.
- De inschrijving en intake voor kraamzorg gebeurt vóór de bevalling of de kraamzorg
  Dit mag bij u thuis of telefonisch. Tijdens de intake bespreekt u het aantal dagen kraamzorg en het aantal uren per dag.
- De kraamverzorgende stelt, in overleg met de verloskundige na de bevalling vast hoeveel uren en dagen er kraamzorg nodig is
  Dit gebeurt aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze website.
- De kraamzorg volgt direct op de bevalling
  De kraamzorg is voor:
  ○ de (biologische) moeder;
  ○ de verzorger (bijv. bij adoptie of draagmoederschap). Een verloskundige of medisch specialist stelt dit vast;
  ○ het geboren kind (of kinderen).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Kraamverzorgende
  De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
  De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
  ○ de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
  ○ is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
  ○ werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).
- Verloskundige
  De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Kraamzorg en verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum na bevalling zonder medische noodzaak (artikel B.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Verloskundige zorg na de bevalling als u kiest voor een bevalling in een ziekenhuis (open verloskamer) of geboortecentrum
  Er is geen medische indicatie geweest voor de bevalling.
- Kraamzorg na de bevalling als u kiest voor een bevalling in een ziekenhuis (open verloskamer) of geboortecentrum
  Er is geen medische indicatie geweest voor de bevalling.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% van het aantal afgesproken uren verdeeld over maximaal 6 weken voor kraamzorg en verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum na bevalling zonder medische noodzaak.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  ○ Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  ○ Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer

Wat zijn de voorwaarden?
- U regelt de kraamzorg zelf. Wij adviseren dit vanaf de 12e, maar uiterlijk in de 16e week van uw zwangerschap te doen.
  Voor advies of hulp kunt u contact met ons opnemen.
- De inschrijving en intake voor kraamzorg gebeurt vóór de bevalling of de kraamzorg
  Dit mag bij u thuis of telefonisch. Tijdens de intake bespreekt u het aantal dagen kraamzorg en het aantal uren per dag.
- De kraamverzorgende stelt, in overleg met de verloskundige na de bevalling vast hoeveel uren en dagen er kraamzorg nodig is
  Dit gebeurt aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze website.
- De kraamzorg volgt direct op de bevalling
  De kraamzorg is voor:
  ○ de (biologische) moeder;
  ○ de verzorger (bijv. bij adoptie of draagmoederschap). Een verloskundige of medisch specialist stelt dit vast;
  ○ het geboren kind (of kinderen).
- Kraamzorg in een instelling telt mee in het totaal aantal uren dat u voor kraamzorg thuis heeft afgesproken
  Tijdens de intake voor kraamzorg heeft u een aantal uren kraamzorg afgesproken. Als u in een instelling (ziekenhuis of geboortecentrum) bevalt en daar nog een aantal dagen verblijft dan krijgt u daar ook kraamzorg. Dit is verplaatste kraamzorg; de kraamzorg die u thuis zou krijgen, krijgt u in de instelling. Deze uren kraamzorg gaan af van de uren die tijdens de intake zijn besproken.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Geboortecentrum
  Een instelling voor eerstelijns verloskundige zorg (ofwel geboortehotel of bevalcentrum) in een ziekenhuis. U kunt hier bevallen en eventueel verblijven tijdens de kraamperiode.
- Kraamhotel
  Een instelling waar u tijdens de kraamperiode kunt verblijven en kraamzorg kunt ontvangen. In een kraamhotel kunt u niet bevallen.
- Kraamverzorgende
  De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
  De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
  ○ de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
  ○ is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
  ○ werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).
- Verloskundige
  De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Kraamzorg en verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum na bevalling met medische noodzaak (artikel B.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Kraamzorg en verloskundige zorg na een bevalling met een medische indicatie in het ziekenhuis
  Het gaat om zorg na de bevalling in een instelling voor medische specialistische zorg. Tijdens een eventuele opname bevat deze zorg ook medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de medisch specialistische zorg horen.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor kraamzorg en verloskundige zorg in ziekenhuis of geboortecentrum na bevalling met medische noodzaak.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer

Wat zijn de voorwaarden?

- De kraamzorg volgt direct op de bevalling
  De kraamzorg is voor:
  - de (biologische) moeder;
  - de verzorger (bijv. bij adoptie of draagmoederschap). Een verloskundige of medisch specialist stelt dit vast;
  - het geboren kind (of kinderen).
- Bij opname of verblijf is de kraamzorg inbegrepen in de opname (verpleging en verzorging)
  Deze uren kraamzorg gaan af van de uren die tijdens de intake zijn besproken.
- U heeft een medische indicatie voor deze zorg
  U krijgt een medische indicatie als er rondom de zwangerschap of de bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Verloskundige
- Huisarts
- Medisch specialist
- Physician assistant
- Verpleegkundig specialist

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Verloskundige
  De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Medisch specialist.
  Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Waar vindt de behandeling plaats?
- Instelling voor medisch specialistische zorg

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zorg zintuigelijk beperkten

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Zorg voor zintuiglijk beperkten (artikel B.25.), zorg voor zintuiglijk beperkten met verblijf of opname (artikel B.25.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Multidisciplinaire geneeskundige zorg voor zintuiglijk beperkten
  De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren.
- Multidisciplinaire geneeskundige zorg met verblijf of opname voor zintuiglijk beperkten
  De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren.

Wat is uw vergoeding?
- Voor zorg voor zintuiglijk beperkten: 100%; en
- Voor zorg voor zintuiglijk beperkten met verblijf of opname: 100%.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor zorg voor zintuiglijk beperkten (artikel B.25.)

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een auditieve beperking (gehoor).
  - U heeft een communicatieve beperking (spraak) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis. Voor niet-autistische kinderen en jong volwassenen tot de leeftijd van 23 jaar.
  - U heeft een visuele beperking (zicht).

Wat zijn de voorwaarden?
- Auditieve beperking volgens FENAC-richtlijnen voor diagnostiek
  Het drempelverlies bij het audiogram bedraagt ten minste 35 dB, of het drempelverlies is groter dan 25 dB.
- Communicatieve beperking door taalontwikkelingsstoornis, vastgesteld volgens multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen
  - de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren; - de taalontwikkelingsstoornis is primair, dus andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) is ondergeschikt aan de taalontwikkelingsstoornis.

- Visuele beperking volgens NOG-richtlijnen voor diagnostiek
  - een gezichtsscherpte van minder dan 0.3 aan het beste oog; of - een gezichtsveld van minder dan 30 graden; of - een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?
- Medisch specialist bij nieuwe stoornis
  Als de stoornis of beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis of beperking is gewijzigd.
  Een medisch specialist verwijst op grond van de NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg .
- Klinisch fysicus bij nieuwe stoornis
  Als de stoornis of beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis of beperking is gewijzigd.
- Huisarts bij bijkomende zorgbehoefte
  Als de stoornis of beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte bijkomt. U heeft geen verwijzing nodig als u eenvoudige revalidatie krijgt door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.
- Jeugdarts bij bijkomende zorgbehoefte
  Als de stoornis of beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte bijkomt. U heeft geen verwijzing nodig als u eenvoudige revalidatie krijgt door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Multidisciplinair team in instelling voor zintuiglijk beperkten
  De zorgverleners in het multidisciplinaire team verlenen zorg zoals omschreven en bedoeld is in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering. Daarnaast voldoen ze aan de eisen en voorwaarden voor zintuiglijk gehandicaptenzorg.
- GZ-psycholoog (namens de orthopedagoog) is eindverantwoordelijk voor de auditieve en communicatie zorg.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Oogarts, GZ-psycholoog of klinisch fysicus is eindverantwoordelijk is voor de geleverde visuele zorg.
  De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Waar vindt de behandeling plaats?
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en blijkt uit de verwijzing

Wat krijgt u niet vergoed?
- Behandeling van taalontwikkelingsstoornis en/of articulatieprobleem in verband met anderstaligheid en dialect
- Behandeling met een onderwijskundig doel
- Taal- of spellingsonderzoek
- Behandeling of onderzoek dat te maken heeft met dyslexie
- Behandeling voor medisch opvoedkundige kwesties

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor zorg voor zintuiglijk beperkten met verblijf of opname (artikel B.25.)

Wat betaalt u zelf?
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een medische indicatie voor verblijf volgens indicatieprotocol.

Wat zijn de voorwaarden?
- De voorwaarden in het indicatieprotocol zijn van toepassing

Heeft u toestemming nodig?
- U heeft toestemming van ons nodig voor verblijf langer dan 1 jaar
  De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer toestemming nodig is.

Kijk voor toestemming in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Toestemming.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?
- Multidisciplinair team in instelling voor zintuiglijk beperkten
  De zorgverleners in het multidisciplinaire team verlenen zorg zoals omschreven en bedoeld is in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering. Daarnaast voldoen ze aan de eisen en voorwaarden voor zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Bijlage Begrippen

Aanvullende verzekering
Een overeenkomst die u als aanvulling op uw basisverzekering kunt afsluiten voor de vergoeding van zorg en zorgkosten.
De inhoud en omvang van uw aanvullende verzekering bepalen wij. Wij hebben deze vastgelegd in uw verzekeringsvoorwaarden.

Afgesproken tarief
Het (gemiddelde) tarief dat wij in contracten met zorgverleners voor bepaalde zorg afspreken. De afgesproken tarieven vindt u op onze website.

AGB-code
Een Algemeen Gegevens Beheer (AGB)-code is een unieke, landelijke code waarmee Vektis de zorgverlener herkent. Vektis is een landelijk register met daarin alle noodzakelijke (zorg)informatie om het declareren, de zorginkoop, het contracteren en het 'gidsen' van de zorg mogelijk te maken.

Behandeling
Het (fysieke of online) contact met een of meer zorgverleners voor zorgverlening of advisering. Onder behandeling verstaan wij geen cursussen en trainingen.

Behandelvoorstel (of voorschrift)
Hierin staat welke zorg (onderzoek, behandeling of therapie) u nodig heeft. Voor medicijnen krijgt u een recept.

Buitenland
Elk ander land dan het land waar u woont.

CAK
Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) staat genoemd in artikel 6.1.1., eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

Consult
Een contact met een zorgverlener. Het kan gaan om advies, een doorverwijzing, een gesprek over de voorgeschiedenis, lichamelijk onderzoek, het stellen van een diagnose of een aanvullend onderzoek als dit medisch noodzakelijk is.

Dagbehandeling
Zorg op een afdeling voor dagverpleging in een instelling voor medisch specialistische zorg (zoals een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum). Het kan ook gaan om medisch onderzoek of een behandeling in een instelling voor revalidatie. De zorg is algemeen voorzienbaar en duurt een aantal uren. Er is geen sprake is van een opname.

DBC Zorgproduct

Een Diagnose Behandel Combinatie (DBC-zorgproduct of DBC) is een code die het totale behandeltraject binnen de medisch specialistische zorg (MSZ) beschrijft. Een DBC bevat alle kosten die de zorgverlener maakt om u de juiste zorg te kunnen geven. Het tarief van een DBC is een gemiddelde van de gemaakte kosten bij een bepaald behandeltraject.
De startdatum van een DBC is de datum van het eerste contact met de zorgverlener en is bepalend voor de vergoeding. De nota handelen wij af op de startdatum van de DBC. Als de ingangsdatum van een DBC buiten de looptijd van uw verzekering valt, dan vallen de kosten van die DBC buiten de dekking.

Een ziekenhuis ook behandelingen in rekening brengen die niet onder de DBC vallen maar onder ‘overige zorgproducten’ (OZP). Het gaat dan bijvoorbeeld om enkelvoudige behandelingen waar geen behandeltraject aan vast zit zoals:

- vooronderzoeken, nacontroles en laboratoriumonderzoek;
- kaakchirurgie;
- specifieke dure zorg; bijvoorbeeld intensive care zorg, dure medicijnen en bloedproducten.

Diagnostiek

Het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem, de ziekte of aandoening van een patiënt.

EU- en EER-staat

De EU-staten (Europese Unie) zijn:
België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische Eilanden), Tsjechië en Zweden.
Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.
Niet tot de EU behoren onder andere: Andorra, Monaco, de Kanaaleilanden, Man, San Marino en Vaticaanstad.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn: bovenstaande EU-staten, Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Toelichting: Het Verenigd Koninkrijk inclusief Gibraltar hebben per 31 januari 2020 de EU verlaten.

Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de rekening staat. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten die u heeft gemaakt en aan u in rekening zijn gebracht.

Hulpmiddelen in bruikleen

Dit zijn medische hulpmiddelen die u mag gebruiken zolang u bij ons hiervoor verzekerd bent.
Wij of de zorgverlener sluiten hiervoor een bruikleenovereenkomst met u. Hierin staan uw rechten en verplichtingen bij bruikleen. Bij beëindiging van uw verzekering moet u het hulpmiddel teruggeven.

Wij vergoeden rechtstreeks aan de zorgverlener als u het hulpmiddel van een gecontracteerde zorgverlener in bruikleen krijgt.
Koopt u een hulpmiddel dat normaal in bruikleen wordt gegeven bij een niet-gecontracteerde zorgverlener dan krijgt u niet zondermeer de gehele aanschafwaarde vergoed. Wij vergoeden aan u dan de gebruikskosten voor een jaar zoals we die ook bij een gecontracteerde zorgverlener vergoeden.

Voor hulpmiddelen in bruikleen bent u geen kosten verschuldigd; daarom betaalt u hiervoor geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.

Hulpmiddelen in eigendom
Dit zijn hulpmiddelen die u volgens uw verzekeringsvoorwaarden in eigendom krijgt. Die zijn dan van u, u bent de eigenaar. De aanschafkosten verrekenen wij met uw eigen risico.
Als u een hulpmiddel in eigendom krijgt, is dit voor eigen gebruik. U mag u dit hulpmiddel niet doorverkopen.

Jaar
Kalenderjaar. Alleen als het gaat om de leeftijd van iemand, bedoelen wij niet 'kalenderjaar' maar levensjaar.

Ketenzorg
Ketenzorg is multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. Ketenzorg heeft een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden.

Maand
Kalendermaand.

Marktconform tarief
Dit is het tarief dat in de Nederlandse markt in redelijkheid passend is voor een bepaalde behandeling. Hierbij kijken we welke bedragen zorgverleners gemiddeld in rekening brengen voor die behandeling. Dit betekent dat wij onredelijk hoge bedragen niet helemaal vergoeden.
Zie hiervoor ook artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

(Medisch) adviseur
De arts, apotheker, tandarts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons adviseert. Het gaat dan om advies over medische zorg, farmacotherapeutische zorg, tandheelkundige zorg, fysiotherapeutische zorg of een ander zorginhoudelijk vakgebied.

Medische indicatie
De aandoening of ziekte die een arts (vermoedt of) vaststelt waarmee u toegang krijgt tot bepaalde zorg.

Ongeval
Een plotselinge, onverwachte en niet gewilde gebeurtenis van buitenaf. Deze gebeurtenis leidt rechtstreeks tot objectief medisch aan te tonen fysiek letsel.
Dit geldt ook als u de gebeurtenis niet heeft voorzien en redelijkerwijs ook niet kon voorzien.

We stellen een acute ernstige ziekte gelijk met een ongeval als:
- zorg op medische gronden direct nodig en niet uit te stellen is of als een ziekte of aandoening levensbedreigend is; en
- deze benodigde zorg onder de basisverzekering valt; en
- naar objectieve medische maatstaven binnen een halfjaar geen herstel te verwachten is.
  Voorbeeld ongeval
- wondinfectie of bloedvergiftiging;
- verstuiking, ontwrichting of scheuring van band- en spierweefsel;
- het (onvrijwillig) binnenkrijgen van of vergiftiging met gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen of voorwerpen, behalve wanneer sprake is van bewust gebruik van alcohol, medicijnen of drugs;
- besmetting door ziekteverwekkers of vergiftiging als u onvrijwillig in een (vloei)stof valt, of als u er zelf ingaat om een mens, dier of voorwerp te redden;
- verdrinking, verstikking, bevriezing, onderkoeling, zonnesteek of verbranding (anders dan door zonnebaden), blikseminslag of andere elektrische ontlading, of in aanraking komen met bijtende stoffen;
- natuurgeweld zoals aardbeving, overstroming, tsunami/vloedgolf, orkaan of vulkanische uitbarsting;
- verhongering, uitdroging en uitputting;
- complicaties of verergering van letsel na een noodzakelijke medische behandeling na een ongeval;
- besmetting met HIV door een bloedtransfusie of een injectie met een besmette naald tijdens behandeling in een ziekenhuis.

Opname
Een periode van verpleging en behandeling met overnachting op een afdeling voor verpleging in een instelling voor medisch specialistische zorg (zoals een ziekenhuis). De opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geneeskundige zorg.
We bedoelen niet verblijf in een polikliniek, niet een dagopname of spoedeisende hulp en ook niet verblijf in een instelling voor revalidatie.

Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw basisverzekering. Hierbij gelden deze regels:
- bij een onderbreking van uw opname korter dan 31 dagen tellen de dagen van de onderbreking niet mee, maar tellen we na de onderbreking wel verder voor het totaal;
- bij een onderbreking van uw opname van meer dan 30 dagen gaan we na de onderbreking opnieuw tellen voor het totaal;
- bij een onderbreking voor weekend- en vakantieverlof tellen deze dagen van onderbreking wel mee voor het totaal aantal dagen.

Polis(blad)
Het bewijs van verzekering.

Schriftelijk
Een fysieke of digitale informatiedrager waarbij de informatie begrijpelijk is, bewaard kan worden en reproduceerbaar is. Onder digitale informatiedrager verstaan wij ook internet en e-mailberichten. Onder schriftelijk valt bijvoorbeeld communicatie per brief, e-mail of via de Mijn-omgeving.

Spoedeisende zorg
Onverwachte en onvoorzienbare acute medische zorg die u krijgt in situaties waarin er zonder onmiddellijk ingrijpen gevaar bestaat voor overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade.

Tarief
Het geldbedrag voor verleende zorg of geleverde middelen dat we als uitgangspunt nemen voor vergoeding van die zorg of middelen. We kennen verschillende soorten tarieven.

Verdragsland
Nederland heeft een verdrag over sociale zekerheid gesloten met daarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg met: Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.
Ook dit zijn verdragslanden:
- alle lidstaten van de Europese Unie (EU) behalve Nederland;
- alle staten die deelnemer zijn bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte (EER);
- Zwitserland;
- Verenigd Koninkrijk.

Verwijzing
Voor bepaalde zorg moet u vóór een consult of vóór de aanvang van de zorg een verwijzing (verwijsbriefje) hebben. Deze verwijzing is het advies van een zorgverlener om voor een consult of zorg naar een ander zorgverlener te gaan. In de voorwaarden noemen we onder 'verwijzing' welke zorgverlener deze verwijzing moet afgeven.

Verzekerde
Degene die recht heeft op (vergoeding van) verzekerde zorg volgens onze verzekeringsvoorwaarden. De verzekerde kan ook verzekeringnemer zijn.
In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij verzekerde en verzekeringnemer aan met 'u' en 'uw'. Uit de strekking en inhoud van de verzekeringsvoorwaarden kunt u opmaken of wij de verzekerde of de verzekeringnemer bedoelen.
Waar we spreken van 'hij', 'hem' en 'zijn', kan ook respectievelijk 'zij', 'haar' en 'haar' gelezen worden.

Verzekering
Een overeenkomst van verzekering kan bestaan uit een basisverzekering met eventueel één of meer aanvullende verzekeringen.
Als de verzekering bestaat uit een combinatie van 2 of meer overeenkomsten van verzekering dan bevat die ten hoogste één basisverzekering.

Verzekeringnemer
Degene die de verzekering met ons heeft gesloten, de premie en kosten moet betalen en als enige de verzekering kan wijzigen en opzeggen. De polis staat op naam van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer kan ook verzekerde zijn.
In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met 'u' en 'uw'. Uit de strekking en inhoud van de verzekeringsvoorwaarden kunt u opmaken of wij de verzekerde of de verzekeringnemer bedoelen.
Waar we spreken van 'hij', 'hem' en 'zijn', kan ook respectievelijk 'zij', 'haar' en 'haar' worden gelezen.

Wettelijke eigen bijdrage
Zorg die in uw basisverzekering zit en waarvan u kosten geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen. Eigen bijdragen zijn wettelijk vastgesteld. Een wettelijke eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten.
Wettelijke eigen bijdrage is iets anders dan eigen risico. Wettelijke eigen bijdragen en eigen risico kunnen naast elkaar gelden voor dezelfde verzekerde zorg. Dit betekent dat een wettelijke eigen bijdrage én eigen risico voor uw rekening kunnen komen.

Wettelijk maximum tarief

Het maximale tarief dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vaststelt voor bepaalde zorg. Het tarief van de zorgverlener mag dus niet hoger maar wel lager zijn.

Wettelijk vast tarief

Het vaste tarief dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vaststelt voor bepaalde zorg. Het tarief van de zorgverlener mag dus niet hoger en ook niet lager zijn. Deze tarieven noemen wij ook wel 'punttarieven'.

Bijlage Algemene Voorwaarden

A.1A. Aanvullende begrippen

Gezinsleden
Gezinsleden wonen op hetzelfde adres en vormen een gezamenlijke huishouding. Hieronder verstaan wij:
- volwassenen die elkaars enige levenspartner zijn;
- kinderen tot 18 jaar (ook adoptiekinderen en pleegkinderen);
- thuiswonende of studerende kinderen van 18 jaar tot en met 30 jaar;
- een bedrijf of instelling die een collectieve overeenkomst met ons heeft kan ook iemand als gezinslid aanwijzen.
  Een gezinslid heeft een eigen polis of is meeverzekerd op de polis van een ander gezinslid.

A.2. Verzekeringsgrondslag

Polisblad
Uw verzekering(en) staan op uw polisblad. U krijgt van ons ieder jaar een nieuw polisblad. U krijgt ook een nieuw polisblad als er verandering is in de gegevens op uw polis.

Zie ook:
- Polisblad (begrippen)

Algemene basis van uw verzekering
Wij baseren uw verzekering op:
- uw aanmeldformulier met de gegevens die u invult of die iemand namens u invult;
- informatie en verklaringen die wij van u krijgen of van iemand anders namens u;
- de door u gekozen verzekeringen die op uw polisblad staan;
- de verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekering(en) horen;
- protocollen, reglementen en bijlagen;
- eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten.

Grondslag van uw basisverzekering
Uw basisverzekering is ook gebaseerd op:
- de Zorgverzekeringswet;
- het Besluit zorgverzekering;
- de Regeling zorgverzekering;
- de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- de regelingen van bevoegde toezichthouders over zorgverzekeringen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland ('standpunten').

Controle van uw polisblad
U moet de gegevens op uw polisblad controleren.
Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje
U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.
Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt waardoor u ook een fysieke pas ontvangt. Dit kan een pasje zijn met of zonder EHIC.

Geldende verzekeringsvoorwaarden
Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren.
Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden
De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet
De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.
Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen
De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:
- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit? Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep. Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit? Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie. Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig. De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit? Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruikstermijn.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling
Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking
Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres
U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.
Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.
In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.
Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres
Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:
- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
  -- de ingangsdatum van uw dienstverband;
  -- inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.

Zie ook:
- Maand (begrippen)

Ingangsdatum en wijziging
Uw verzekering gaat in op de datum waarop wij uw aanmelding ontvangen. Als u nog bij een andere verzekeraar verzekerd bent dan kunt u aangeven dat uw verzekering later in moet gaan. De ingangsdatum moet wel aansluiten op uw vorige verzekering. De ingangsdatum van uw verzekering staat op uw polisblad.
U kunt aangeven dat uw verzekering veranderd moet worden. Dan beëindigen wij de verzekering die u op dat moment heeft omdat deze niet tegelijk met uw nieuwe verzekering kan lopen. Uw nieuwe verzekering komt dan dus in de plaats van uw oude verzekering.

Ingangsdatum basisverzekering met terugwerkende kracht
U wilt uw basisverzekering laten ingaan op de dag waarop uw verzekeringsplicht ontstaat. Dit kan als uw aanvraag binnen 4 maanden na deze ingangsdatum bij ons binnen is.

Zie ook:
- Maand (begrippen)

Verzekeringsduur basisverzekering
Uw basisverzekering duurt één heel jaar. Gaat uw basisverzekering in de loop van het jaar in? Dan duurt uw basisverzekering tot 1 januari.

Jaarlijkse verlenging
Wij verlengen uw verzekering op 1 januari steeds met één jaar. Wij geven dit aan u door samen met de veranderingen voor het nieuwe verzekeringsjaar. U kunt dan uw verzekering veranderen of opzeggen.

Als u ten onrechte niet verzekerd bent
Moet u zich volgens de Zorgverzekeringswet verzekeren voor een basisverzekering maar bent u (nog) niet verzekerd? Dan kunt u zich alsnog bij ons aanmelden. We moeten dan wel alle documenten die nodig zijn op tijd ontvangen:
- binnen 4 maanden nadat uw verzekeringsplicht is ingegaan; of
- binnen 1 maand nadat uw eerdere basisverzekering is beëindigd.

Zie ook:
- Maand (begrippen)

A.5. U wil uw verzekering beëindigen

Herroeping
Heeft u een (nieuwe) verzekering afgesloten? Dan mag u uw verzekering gratis herroepen. Herroepen betekent dat uw verzekering eindigt alsof deze niet heeft bestaan. Dat kan ook met terugwerkende kracht. U hoeft hier geen reden voor op te geven.
Voor herroeping gelden de volgende voorwaarden:
- u bent de verzekeringnemer;
- de herroeping is schriftelijk;
- de herroeping gaat om een verzekering die u kort geleden heeft afgesloten;
- de herroeping is binnen 14 dagen nadat de verzekering is ingegaan of binnen 14 dagen nadat u de polis heeft ontvangen.
  Als u al premie en kosten heeft betaald dan krijgt u deze binnen 30 dagen terug. Heeft u al vergoedingen ontvangen? Dan moet u deze binnen 30 dagen terugbetalen nadat u daarover bericht van ons heeft gehad.

Opzeggen of veranderen
U mag uw verzekering ieder jaar per 1 januari opzeggen. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?
- u moet schriftelijk opzeggen;
- uw opzegging moeten wij uiterlijk 31 december ontvangen.

U mag uw verzekering ieder jaar per 1 januari veranderen. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?
- u moet de verandering schriftelijk doorgeven;
- uw verzoek moeten wij uiterlijk 31 december ontvangen.
  Als wij de verandering goedkeuren, stopt uw oude verzekering tegelijk op 1 januari.

Zie ook:
- Verzekeringnemer (begrippen)

Opzeggen door verzekering bij andere zorgverzekeraar
Krijgen wij een bericht dat u zich bij een andere verzekeraar heeft aangemeld voor een zorgverzekering? Dan gaan wij ervan uit dat u uw verzekering(en) bij ons opzegt. Uw verzekering bij ons stopt op 1 januari nadat wij het bericht ontvangen.

Verandering van voorwaarden van uw basisverzekering
Veranderen wij de verzekeringsvoorwaarden van uw basisverzekering? En is dat in uw nadeel? Dan krijgt u van ons bericht wat er verandert en wat voor keuzes u heeft. U kunt uw verzekering dan per diezelfde datum opzeggen of veranderen in een andere basisverzekering.
Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?
- U moet schriftelijk opzeggen of veranderen;
- De opzegging of verandering moet u binnen 30 dagen na ons bericht opsturen.
  Als u uw verzekering wil veranderen, krijgt u van ons nieuwe verzekeringsdocumenten en verzekeringsvoorwaarden.

Gaat het om een verandering in uw basisverzekering omdat de wet verandert ? Dan kunt u uw verzekering niet opzeggen of veranderen.

Verandering van premiegrondslag van uw basisverzekering
Verhogen wij de premiegrondslag van uw verzekering? Dan krijgt u daar minstens 7 weken van tevoren bericht over. U kunt uw verzekering dan opzeggen of veranderen in een andere basisverzekering. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?
- U moet schriftelijk opzeggen of veranderen;

- De opzegging of verandering moet u opsturen voordat de nieuwe premiegrondslag ingaat. Uw verzekering stopt of verandert op de dag dat de nieuwe premiegrondslag ingaat. Als u uw verzekering wil veranderen, krijgt u van ons nieuwe verzekeringsdocumenten en verzekeringsvoorwaarden.

Andere werkgevers collectiviteit
Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever? En gaat u aansluitend bij een andere werkgever werken met een andere collectieve verzekering? Dan kun u (verzekeringnemer) uw collectieve verzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U moet dat schriftelijk aan ons doorgeven. Dat moet binnen 30 dagen nadat u begonnen bent bij uw nieuwe werkgever.
Wat zijn de mogelijkheden?
- U heeft bij ons een collectieve verzekering en kunt bij uw nieuwe werkgever een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluiten. U zegt daarom uw oude collectieve verzekering bij ons op. Deze collectieve verzekering bij ons eindigt dan op de dag dat u bij uw oude werkgever uit dienst gaat; of
- u heeft een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar en u kunt bij uw nieuwe werkgever een collectieve verzekering bij ons afsluiten. U zegt daarom uw oude collectieve verzekering bij de andere zorgverzekeraar op. Bij ons vraagt u een nieuwe collectieve verzekering aan. Gaat uw nieuwe baan in op de 1e van een maand? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering ook op die dag in. Anders gaat uw nieuwe collectieve verzekering in op de 1e dag van de volgende maand. Uw oude collectieve verzekering eindigt ook op die dag; of
- u heeft bij ons een collectieve verzekering en u kunt bij uw nieuwe werkgever een andere collectieve verzekering bij ons afsluiten. U vraagt ons dan om te wisselen van de oude naar de nieuwe collectieve verzekering. Gaat uw nieuwe baan in op de 1e van een maand? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering ook op die dag in. Anders gaat uw nieuwe collectieve verzekering in op de 1e dag van de volgende maand. Uw oude collectieve verzekering eindigt ook op die dag.

Zie ook:
- Maand (begrippen)

Verzekering voor iemand anders
Had u (verzekeringnemer) een verzekering voor iemand anders gesloten? En heeft deze verzekerde zelf een verzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze eerste verzekering ook in de loop van het jaar opzeggen.

Wanneer eindigt de opgezegde verzekering?
- Ontvangen wij uw opzegging uiterlijk op de dag vóór de ingang van de nieuwe verzekering? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe verzekering.
- Ontvangen wij uw opzegging op de dag van de ingang van de nieuwe verzekering of daarna? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de laatste dag van de lopende maand, waarin wij de opzegging ontvangen.

Zie ook:
- Verzekerde (begrippen)
- Verzekeringnemer (begrippen)

Basisverzekering via CAK opzeggen of veranderen
Heeft het CAK voor u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dat kan als u geen basisverzekering heeft maar deze wel zou moeten hebben volgens de zorgverzekeringswet.

Kunt u deze verzekering opzeggen?
Dit kan als u aan ons en aan CAK kunt bewijzen dat u zelf al een andere basisverzekering heeft afgesloten. U moest deze afsluiten binnen 3 maanden na de mededeling van CAK dat u onterecht niet verzekerd was.

Wanneer kunt u deze verzekering opzeggen?
Binnen 2 weken nadat CAK u heeft meegedeeld dat zij voor u een basisverzekering bij ons heeft afgesloten. De verzekering stopt dan op de ingangsdatum, alsof deze niet heeft bestaan.

In alle andere gevallen kunt u de basisverzekering van het CAK de eerste 12 maanden niet opzeggen.

Zie ook:
- CAK (begrippen)

Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?
U kunt uw verzekering niet opzeggen of veranderen:
- als u de premie en kosten niet op tijd aan ons heeft betaald; en
- als wij u een herinnering hebben gestuurd om alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- als wij de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (tijdelijk gestopt) hebben; en
- als wij niet binnen 14 dagen akkoord gaan met uw opzegging.

Dat betekent dat u dus ook niet kunt opzeggen of veranderen:
- aan het einde van een contractjaar;
- bij verandering van de premie(grondslag);
- bij verandering van de ene collectiviteit naar een andere collectiviteit;
- als u een verzekering voor iemand anders had afgesloten maar deze persoon krijgt een andere verzekering.

Als u alle premies en kosten volledig aan ons betaald heeft, kunt u uw verzekering weer veranderen of opzeggen per de eerstkomende 1 januari.

A.6. Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

Beëindiging als de wet dat eist
In volgende situaties beëindigen wij uw verzekering:
- als wij geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Hier is sprake van wanneer onze vergunning als schadeverzekeringsbedrijf verandert of wordt ingetrokken. Wij sturen u 2 maanden van tevoren hierover een bericht;
- als u overlijdt. Dat moet binnen 30 dagen na de overlijdensdatum aan ons worden doorgegeven.

Beëindiging als de wet dat eist bij uw basisverzekering
Er zijn twee situaties waarin wij uw basisverzekering moeten beëindigen:
- als wij ons werkgebied hebben veranderd en u daardoor buiten ons nieuwe werkgebied woont. Wij geven dat uiterlijk 2 maanden van tevoren aan u door. Uw verzekering eindigt de dag nadat ons werkgebied is veranderd.
- als uw verzekeringsplicht uit de Zorgverzekeringswet eindigt. U moet dat zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Uw verzekering eindigt de dag nadat uw verzekeringsplicht is geëindigd.

U bent onrechtmatig verzekerd voor uw basisverzekering
Bent u verzekerd voor een basisverzekering terwijl u niet verplicht verzekerd moet zijn? Dan beëindigen wij uw basisverzekering vanaf de ingangsdatum. Dat betekent dat de basisverzekering nooit heeft bestaan.

Bij misdrijf of overtreding
Bent u schuldig aan een (poging tot) misdrijf of overtreding tegenover ons of tegenover een gecontracteerde zorgverlener? Hieronder vallen ook oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij mogen dan:
- uw verzekering(en) bij ons onmiddellijk beëindigen;
- uw aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg stoppen;
- vergoedingen terugvorderen die u heeft gekregen;
- kosten van onderzoek door u laten betalen;
- aangifte doen bij de politie;
- u (laten) registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

Als wij de verzekering niet meer aanbieden of uitvoeren
Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering die u heeft. Wij kunnen deze dan beëindigen of vervangen door een andere verzekering. U ontvangt dan van ons hierover een bericht.

Van collectiviteit naar individuele aanvullende verzekering
Als uw deelname aan de collectiviteit stopt dan veranderen wij uw collectieve aanvullende verzekering in een individuele aanvullende verzekering. U krijgt de verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had.
Wil u dit niet? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door dan laten we de nieuwe aanvullende verzekering niet ingaan.

Beëindigingspolis (royement)
Is uw verzekering beëindigd? Dan sturen wij u een 'beëindigingspolis' (royementsverklaring). Daarop staat welke verzekerden en welke verzekeringen er op de polis stonden, wat de premie was en wat de einddatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

Welke premie en kosten betaalt u voor uw basisverzekering?
U betaalt premie voor alle verzekerden op uw polis. De basis van de premie is de premiegrondslag: de bruto premie zonder kortingen.
U kunt korting krijgen op uw premie:
- als u kiest voor een vrijwillig eigen risico (dus naast het verplichte eigen risico);
- als u voor een langere periode dan één maand vooruit betaalt (betaaltermijnkorting).

U betaalt ook kosten. Het gaat dan om:
- rekeningen die wij voor u aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten;
- verplicht eigen risico en eigen bijdrages die u zelf moet betalen door wettelijke regelingen;
- toeslagen of extra kosten als u bijvoorbeeld niet via automatische afschrijving betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen voor een vrijwillig eigen risico staan op uw premiebijlage zijn in euro's.

Zie ook:
- Polisblad (begrippen)

Premie basisverzekering tot 18 jaar
De premie voor kinderen tot 18 jaar is € 0,-. Is de verzekerde 18 geworden? Dan betaalt u premie vanaf de 1e dag van de volgende maand.

Hechtenis of gevangenschap
Ben u in hechtenis (in huis van bewaring) of in de gevangenis? Dan onderbreken wij uw verzekering en hoeft u geen premie en kosten te betalen. Als u niet meer in hechtenis of gevangenschap bent, moet u dat aan ons doorgeven. Uw verzekering gaat dan weer verder en dan moet u weer premie en kosten gaan betalen.

Begin, verandering of einde van de verzekering
Verandert uw verzekering aan het einde van een betalingsperiode? Dan berekenen wij de premie en het eigen risico voor de volgende betalingsperiode opnieuw.
Begint, verandert of eindigt uw verzekering tijdens een betalingsperiode? Of wordt er een verzekerde bijgeschreven of uitgeschreven? Dan berekenen wij de premie en het eigen risico voor de volgende betalingsperiode ook opnieuw. We houden daarbij rekening met het moment van dat begin, de verandering of de beëindiging. Het kan zijn dat u geld terugkrijgt of dat u moet bijbetalen of dat we het verschil verrekenen.

A.8. Betaling van premie en kosten

Volledig en op tijd betalen
U moet als verzekeringnemer alle premies en kosten betalen. Deze betaalt u per 'betalingsperiode'. Een betalingsperiode is één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar.
U moet volledig betalen. Wat betekent dat?
- u betaalt voor de betalingsperioden die geweest zijn;
- u betaalt voor de lopende betalingsperiode;
- en u betaalt voor de eerstvolgende betalingsperiode. U betaalt dus altijd vooruit.
  U moet ook op tijd betalen. Wat betekent dat?
- het totale bedrag moet uiterlijk bij ons binnen zijn op de datum die op uw premienota staat;
- als u via automatische incasso betaalt, schrijven wij dat bedrag in de laatste week voor de eerstvolgende betalingsperiode af;
  -- u ontvangt eerst van ons bericht voordat wij het bedrag van uw rekening afschrijven;
  -- u zorgt voor voldoende geld op uw bankrekening;
  -- kan het totale bedrag niet in de laatste week voor de eerstvolgende betalingsperiode afgeschreven worden? Dan kunt u met ons een ander moment voor de automatische incasso afspreken.
- Betaalt u anders dan met premienota of automatische incasso? Dan moet het totale bedrag vóór de afgesproken betalingsperiode bij ons binnen zijn.

Hebben wij al deze premies en kosten ontvangen? Dan heeft u voldaan aan uw betalingsplicht.

Zie ook:
- Maand (begrippen)
- Verzekeringnemer (begrippen)

Verrekening
Wat kan wel en wat kan niet?
- Als u een schuld bij ons heeft dan kunt u uw schuld niet verrekenen met geld dat u nog van ons tegoed heeft.
- Wij mogen uw schuld wel verrekenen met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en).
- Uw schuld verrekenen wij niet met geld waar u nog recht op heeft vanuit een Persoons Gebonden Budget (PGB).

Manier van betalen
U heeft gekozen voor een digitale polis en digitale communicatie. Daarom kunt u de premies en kosten alleen via automatische incasso betalen.

A.9. Betalingsachterstand

Wat doen wij als u uw premie en kosten niet op tijd betaalt?
Als u niet op tijd en volledig betaalt, doen wij het volgende:
- wij sturen u een herinnering;
- als u daarna niet binnen 14 dagen betaalt dan sturen wij een 2e herinnering;
- wij verrekenen uw schuld met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en);

- als er dan nog schuld over is dan moet u die nog betalen. Daarvoor schakelen wij een deurwaarder in.

Aflossen van uw schuld
Met elk bedrag dat wij van u krijgen lost u een deel van uw schuld af.

Wat doen wij als u een betalingsachterstand heeft?
Als u uw premie en kosten niet op tijd betaalt kunnen wij:
- de dekking van uw aanvullende verzekering(en) even stopzetten (opschorten). Dat doen wij als uw schuld niet verrekend kan worden met geld waar u nog recht op heeft. Op de dag dat al uw schulden aan ons zijn betaald, heeft u weer recht op dekking uit uw aanvullende verzekering(en).
- uw aanvullende verzekering(en) beëindigen. U heeft dan geen aanvullende verzekering(en) meer.

Aanmelding bij het CAK van uw basisverzekering
Heeft u na 6 maanden nog steeds een betalingsachterstand voor uw basisverzekering? Dan melden we dat bij het CAK. U moet dan voor uw basisverzekering een premie aan het CAK betalen in plaats van premie aan ons. Dit heet een bestuursrechtelijke premie en is in de wet geregeld. De hoogte van deze premie bepaalt de overheid.

Wanneer stopt de bestuursrechtelijke premie en moet u weer premie aan ons betalen?
- als alle schuld voor uw basisverzekering is betaald;
- als de rechter bepaalt dat u onder 'de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen uit de Faillissementswet' valt;
- als u deel neemt aan een schuld(sanerings)regeling waar wij ook aan deelnemen. Dit moet wel geregeld zijn via een professionele schuldhulpverlener;
- als u een betalingsregeling heeft afgesproken met ons of met een van onze incassopartners.

De bestuursrechtelijke premie wordt dan weer omgezet naar een premie bij ons op de eerste dag van de volgende maand.

Wanneer moet u weer premie aan het CAK gaan betalen in plaats van aan ons?
- als de schuld(sanerings)regeling niet goed is gegaan en daarom is gestopt;
- als wij van het CAK een melding krijgen dat u eerder bent gestopt met een afgesproken regeling. Of dat u daar helemaal niet aan heeft meegedaan.

De premie bij ons wordt dan weer omgezet naar een bestuursrechtelijke premie op de eerste dag van de volgende maand.

We willen meer schulden voorkomen. Daarom sturen wij uw gemeente een bericht als u een premieachterstand heeft van 2 of meer maanden. Dit doen wij voordat wij u aanmelden bij het CAK. De gemeente kan dan samen met ons een regeling treffen over uw betalingsachterstand. Als u aan de voorwaarden voldoet, bent u van uw schulden af.

Zie ook:
- CAK (begrippen)
- Maand (begrippen)

Betaaltermijnkorting vervalt
Betaalt u langer dan één maand vooruit en krijgt u een betalingsachterstand? Dan veranderen wij de betalingsperiode naar één maand. U verliest dan de korting die u kreeg omdat u langere tijd vooruit betaalde. Deze betaaltermijnkorting vervalt voor alle verzekeringen waar u verzekeringnemer van bent. U kunt niet opzeggen omdat de korting vervalt.

Zie ook:
- Maand (begrippen)
- Verzekeringnemer (begrippen)

Aflossen van uw schuld van uw basisverzekering
U lost eerst de schuld over uw basisverzekering af. U begint daarbij met het deel dat het langst openstaat.

Aflossen van uw schuld van uw aanvullende verzekering
Daarna lost u de schuld over uw aanvullende verzekering(en) af. U begint daarbij met het deel dat het langst openstaat.

Schuld uit meer betalingsperioden
Heeft u langere tijd niet betaald en heeft u daardoor schuld over meerdere perioden? Dan begint u met aflossen van de oudste periode. U moet uw schulden van alle verzekeringen per periode helemaal aflossen voordat u een volgende periode aflost. Dus zowel die van de basisverzekering als voor de aanvullende verzekering(en) van die periode.
U kunt uw schuld dus niet splitsen.
Voorbeeld
U kunt niet kiezen om eerst de premies af te lossen en daarna de andere schulden. Of eerste de premies en kosten van de basisverzekering te betalen en daarna pas die van de aanvullende verzekering(en).

A.10 Premie en kosten na beëindiging

Openstaande premie en kosten
Heeft u uw verzekering bij ons opgezegd en moet u nog premie of kosten betalen?
Als u een andere of nieuwe verzekering bij ons afsluit dan gaan we verrekenen. We verrekenen de openstaande schuld van uw oude verzekering met de vergoedingen uit uw nieuwe verzekering.
Moet u nog premie of kosten betalen? Dan stellen we vergoedingen uit totdat u alles betaald heeft.

Onrechtmatige basisverzekering
Heeft u een basisverzekering afgesloten maar bent u niet wettelijk verplicht om een basisverzekering te hebben? Dan stoppen wij deze per de ingangsdatum. De premie en kosten die u heeft betaald, verrekenen we met onze vergoedingen. Het verschil betalen wij u terug of moet u aan ons terugbetalen.

Teveel betaald in een betalingsperiode
Stopt of verandert uw verzekering nadat u al premie heeft betaald?
Wij berekenen uw premie en eigen risico opnieuw. Als u teveel heeft betaald, betalen wij u die terug. Of we verrekenen met de nieuwe premie. U krijgt van ons bericht op welke manier we dit verwerken.

Teveel betaald nadat wij uw verzekering stoppen
Wij kunnen uw verzekering stoppen vanwege een (poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. U krijgt dan de door u betaalde premie en kosten niet terug.

A.12. Verplicht eigen risico

Eigen risico bij uw basisverzekering
Het eigen risico is het bedrag dat u eerst zelf moet betalen voor zorg uit de basisverzekering. Dit geldt voor iedereen vanaf 18 jaar.

Verplicht eigen risico
Voor de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico van € 385,- voor een heel jaar. De overheid stelt dit ieder jaar opnieuw vast.

Zie ook:
- Jaar (begrippen)

Vrijwillig eigen risico
Voor uw basisverzekering kunt u het verplicht eigen risico verhogen met een vrijwillig eigen risico. U krijgt dan korting op de premie. De verschillende eigen risico's en bijbehorende kortingen op de premie vindt u in de premiebijlage.

Voor welk jaar geldt het eigen risico
We verrekenen de kosten met uw eigen risico van het jaar waarin u zorg krijgt. De rekening moet dan wel uiterlijk in het volgende jaar bij ons binnen zijn.
Voorbeeld
Een behandeling die u in 2024 heeft, mag niet meer verrekend worden met het eigen risico als wij de rekening in 2026 ontvangen.
De kosten worden wel met het eigen risico van 2024 verrekend als u de rekening zelf heeft laten liggen en wij deze pas ontvangen in 2026.

Voor welk jaar geldt het eigen risico bij een DBC
Krijgt u medisch specialistische zorg die een jaarwisseling overgaat? En krijgt u een rekening met een DBC-zorgproductcode?
De startdatum van de DBC bepaalt de vergoeding. De kosten zijn dan voor het eigen risico van het jaar van de startdatum.
Op de rekening kunnen ook kosten staan voor Overige Zorg Producten (OZP). Deze kosten zijn voor het eigen risico van het jaar waarin de zorg is geleverd.

Zie ook:
- DBC Zorgproduct Diagnose Behandel Combinatie (begrippen)
- Jaar (begrippen)

Eigen bijdrage is geen eigen risico
Kosten die u zelf moet betalen, verrekenen we niet met het eigen risico. Het gaat dan bijvoorbeeld om (wettelijke) eigen bijdragen.

Betaling aan zorgverlener of aan u
Wij vergoeden aan een gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener met een betaalovereenkomst als hij de zorg die u krijgt bij ons declareert. Wij vragen de kosten bij u terug (of verrekenen met u) als u nog eigen risico of eigen bijdrage moet betalen.

We vergoeden aan u als een niet-gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener zonder betaalovereenkomst bij ons declareert. Als u nog eigen risico of eigen bijdrage moet betalen dan trekken wij dit bedrag af van de vergoeding. U moet zelf de rekening volledig en op tijd betalen aan de zorgverlener.

Wij vergoeden ook aan u als u zelf de rekening naar ons instuurt.

Als uw basisverzekering geen heel jaar loopt
Uw basisverzekering kan voor een gedeelte van een jaar lopen. Voor het eigen risico geldt dan een evenredig deel.

Hoe berekenen we een evenredig (naar rato) deel van het eigen risico?
- We kijken eerst wat uw eigen risico per dag is. Dat doen we door het eigen risico voor een heel jaar te delen door 365 dagen (of 366 dagen in een schrikkeljaar).
- De uitkomst vermenigvuldigen we met het aantal dagen dat u verzekerd bent.
- De uitkomst ronden we af op hele euro’s.

Let op!
U kunt binnen een jaar verschillende basisverzekeringen bij ons hebben. En kunt dan ook voor verschillende vrijwillige eigen risico bedragen kiezen. De evenredige delen van de verplichte en vrijwillige eigen risico’s tellen we dan voor dat jaar bij elkaar op.

Voorbeeld
Voorbeeld verplicht eigen risico:
Uw basisverzekering gaat bij ons in op 23 september 2025 en loopt tot en met 31 december.
Dit is een periode van 100 dagen. Dit jaar heeft 365 dagen en voor een heel jaar geldt een verplicht eigen risico van € 385,-. Uw eigen risico voor dit deel van het jaar wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1.0547 eigen risico per dag
- € 1.0547 x 100 dagen = € 105,47. Dat is afgerond € 105,- aan verplicht eigen risico voor 2025.

In welke volgorde verrekenen we het eigen risico?
De kosten van zorg uit uw basisverzekering verrekenen we met het eigen risico. Dat doen we in deze volgorde:

1. Eerst verrekenen we de kosten van zorg met het verplicht eigen risico tot dit op € 0 staat;
2. Daarna verrekenen we de kosten van zorg met een eventueel vrijwillig gekozen eigen risico tot dit op € 0 staat;
3. Als er geen eigen risico meer open staat, betalen we de zorg als u daarvoor verzekerd bent.

Gespreid betalen verplicht eigen risico
U kunt het verplicht eigen risico gespreid vooraf betalen. U betaalt dit dan vanaf het 1e kwartaal in 10 gelijke delen vooruit.

Wanneer kunt u deelnemen aan gespreid betalen van eigen risico?

- U bent 18 jaar of ouder;
- U heeft op 1 januari bij ons een basisverzekering zonder vrijwillig eigen risico. uw basisverzekering heeft dus alleen een verplicht eigen risico;
- U vraagt bij ons vóór 1 februari gespreide betaling aan;
- U geeft aan voor welke verzekerden u het eigen risico gespreid wil betalen.

Wat doen we na het jaar waarin u uw eigen risico vooruit heeft betaald?

- U ontvangt in het 1e kwartaal de eindafrekening.
- Het kan zijn dat u meer vooruit heeft betaald dan dat er zorgkosten zijn geweest. Wat u teveel heeft betaald, betalen wij in het 1e kwartaal aan u terug.
- Het kan zijn dat er na dat 1e kwartaal nog rekeningen bij ons binnen komen die we met uw eigen risico van het jaar ervoor moeten verrekenen. Wij vorderen dat bedrag dan direct bij u terug zonder gespreide betaling.

Einde van de deelname

- Als u niet meer wil deelnemen moet u dat vóór 1 februari aan ons doorgeven. Als u niets doorgeeft, verlengen we uw deelname nog een jaar.
- Wij kunnen uw deelname stoppen:
  -- als u niet meer voldoet aan bovengenoemde voorwaarden;
  -- als u niet op tijd betaalt;
  -- als uw verzekeringssituatie wijzigt. Bijvoorbeeld als de verzekeringnemer verandert.
- Als de gespreide betaling in de loop van het jaar stopt dan ontvangt u direct een eindafrekening. Als u op dat moment teveel vooruit betaald heeft dan betalen wij dat aan u terug. Komen er hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die we met uw eigen risico moeten verrekenen? Dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug zonder gespreide betaling.

A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

Vrijwillig eigen risico vanaf 18 jaar
Vanaf uw 18e jaar kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,- , € 400,- of € 500,- in uw basisverzekering. Vóór de maand waarin u 18 jaar wordt, vragen wij u of u dit wil. U kunt dan ook aangeven voor welk bedrag.
Als u niet of niet op tijd reageert dan gaan wij er vanuit dat u kiest voor een basisverzekering met alleen een verplicht eigen risico. Op grond daarvan berekenen wij de premie voor uw basisverzekering.

A.14. Algemene verplichtingen

Uw algemene verplichtingen
U heeft een aantal algemene verplichtingen:
- U moet met een identiteitsbewijs kunnen laten zien wie u bent als u zorg nodig heeft in een ziekenhuis of in een Z.B.C.
- U moet ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts of de gecontracteerd zorgverlener de informatie geven die nodig is. Of helpen om deze informatie te krijgen.
- U moet uw behandelend arts of medisch specialist vragen om de reden van opname door te geven aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat u in hechtenis bent genomen, in de gevangenis zit of als u daartoe veroordeeld bent.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat uw hechtenis of gevangenschap is gestopt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt als de huidige verzekeringnemer niet meer zelfstandig over zijn vermogen mag beschikken.
- U moet ons binnen 30 dagen na overlijden van de verzekeringnemer laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt.

Zie ook:
- Medisch adviseur (begrippen)
- Verzekeringnemer (begrippen)

Als u uw algemene verplichtingen niet nakomt
Wat kunnen wij doen als u uw algemene verplichtingen niet nakomt? En u hierdoor onze belangen schaadt?
- U heeft geen recht meer op vergoeding van zorg.
- De vergoedingen die u eerder van ons ontving, kunnen wij terugvorderen.

Is iemand anders aansprakelijk voor de zorg(kosten) die u nodig heeft?
Iemand anders kan aansprakelijk zijn voor gebeurtenissen, omstandigheden of ongevallen waardoor u zorg nodig heeft. Hiervoor geldt:
- U moet dit zo snel mogelijk aan ons melden.
- U moet ons helpen als wij de kosten gaan verhalen. Als u ons niet helpt, kunnen wij u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan.
- U geeft vorderingen die u op anderen heeft of krijgt aan ons over bij de ingang van uw verzekering.
- U mag geen afspraken maken met degenen die wij aansprakelijk kunnen stellen voor de zorg(kosten). U mag hiervoor ook geen overeenkomst sluiten met bijvoorbeeld een andere verzekeraar.
  Als wij u vooraf schriftelijk toestemming geven, mag u wel afspraken maken of een overeenkomst sluiten.

A.15. Doorgeven van informatie

Als u verkeerde informatie geeft
U moet ons de juiste informatie geven en ons helpen alle informatie die nodig is te krijgen. Doet u (of iemand anders namens u) dit niet? Geeft u ons een verkeerd idee van een situatie? Geeft u ons valse of misleidende documenten? Doet u een verkeerde opgave of werkt u niet met ons mee? Dan kunnen wij het volgende doen:

- Wij stoppen uw verzekering(en) waardoor u geen meer recht heeft op zorg(kosten);
- U moet ons alles terugbetalen vanaf de datum waarop u ons misleidde of uw medewerking niet verleende;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de erkende signaleringssystemen van verzekeraars;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij weigeren u voor 5 jaar voor een nieuwe verzekering.

Belangrijke gebeurtenissen
Gebeurtenissen die wij moeten weten voor een goede uitvoering van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Anders gaat de aanpassing in op een moment dat wij bepalen. Het gaat om gebeurtenissen zoals:
- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of e-mailadres;
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis of verblijf in een gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Uw actuele adres
U moet ons uw juiste postadres en/of e-mailadres doorgeven. Wij gaan er dan ook vanuit dat onze berichten aankomen op het adres dat u als laatste aan ons heeft doorgegeven.
Als u ons niet uw juiste postadres of e-mail doorgeeft, kan hierdoor schade ontstaan. Wij zijn hiervoor niet aansprakelijk.

A.16. Privacy en controle

Informatie die wij delen
Wij delen alleen informatie als het nodig is om uw verzekering(en) goed uit te kunnen voeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de pakketsamenstelling, premie, korting en persoonsgegevens. Dit doen we bijvoorbeeld om:
- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- uitbetaalde kosten te verhalen op derden. Bijvoorbeeld op een reisverzekering als u in het buitenland verzekerde zorg heeft gehad.

Inhoudelijke controle
Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek doen bij de uitvoering van uw verzekering. Dit doen we volgens:
- de met u overeengekomen voorwaarden en (persoons)gegevens,
- de Zorgverzekeringswet,
- het landelijk ‘Protocol materiële controle’ en
- het landelijk ‘Protocol Incidentenwaarschuwingssytemen Financiële Instellingen’.
  U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

Begripsomschrijving zorgverlener
Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is een zorgverlener:
- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent;
- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die tarieven in rekening brengt. Dit doet hij namens een (andere) bevoegde zorgverlener die zorg verleent.

- de natuurlijke persoon die niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verzekerde zorg verleent. Het gaat dan om wijkverpleging die u zelf inkoopt met een Persoons Gebonden Budget (PGB).
  Een zorgverlener verleent zorg of levert medicijnen of hulpmiddelen en eventuele diensten die daarbij horen.

Gecontracteerde zorgverleners
Wij hebben met zorgverleners contracten gesloten over zorg of middelen die zij leveren. In die contracten staan afspraken over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. Ook staan hierin de voorwaarden waaronder die zorg geleverd mag worden en de manier van declareren. Op onze website vindt u een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners.

Als wij een zorgverlener hebben gecontracteerd, dan is dat niet altijd voor alles wat hij levert. Dit kan betekenen:
- dat een zorgverlener wel bevoegd is om bepaalde zorg te verlenen, maar dat u hiervoor niet bent verzekerd. We hebben dan doelbewust een deel van zijn zorg of middelen niet gecontracteerd.
- dat u te maken krijgt met een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd tot een bepaald budget (omzetplafond). Of we hebben volumeafspraken gemaakt. Hierdoor kan het gebeuren dat een zorgverlener u niet in behandeling neemt. Op onze website geven wij het aan als wij hier met die betreffende zorgverlener afspraken over hebben gemaakt.

Begripsomschrijving hoofdaannemer
Een hoofdaannemer:
- is een zorgverlener en is bijvoorbeeld een zorggroep, gezondheidscentrum of podotherapeut;
- contracteert als rechtspersoon in een samenwerkingsverband meerdere zorgverleners van verschillende disciplines;
- levert verschillende vormen van zorg zoals huisartsenzorg, diëtetiek en/of voetzorg;
- is verantwoordelijk voor:
  -- het handhaven en bewaken van de kwaliteitseisen van de aangesloten zorgverleners en
  -- het leveren van de zorg volgens de zorgstandaard. In zorgstandaarden staat waar, vanuit de patiënt gezien, kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. Het gaat daarbij om de inhoud van de zorg, de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar én patiënt.

Declaratie vindt plaats via
- de hoofdaannemer (bijvoorbeeld podotherapeut) volgens de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa); of
- de individuele, aangesloten zorgverleners met de zogenaamde 'kosten voor organisatie en infrastructuur'. Dit zijn de overheadkosten die de hoofdaannemer declareert.

Eisen aan zorg en zorgverleners
De zorg en de zorgverlener moeten aan verschillende algemene voorwaarden voldoen:
- Per zorgvorm benoemen we de soort zorgverlener die de zorg mag leveren. Wij vergoeden geen zorg door een andere soort zorgverlener ook al is deze wel bevoegd om die zorg die leveren.
- De genoemde zorgverlener levert de zorg zelf en heeft een AGB-code. Een andere soort zorgverlener mag de zorg ook leveren als dat onder de verantwoordelijkheid van de genoemde zorgverlener gebeurt. Behalve als we bij een zorgvorm anders aangeven.
- De genoemde zorgverlener declareert onder eigen naam. Een instelling, een andere zorgverlener of een andere partij kan ook declareren als de naam van de behandelende, verantwoordelijke zorgverlener op de rekening staat.
- De zorgverlener moet bevoegd zijn om de zorg te leveren. Dit betekent dat hij moet voldoen aan de eisen en regels die via wetten aan zijn beroep, zijn bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld.

- Een in Nederland gevestigde zorgverlener moet voldoen aan de eisen van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ).
  -- De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) geldt ook voor artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. Zij moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander register dat wij gelijkwaardig vinden.
  -- Van andere zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg als zij op grond van artikel 34 van de Wet BIG een aangewezen opleiding hebben gevolgd. Zij moeten dan de titel of het onderscheidingsteken voeren die rechtmatig aan die opleiding verbonden is.
- Voor sommige zorgvormen hebben wij extra voorwaarden aan de zorgverlener gesteld als kwaliteitsgarantie. U leest dat bij de betreffende zorgverleners. Bijvoorbeeld: Een alternatief zorgverlener moet als lid zijn ingeschreven bij één van de beroepsverenigingen voor alternatieve geneeswijzen; de lijst met beroepsverenigingen vindt u op onze website.
- Een zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld. Als deze regelgeving er niet is dan gelden de regels die in dat land daar zorgverleners binnen die zorg gebruikelijk is.

Zie ook:
- AGB-code (begrippen)

Lopende behandeling
U kunt de behandeling ongehinderd afmaken als u al in behandeling bent bij een zorgverlener met budget- of volumeafspraken.

Zie ook:
- Behandeling (begrippen)

Zorgverlener met zorgcontract of betaalovereenkomst
Gecontracteerde zorgverleners hebben altijd een betaalovereenkomst. Andere zorgverleners kunnen ook een betaalovereenkomst met ons hebben.
Andersom geldt dat niet. Zorgverleners met een betaalovereenkomst hoeven niet altijd een contract met ons over bepaalde zorg of levering van middelen te hebben.

Einde contract met zorgverlener tijdens behandeling
In de volgende gevallen zijn uw behandelingen nog maximaal één jaar verzekerd alsof een gecontracteerde zorgverlener de zorg heeft verleend:
- U bent onder behandeling bij een gecontracteerde zorgverlener. Gaandeweg de behandeling eindigt dat contract tussen uw zorgverlener en ons.
- U stapt tijdens uw lopende behandeling over van een andere verzekeraar naar ons. Uw zorgverlener was wel gecontracteerd bij uw oude verzekeraar maar (nog) niet bij ons.

Plaats van zorgverlening
Uw zorgverlener verleent de zorg op een locatie die redelijkerwijs passend, geschikt en medisch verantwoord is. Dit is de praktijk van de zorgverlener of, als dit bij de zorg staat aangegeven: bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (waar u tijdelijk woont of logeert). Het kan ook een locatie zijn waarover wij afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener of met u. Of een locatie die wettelijk of door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd daarvoor is aangewezen. In bijzondere situaties of bij bijzondere zorg noemen we de locatie.
De zorg kan, als dat mogelijk is, ook online worden verleend.

A.18. Toestemming

Wanneer is toestemming nodig?
Met toestemming bedoelen wij de schriftelijke verklaring van onze afdeling Medische Beoordelingen.
Voor sommige zorg moeten wij eerst toestemming geven; u ziet dan bij die zorg staan dat u dit moet aanvragen. U moet deze aanvraag doen voordat u de zorg krijgt. Wij kijken bij de aanvraag of u voldoet aan de voorwaarden. Ook kijken wij of de zorg voor u passend en doelmatig is. Hiervoor hebben wij soms extra informatie nodig die we aan u vragen.
Geven wij u toestemming? Dan leest u in de verklaring wat wij vergoeden en welke voorwaarden gelden.

Zie ook:
- Schriftelijk (begrippen)

Toestemming voor zorg van een gecontracteerde zorgverlener
Gaat u naar een gecontracteerde zorgverlener? Dan kan de zorgverlener beoordelen of u toestemming krijgt. Dit hebben wij dan met de zorgverlener afgesproken.

Wat doet de gecontracteerde zorgverlener?
- De zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor de vergoeding van de zorg;
- De zorgverlener beoordeelt welke zorg u nodig heeft.
  Weet de zorgverlener niet zeker of alles in orde is? Dan stuurt hij een aanvraag naar ons. Wij beoordelen dan of u toestemming krijgt. U hoeft dan zelf niets aan ons door te geven.

Mededelingen en toezeggingen
Toestemming is alleen geldig als u schriftelijk toestemming van ons heeft gekregen. Wij sturen dan een brief naar het door u doorgegeven post- of e-mailadres. Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die ontstaat als u te laat of geen berichten krijgt. Bijvoorbeeld omdat wij het verkeerde adres hebben ontvangen.

Toestemming voor zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener
Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u zelf schriftelijk toestemming bij ons aanvragen. U doet dit alleen als wij voor deze zorg aangeven dat toestemming nodig is. U kunt vragen of de zorgverlener u hierbij helpt.

Welke informatie hebben wij nodig?
- Een aanvraag met de reden waarom u de zorg nodig heeft;
- Als het mogelijk is: een overzicht van de kosten van de behandeling en een behandelplan.

Hebben wij nog meer informatie nodig? Dan laten wij u weten welke informatie wij missen. U kunt dit opsturen naar de afdeling Medische Beoordelingen.

In welke taal moet u de aanvraag indienen?
Aanvragen en aanvullende informatie schrijft u in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Doet u uw aanvraag in een andere taal? Dan vragen wij een vertaling bij u op. U kunt er ook voor kiezen om de vertaling door ons te laten regelen. U moet dan de kosten van het vertaalbureau aan ons terugbetalen.

Bij een basisverzekering als u verandert van zorgverzekeraar
Stapt u tijdens uw behandeling naar ons over? Dan blijft de toestemming, de verwijzing of het recept dat u heeft verkregen van uw vorige zorgverzekeraar geldig.

Geldigheidsduur toestemming
De verklaring voor toestemming is geldig:
- op basis van algemeen geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden;
- voor maximaal 365 dagen, behalve als we anders aangeven. Als wij binnen deze periode de specifieke voorwaarden voor uw zorg veranderen, mag u de behandeling volgens de verklaring voor toestemming afmaken.

Onze verklaring voor toestemming is niet meer geldig als:
- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt; of
- uw verzekering is veranderd of stopt. Behalve als de ingangsdatum van een behandeling met een DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt.

Zie ook:
- DBC Zorgproduct Diagnose Behandel Combinatie (begrippen)

A.19. Rekeningen

Vergoeding algemeen
U krijgt nooit meer vergoed dan de werkelijke kosten van de zorg die op de rekening staan.

Rekeningen algemeen
Heeft u recht op vergoeding? Dan ontvangt u de vergoeding op uw banknummer (IBAN) dat bij ons bekend is.
Declareren en vergoeden van rekeningen kan op verschillende manieren:
- Een gecontracteerde zorgverlener declareert meestal rechtstreeks bij ons. Wij vergoeden dan rechtstreeks aan de zorgverlener.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener geeft of stuurt u de rekening. Deze kunt u bij ons declareren. Wij vergoeden dan aan u als u daar recht op heeft.
- De volgende acties of handelingen zijn uitgesloten:
  -- uw vordering of een ander recht op ons mag u niet overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of aan iedere andere derde;
  -- een zekerheidsrecht (zoals een pandrecht) mag u niet geven aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of anderen die wij niet gecontracteerd hebben;
  -- een niet-gecontracteerde zorgverlener of iedere andere derde mag u geen toestemming, een last, instructie of andere opdracht geven om namens u te declareren. Zij mogen ook geen betaling in ontvangst te nemen, of een betaling aannemen waarmee een verplichting van u aan die ander wordt voldaan. Ook niet als u daar toestemming of opdracht voor geeft.

Waar rekeningen aan moeten voldoen
Aan welke eisen moet een rekening voldoen?
- het moet gaan om zorg die werkelijk geleverd is;
- de rekening moet binnen 36 maanden na de zorg bij ons binnen zijn. U heeft geen recht meer op vergoeding als wij de rekening na 36 maanden binnen hebben.
- de rekening is in een van de volgende talen: Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Dit geldt ook voor behandelverslagen. Is dit niet een van die talen? Dan vragen wij u om een vertaling van de rekening. U kunt de vertaling ook door ons te laten regelen. U moet dan wel de kosten van het vertaalbureau aan ons terugbetalen;
- u moet de rekening hebben ingestuurd of een gecontracteerde zorgverlener heeft dat namens u gedaan;
- wij moeten de rekening zonder navraag, bewerking of onderzoek kunnen afhandelen. Wij gaan daarbij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst en als deze van toepassing is, de Generieke Declaratiestandaard (GDS). In ieder geval moet op de rekening staan:
  -- naam en adres van de zorgverlener;
  -- uw naam en geboortedatum;
  -- de inhoud van de gegeven zorg;
  -- de datum of de periode waarin de zorg is gegeven;
  -- de kosten van de gegeven zorg;
  -- de juiste DBC-zorgproductcode als het gaat om medisch specialistische zorg;
  -- het nummer van de zorgverlener in het BIG-register als het om een zorgverlener gaat die BIG-geregistreerd moet zijn;
  -- de AGB-code als dat van toepassing is.
  -- de vereisten aan een rekening zoals de belastingdienst die stelt voor de BTW.

Bij vergoeding van de zorg gaat het om de datum van de behandeling of de levering. De datum van de rekening of de datum van een bestelling van een (hulp)middel is niet van belang.

Wat doen wij niet?
- wij vergoeden geen offertes, voorschotrekeningen, herinneringen of aanmaningen;
- wij sturen geen rekeningen of documenten die bij de rekening horen terug. Ook niet als er maar een deel of helemaal niets is vergoed. U kunt wel een gewaarmerkte kopie (kopie van de rekening met een originele waarmerkstempel) bij ons opvragen.

Zie ook:
- AGB-code (begrippen)
- DBC Zorgproduct Diagnose Behandel Combinatie (begrippen)

Buitenlandse rekeningen die niet helemaal vergoed zijn
Woont u niet in Nederland en heeft u in uw woonland zorg gehad? U heeft de originele rekening ingediend en die is niet helemaal vergoed? Dan heeft u misschien recht op (een deel van) vergoeding uit uw basisverzekering.

Wat moet u doen?
U stuurt (een kopie van) de rekening naar ons met daarbij een verklaring van de sociale of wettelijke verzekering van het land waarin u woont. In die verklaring moet staan:
- dat (een deel van) de kosten niet is vergoed en
- welk bedrag er niet is vergoed.

Zorgkosten declareren
Hoe kunt u uw zorgkosten declareren?
- met uw smartphone via onze app stuurt u ons de rekeningen digitaal;
- online via de Mijn omgeving stuurt u ons de rekeningen digitaal;
- via de post stuurt u ons de originele rekeningen;
  Soms mag het ook een kopie zijn als u dat met ons heeft afgesproken. Dat is een uitzondering. Uw gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekeningen rechtsreeks naar ons in.

Als wij rechtstreeks betalen aan de zorgverlener
Als wij met een zorgverlener hebben afgesproken dat hij de rekeningen rechtstreeks bij ons declareert dan betalen wij ook rechtstreeks aan de zorgverlener. U bent verplicht hieraan mee te werken. Op dat moment vervalt onze plicht om die kosten aan u te vergoeden. Een rekening van een zorgverlener kunnen we ook verrekenen met een voorschot dat de zorgverlener al heeft gehad.

Als wij meer betalen aan de zorgverlener dan waar u recht op heeft
Wij betalen aan een gecontracteerde zorgverlener altijd de hele rekening. Het kan zijn dat we dan meer betalen dan de vergoeding waar u recht op heeft. Bijvoorbeeld omdat u nog eigen risico moet betalen of omdat er een wettelijke eigen bijdrage is. U moet dat deel dan aan ons terugbetalen.
Toen u bij ons verzekerd werd heeft u ons een volmacht tot incasso gegeven. Dat betekent dat u toestemming heeft gegeven om de premie bij u te innen en ook de het bedrag dat wij te veel betalen aan de zorgverlener.

Zie ook:
- Eigen bijdrage (begrippen)

Bewaren van originele rekeningen
Heeft u gedeclareerd via internet, de app of de Mijn omgeving? Dan moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren. Wij kunnen deze opvragen voor controle.

Vergoeding van rekeningen tijdens verzekerde periode
Wij vergoeden alleen rekeningen voor zorg tijdens uw verzekerde periode. Is een behandeling met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC zorgproductcode) gedeclareerd? Dan moet de startdatum van de DBC in uw verzekerde periode liggen. Ligt de startdatum eerder dan ingang van uw verzekering bij ons? Dan valt de hele DBC buiten uw verzekerde periode. Ook als de behandeling voor een deel doorloopt in uw verzekering bij ons. De DBC moet dan bij uw vorige verzekeraar worden ingediend.

Zie ook:
- DBC Zorgproduct Diagnose Behandel Combinatie (begrippen)

Volgorde van vergoeding
Wij verwerken rekeningen op een bepaalde volgorde. Zo bepalen we of u een vergoeding krijgt en hoeveel dat is.
Eerst kijken we of een rekening vergoed moet worden uit een andere verzekering zoals een volksverzekering of sociale verzekering. Bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg, Jeugdwet of Wet maatschappelijke ondersteuning.

Volgorde van vergoeden van zorg uit de basisverzekering
Daarna behandelen we de rekening volgens uw basisverzekering.

Verzekering voor een deel van het jaar
Er zijn vergoedingen met een maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen per jaar. Begint of stopt uw verzekering in de loop van een jaar? Dan krijgt u niet minder vergoed. Wij verminderen het maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen van dat jaar niet.

A.20. Tarieven

Hier leest u:
over onze tarieven

Hoogte van de tarieven: U heeft zorg nodig die verzekerd is als zorg in natura
Naar welke zorgverlener gaat u voor de zorg die verzekerd is als zorg in natura?
a. U gaat naar een gecontracteerde zorgverlener; of
b. U wil naar een gecontracteerde zorgverlener maar kunt dat niet:
-- omdat de zorg spoedeisend is; of
-- omdat een gecontracteerde zorgverlener niet beschikbaar is; of
-- omdat een gecontracteerde zorgverlener niet tijdig bereikbaar is. Tijdig bereikbare zorg heeft een wachttijd die medisch inhoudelijk verantwoord is. Ook is deze wachttijd algemeen maatschappelijk geaccepteerd.

We vergoeden 100% van de verzekerde zorg van deze zorgverlener maar niet meer dan:
- het wettelijk vast tarief, of als dat niet bestaat:
  -- in situatie a.: het afgesproken tarief of
  -- in situatie b.: het gemiddelde afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconforme tarief).
  Wij vergoeden nooit meer dan het gedeclareerde tarief of het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

c. U kunt naar een gecontracteerde zorgverlener, maar u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgverlener. We vergoeden dan het hieronder vermelde lagere percentage* van:
- het wettelijk vast tarief, of als dit niet bestaat;
- het gemiddelde afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconforme tarief); of
- het gedeclareerde tarief als dat lager is.
  We vergoeden nooit meer dan het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

Zie ook:
- Afgesproken tarief (begrippen)

- Gedeclareerde tarief (begrippen)
- Marktconform tarief (begrippen)
- Wettelijk maximum tarief (begrippen)
- Wettelijk vast tarief (begrippen)

*** Lagere vergoeding als u ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan**
Voor alle zorg in natura uit uw basisverzekering is de vergoeding 65% van het geldende tarief.

Tarieven bij een PGB (Persoons Gebonden Budget) uit uw basisverzekering
De bepalingen over tarieven gelden voor wijkverpleging die uit een Persoons Gebonden Budget (PGB). Meer informatie vindt u in het artikel 'Wijkverpleging' en in het Reglement Verpleging & Verzorging PGB.

Omzetbelasting
Een zorgverlener kan verplicht zijn om over het bedrag van de zorg omzetbelasting te betalen. Of een vergelijkbare belasting in het buitenland te betalen. Deze kosten worden vergoed als hij deze bij u in rekening brengt.

A.21. Algemene uitsluitingen

Hier leest u:
over onze algemene uitsluitingen

Algemene uitsluitingen
Onderstaande kosten of zorg vergoeden wij niet:
- als u een afspraak met een zorgverlener niet nakomt;
- kosten van een spoedeisende behandeling in het buitenland die een (reis)verzekeraar bij ons declareert:
  -- deze (reis)verzekeraar is niet aangesloten bij het Convenant Samenloop;
  -- als u geen verzekering bij ons zou hebben dan zouden deze kosten wel vergoed worden uit uw (reis)verzekering. Uw (reis)verzekeraar heeft de kosten dus uitgesloten als u een verzekering bij ons heeft.
- het kan ook gaan om andere kosten die door die (reis)verzekeraar zijn betaald of voorgeschoten.
  Toelichting:
  Deze (reis)verzekeraar heeft niet het Convenant Samenloop ondertekend. Dit convenant is een overeenkomst die de verdeling van kosten regelt die aan verzekerden zijn vergoed. Het maakt niet uit of de (reis)verzekering eerder of later is ingegaan dan uw verzekering bij ons. Onze verzekering dient als excedentverzekering. Dat betekent dat wij alleen kosten vergoeden die boven de dekking van die (reis)verzekering komen.

- zorg die u ook vergoed zou kunnen krijgen uit een andere verzekering of regeling en u ons niet heeft doorgegeven wat de naam van die verzekeraar is;
- kosten van geldverkeer, administratie-, facturerings- of verzendkosten.
- een behandeling die geen verantwoorde en adequate zorg of dienst is. Hierbij kijken we naar stand van de medische wetenschap en praktijk. Of als de zorg niet erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden.
- een behandeling waarvan wij vinden dat deze nog in een wetenschappelijke of experimentele fase zit;
- een behandeling waarvan wij vinden dat die niet bedoeld is om de ziekte of aandoening tegen te gaan. Of die een ziekte of aandoening voorkomt;
- zorg met een behandeldatum buiten uw verzekerde periode. Dus voordat uw verzekering is gestart of als uw verzekering al is geëindigd. Bij een DBC moet alleen de startdatum in uw verzekerde periode vallen.
- zorg via telefoon, online of op afstand waarvan wij vinden dat dit niet logisch is en niet passend. We verwachten dan dat zorg niet leidt tot een gewenst resultaat. Bijvoorbeeld: een gaatje vullen bij de tandarts kan niet telefonisch. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is bijvoorbeeld wel online mogelijk.
- zorg die u als zorgverlener aan uzelf heeft verleend;
- kosten van zorg die uitkomen boven het maximum bedrag of maximum aantal. Het maakt daarbij niet uit of u het jaar ervoor niet alles van die zorg heeft gebruikt;

- zorg die u krijgt van een zorgverlener die uw partner, een gezinslid of een familielid in de eerste of tweede graad is;
- behandelingen die nodig zijn als gevolg van atoomkernreacties. Zorg die nodig is door radioactief materiaal buiten een kerninstallatie wordt wel vergoed. Maar dat kan alleen onder deze voorwaarden:
- er is een vergunning van de Rijksoverheid voor de plaatsing van de nucliden;
- de plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de schade.
- zorg die u krijgt als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit. Het maakt niet uit of dat in Nederland of in het buitenland is. U krijgt dan zorg die door de instelling geregeld wordt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.
- een nieuw hulpmiddel omdat uw oude hulpmiddel niet goed meer werkt:
- doordat u de voorschriften of uitleg van het gebruik bewust niet opvolgde;
- omdat het kapot is gegaan door uw eigen schuld.
- (wettelijke) eigen bijdragen uit de Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) of de Zorgverzekeringswet. Een vergoeding voor een eigen bijdrage kan wel zijn opgenomen in een aanvullende verzekering.
- kosten die boven het maximum tarief uitkomen dan waar u voor verzekerd bent.

Zie ook:
- Behandeling (begrippen)
- Buitenland (begrippen)
- DBC Zorgproduct Diagnose Behandel Combinatie (begrippen)
- Jaar (begrippen)
- Spoedeisende zorg (begrippen)
- Tarief (begrippen)

Geen vergoeding bij molest en terrorisme
Onderstaande kosten vergoeden wij niet:
- Molestschade. Dit zijn kosten die zijn ontstaan door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij in Nederland. Dit staat in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Wij gaan uit van de begripsomschrijvingen die het Verbond van Verzekeraars hiervan heeft vastgelegd.
- Terrorismerisico. Dit zijn kosten die zijn ontstaan door terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen. Zowel in Nederland als in het buitenland. We vergoeden dit alleen als wij de kosten kunnen betalen van het bedrag dat wij uit de herverzekering ontvangen: de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (N.H.T.) in Amsterdam.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan per jaar aangepast worden. Het bedrag geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet kan een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld. U bent dan verzekerd voor een aanvullende vergoeding. De hoogte daarvan wordt bepaald uit dat wetsartikel 33.

Woont u niet in Nederland? Dan valt u niet onder deze herverzekering. U krijgt dan dus geen vergoeding.
Meer uitleg over terrorisme vindt u op de website van de N.H.T.
Er is een landelijk 'Clausuleblad Terrorisme' (clausuleblad NHT) uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op de website van de N.H.T. bij de N.H.T. documenten, clausuleblad nht.

A.22 Geschillen

Heroverweging en geschil
Ben u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen bij de uitvoering van uw basisverzekering? Dan kunt u vragen of wij onze beslissing heroverwegen. Dat betekent dat wij onze beslissing opnieuw gaan beoordelen om te kijken of we een andere beslissing moeten nemen. Een heroverweging moet u schriftelijk aanvragen. Onze contactgegevens vindt u op onze website.

Bent u het niet eens bent met onze heroverweging? Dan kunt u kiezen wat u wil doen:
- u kunt naar de bevoegde rechter:
- dat kan als wij niet binnen 4 weken hebben gereageerd op uw vraag om heroverweging;
- of als wij u na heroverweging laten weten dat we bij onze eerste beslissing blijven.
- u kunt het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). U doet dat schriftelijk naar Postbus 291, 3700 AG Zeist (of via de website van de SKGZ). Bij deze SKGZ werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Als u gekozen heeft voor een van de mogelijkheden dan kunt u daarna niet meer voor de andere mogelijkheid kiezen.

A.23. Klachten

Klacht over standaardformulieren
Vindt u onze formulieren te ingewikkeld of niet nodig? Of vindt uw zorgverlener of een andere zorgverzekeraar dat? Dan kan u of degene die de klacht heeft, deze indienen bij de NZa: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. De NZa doet een bindende uitspraak over de klacht.

A.24. Nederlands Recht

Nederlands Recht
Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

A.25. Wat als een situatie niet geregeld is?

Wat als een situatie niet geregeld is?
Als iets niet in onze verzekeringsvoorwaarden staat dan beslist onze raad van bestuur of directie hoe wij hiermee omgaan.

Bijlage Overig

Op onze website staan nog enkele bijlages die bij uw basisverzekering horen.

Het gaat om:

- - Hulpmiddelenreglement
- Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg
- Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ
- Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie
- Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN
- Lijst Voorkeursgeneesmiddelen
- NMT-Praktijkrichtlijn Tandletsel
- Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging