



Voorwaarden HEMA Zorgverzekering 2024

In begrijpelijke taal. Dat is echt HEMA!

Inhoud

Contact en service	4
HEMA Zorgverzekering Zorgvinder	4
Hoe krijgt u de vergoeding?	4
Online declareren	4
Zorgvinder	4
Algemene Voorwaarden	6
Algemene voorwaarden HEMA Zorgverzekering	6
Algemene voorwaarden HEMA Aanvullende verzekering en HEMA Tandartsverzekering	16
Uw HEMA Basisverzekering	19
Uw Basisverzekering	19
Combinatie natura restitutie	19
Naar een gecontracteerde zorgaanbieder	19
Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder	19
Overeengekomen volume (omzetplafond)	21
De inhoud en omvang van de zorg	22
Indicatie en doelmatigheid	22
Redelijke termijn en afstand	22
Eigen risico	22
Volgorde van de eigen betalingen	24
Overig	24
Buitenland	24
Audiologische hulp	25
Diëtetiek	26
Dieetpreparaten	26
Eerstelijnsverblijf	27
Erfelijkheidsonderzoek	28
Ergotherapie	29
Fysiotherapie, oefentherapie, bekkenfysiotherapie	29
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	35
Geneesmiddelen	38
Huisartsenzorg	41
Hulpmiddelen	44
In-vitrofertilisatie (IVF)	46
Kraamzorg	49
Logopedie	50
Medisch specialistische zorg	51
Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)	54
Oncologische hulp voor kinderen	55
Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie	56
Revalidatie	57
Second opinion	60
Stoppen met roken	60
Tandheelkunde	61
Transplantatie	65
Trombosedienst	66

Verblijf	66
Verloskundige zorg	67
Vervoer per ambulance	68
Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)	69
Voorwaardelijke toelating	71
Ziekenvervoer	71
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	74
Uw HEMA Aanvullende verzekering	76
Basisverzekering of aanvullende verzekering?	76
Gecontracteerde of erkende zorgaanbieders	76
Indicatie en doelmatigheid	76
Bevalling en kraamzorg	77
Buitenland	77
Diëtetiek	80
Dieetpreparaat	80
Ergotherapie	81
Fysiotherapie en Oefentherapie	81
Griepvaccinatie	86
Huidzorg	86
Kinderopvang bij ziekenhuisopname	87
Orthodontie	87
Plaswekker	88
Haarwerken en alternatieven	88
Reiskosten	88
Softbrace of spalk	89
Sportmedisch Advies	89
Sterilisatie	90
Verblijfskosten logeer- of gasthuis bezoekend gezinslid	90
Verblijfskosten logeer- of gasthuis patiënt	91
Voetzorg	91
Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiemiddelen)	92
Uw HEMA Tandartsverzekering	93
Tandheelkundige zorg	93
Tandartskosten na een ongeval	93
Hoe declareert u de nota	95

Contact en service

Website

www.zorgverzekeringhema.nl

Klantenservice

E-mail

Info@zorgverzekerdbijhema.nl

Telefoonnummers

Klantenservice: 088 222 41 14 (maandag t/m vrijdag 8.30 tot 19.00 uur)

Zorgadvies: 088 222 41 14 (voor wachttijdbemiddeling en zorgadvies)

Kinderzorglijn: 088 222 43 43 (voor zorgadvies speciaal voor uw kind)

Alarmcentrale: + 31 317 455 678 (voor spoedeisende hulp in het buitenland)

Postadres

HEMA Zorgverzekering

postbus 704

7500 AS Enschede

HEMA Zorgverzekering Zorgvinder

Met de De zorgvinder vindt u simpel en snel zorgaanbieders bij u in de buurt. U ziet in één oogopslag met welke zorgaanbieders we afspraken hebben. Kijk op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Hoe krijgt u de vergoeding?

Met veel zorgaanbieders heeft de zorgverzekeraar een contract. Die zorgaanbieders kunnen de rekening rechtstreeks bij de zorgverzekeraar indienen. U hoeft hier dan niets voor te doen. Wel kunt u altijd alle rekeningen inzien in Mijn zorgoverzicht op www.zorgverzekeringhema.nl.

Online declareren

Heeft u zelf een rekening ontvangen van een zorgaanbieder? U kunt de nota online declareren via uw zorgoverzicht op www.zorgverzekeringhema.nl. Hiervoor logt u in met uw DigiD. U vult het online declaratieformulier in en maakt een duidelijke scan van de originele nota('s). De scan(s) kunt u uploaden en samen met het online declaratieformulier verzenden. U ontvangt een e-mail wanneer uw declaratie ontvangen is en wordt verwerkt. De status van uw declaratie kunt u volgen via uw zorgoverzicht.

U kunt ook mobiel declareren met de declaratie-app. De app is er voor Android en IOS. U kunt de declaratie-app in de App Store (IOS) en in de Play Store (Android) downloaden. Voordat u de declaratie-app kunt gebruiken moet u deze eenmalig activeren met uw DigiD. Hierna kunt u altijd en op elke plek de declaratie-app gebruiken om uw nota's te declareren. Ga voor meer informatie naar www.zorgverzekeringhema.nl/declareren.

Zorgvinder

De zorgverzekeraar maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid,

service en prijs van de zorg. Met welke zorgaanbieders de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft, kunt u vinden in de zorgvinder op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Algemene Voorwaarden

Hierna vindt u de algemene voorwaarden. In de algemene voorwaarden HEMA Zorgverzekering vindt u regels die gelden voor uw Basisverzekering, aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Bijvoorbeeld over opzeggen, premiebetaling en de wijze waarop u een klacht kunt indienen. De voorwaarden in de artikelen A24 t/m A32 gelden niet voor de Basisverzekering maar wel voor de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering.

Algemene voorwaarden HEMA Zorgverzekering

Wie is de zorgverzekeraar?

Menzis is de risicodrager van uw verzekering. Met Menzis wordt bedoeld: Menzis Zorgverzekeraar N.V. als het om de Basisverzekering gaat en Menzis N.V. als het om de aanvullende verzekering of de tandartsverzekering gaat. De Coöperatie Menzis U.A. is enig aandeelhouder van Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. Door het afsluiten van de verzekering wordt u als verzekerde van de zorgverzekeraar lid van de Coöperatie Menzis U.A. Deze Coöperatie is gericht op het behartigen van de belangen van haar leden. De Coöperatie Menzis U.A., Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. hebben geen winstoogmerk.

A1 Algemeen

- Deze algemene voorwaarden zijn van toepassing op uw Basisverzekering en ook op uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering.
- Welke verzekeringen u heeft gesloten, vindt u op uw zorgpolis.
- De verzekeringsovereenkomst bestaat uit: uw zorgpolis, deze verzekeringsvoorwaarden, voor zover voor u de verzekering geldt die daarin wordt beschreven, en het Verzekeringsreglement.
- Als hieronder 'verzekering' staat, bedoelen wij daarmee de Basisverzekering, de aanvullende verzekering en/of de tandartsverzekering.
- De verzekeringnemer is degene die de verzekering met de zorgverzekeraar heeft gesloten. De verzekerde is de persoon van wie de ziektekosten verzekerd zijn. Vaak zijn verzekeringnemer en verzekerde dezelfde persoon. Met 'u' bedoelt de zorgverzekeraar u als verzekerde. Als een bepaling alleen voor de verzekeringnemer geldt, staat dat vermeld. De artikelen A10 tot en met A13 gelden alleen voor de verzekeringnemer.

A2 Werkgebied

HEMA Basisverzekering is een Basisverzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont of daarbuiten, en die een Basisverzekering moet sluiten.

A3 Verzekeringsduur

De verzekering gaat in op de datum die u vindt op uw zorgpolis. Uw verzekering is geldig tot 1 januari van het volgende kalenderjaar. De verzekering wordt per 1 januari steeds met een jaar verlengd zolang de verzekering niet wordt opgezegd.

Let op

'Verzekeringsduur' is niet hetzelfde als 'kalenderjaar'. De verzekeringsduur kan uit vele kalenderjaren bestaan.

A4 Wat is de ingangsdatum van de verzekering?

- Als uw Basisverzekering is afgesloten binnen 4 maanden nadat u verzekeringsplichtig bent geworden, werkt die Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- Als uw Basisverzekering is afgesloten binnen een maand nadat een eerdere Basisverzekering door u is opgezegd, werkt die Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere Basisverzekering is geëindigd.
- Uw aanvullende verzekering en/of tandartsverzekering gaat in op hetzelfde moment als uw Basisverzekering.

A5 Hoe kunt u de verzekering wijzigen?

Als u verzekeringnemer bent, kunt u uw verzekering wijzigen per 1 januari van ieder jaar. U kunt uw vrijwillig eigen risico wijzigen of een andere aanvullende verzekering of tandartsverzekering kiezen. De zorgverzekeraar moet uw verzoek dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben. U kunt deze wijzigingen online doorvoeren via Mijn zorgoverzicht op www.zorgverzekeringhema.nl. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice.

A6 Hoe kunt u de verzekering opzeggen?

Alleen de verzekeringnemer kan een verzekering opzeggen. Opzeggen kan met een brief, via Mijn zorgoverzicht of via het contactformulier op www.zorgverzekeringhema.nl. Geef bij opzegging duidelijk aan welke verzekering u precies wilt opzeggen: uw Basisverzekering, uw aanvullende verzekering of uw tandartsverzekering. Wilt u ook duidelijk aangeven voor welke verzekerden de opzegging geldt?

A7 Wanneer kunt u opzeggen?

Als u verzekeringnemer bent, kunt u:

- altijd opzeggen per 1 januari. De zorgverzekeraar moet uw opzegging dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij de zorgverzekeraar de zorgverzekering, en als u dat aangeeft ook de aanvullende verzekering en tandartsverzekering, opzegt,
- tussentijds de verzekering van een andere verzekerde opzeggen als die verzekerde ergens anders een Basisverzekering heeft gesloten. De opzegging gaat in op de dag waarop de verzekerde krachtens een andere Basisverzekering verzekerd wordt. De opzegging moet dan wel vóór die dag ontvangen zijn door de zorgverzekeraar. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de 1e dag van de 2e kalendermaand volgende op de dag waarop is opgezegd,
- uw verzekering ook opzeggen als de zorgverzekeraar de verzekeringsvoorwaarden verandert en de nieuwe verzekeringsvoorwaarden voor u nadelig zijn. De zorgverzekeraar moet uw opzegging dan op zijn laatst één maand nadat de wijziging u is meegedeeld, ontvangen hebben. De opzegging gaat dan in op de dag dat de wijziging ingaat. U kunt de verzekering niet opzeggen als de zorgverzekeraar wettelijk verplicht is de verzekeringsvoorwaarden te wijzigen,
- de Basisverzekering niet opzeggen als u de premie niet heeft betaald en u daarvoor bent aangemaand,

tenzij de zorgverzekeraar de dekking van de verzekering heeft geschorst of de opzegging binnen 2 weken heeft bevestigd,

- de Basisverzekering de eerste 12 maanden waarover deze loopt niet opzeggen als u door het CAK als verzekerde bij de zorgverzekeraar bent aangemeld. Als u kunt aantonen dat u in de periode bedoeld in artikel 9d, 1e lid Zorgverzekeringswet, al een Basisverzekering had gesloten, kunt u de Basisverzekering bij de zorgverzekeraar vernietigen. Dit moet u dan doen binnen 2 weken nadat het CAK u heeft gemeld dat zij u bij de zorgverzekeraar heeft verzekerd.

Voorbeelden

1. Uw dochter gaat uit huis en wil zichzelf verzekeren. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van uw dochter opzeggen per de datum dat zij een eigen verzekering heeft gesloten.
2. Wegens echtscheiding wensen u en uw ex-partner beiden een eigen verzekering. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van de verzekerde (ex-partner) opzeggen. Dit kan zodra hij of zij een eigen verzekering heeft gesloten.
3. U bent individueel verzekerd. Op 1 mei treedt u in dienst bij een andere werkgever. U wilt toetreden tot de collectiviteit van uw nieuwe werkgever. Dat kan niet per 1 mei, maar wel per 1 januari aanstaande.

A8 Kan de zorgverzekeraar de verzekering beëindigen?

De de zorgverzekeraar kan de verzekering beëindigen als:

- de premie niet is betaald, zie artikel A13,
- u informatie heeft achtergehouden of verkeerde informatie heeft gegeven, zie artikel A22,
- u zich tegenover de de zorgverzekeraar of haar personeel heeft misdragen,
- de de zorgverzekeraar de verzekering uit de markt neemt en niet langer aanbiedt.

Als het CAK voor u bij de de zorgverzekeraar een verzekeringsovereenkomst heeft gesloten, maar achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was, kan de de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst vernietigen.

A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering vanzelf?

Uw Basisverzekering eindigt vanzelf op de dag nadat:

- uw verzekeringsplicht eindigt,
- u komt te overlijden,
- De zorgverzekeraar het werkgebied wijzigt en u buiten dat gebied woont,
- De zorgverzekeraar geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden.

A10 Bedenktijd

Nadat u een verzekering bij de zorgverzekeraar heeft afgesloten, kunt u deze verzekering nog 14 dagen na ontvangst van de zorgpolis zonder reden ontbinden. U hoeft dan geen premie of kosten te betalen en krijgt ook geen kosten vergoed. Ontbinden gaat op dezelfde manier als opzeggen (zie artikel A6).

A11 Informatieplicht

U bent verplicht de zorgverzekeraar schriftelijk en binnen 30 dagen te informeren als:

- u verhuist,
- een verzekerde overlijdt,
- uw bankrekeningnummer wijzigt,
- u in dienst treedt als militair in actieve dienst,
- u wordt gedetineerd of uw detentie eindigt,
- u niet langer voldoet aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit,
- uw verzekeringsplicht voor de Basisverzekering eindigt.

U bent ook verplicht te melden wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij de zorgverzekeraar heeft opgezegd. Als de zorgverzekeraar op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert de zorgverzekeraar u daarover direct.

- U bent verplicht de informatie te verstrekken die de zorgverzekeraar bij u opvraagt, voor zover u dit kunt. Bijvoorbeeld informatie over de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalst.
- U bent verplicht de zorgverzekeraar informatie te verstrekken over ziektekosten die door iemand anders zijn veroorzaakt. Bijvoorbeeld ziektekosten door een verkeersongeval of een bedrijfsongeval. U kunt daarover contact opnemen met onze Klantenservice of onze afdeling Verhaal op 088 222 41 14. U kunt ook online informatie verstrekken via www.zorgverzekeringhema.nl. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalst. De zorgverzekeraar verhaalt de zorgkosten die zijn vergoed en kan u adviseren hoe u uw eigen schade kunt verhalen op de aansprakelijke partij. Bijvoorbeeld het eigen risico dat u heeft betaald. U mag zelf geen regeling treffen met de aansprakelijke partij of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor de zorgverzekeraar.

A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico

1 Premie

- Per 1 januari 2024 is de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 141,75 per kalendermaand. De premie die u moet betalen is de premiegrondslag verminderd met korting. U kunt korting krijgen als u kiest voor een vrijwillig eigen risico. De premie die u moet betalen staat op uw zorgpolis.
- Tot 18 jaar hoeft u voor de Basisverzekering geen premie te betalen. Vanaf de 1e dag van de maand na de maand waarin u 18 wordt, moet u wél premie betalen.
- De zorgverzekeraar moet uw premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U mag de premie niet verrekenen met een betaling die u van de zorgverzekeraar verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van de zorgverzekeraar bepaalt de zorgverzekeraar waarop de betaling wordt afgeboekt.
- U betaalt de premie per automatische incasso, betaling via acceptgiro is niet mogelijk.
- Als u niet per automatische incasso betaalt, kan de zorgverzekeraar de polis wijzigen in een gelijkwaardige polis waar een andere vorm van betaling wel mogelijk is.
- Als u met de zorgverzekeraar een betalingsregeling heeft afgesproken, kan de zorgverzekeraar kosten in rekening brengen.

2 Manier van betalen

Als u de zorgverzekeraar toestemming geeft om uw premie automatisch te incasseren, geldt die toestemming ook voor alle andere betalingen die u aan de zorgverzekeraar moet doen. Bijvoorbeeld betalingen voor het eigen risico en eigen bijdragen. Over automatische incasso van eigen risico en eigen

bijdragen krijgt u tijdig bericht. Uiterlijk 5 werkdagen voordat de incasso plaatsvindt. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage

Het eigen risico en de eigen bijdragen van alle personen die u heeft verzekerd, worden door de zorgverzekeraar bij u in rekening gebracht.

A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt

Basisverzekering en aanvullende verzekering

1. de zorgverzekeraar stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen dagen vanaf de dag nadat u deze aanmaning heeft ontvangen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
2. Betaalt u niet binnen 14 dagen dagen vanaf de dag nadat u deze aanmaning heeft ontvangen dan heeft dat de volgende gevolgen:
 - de zorgverzekeraar kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft,
 - u blijft verplicht de premie te voldoen,
 - betalingskortingen vervallen,
 - u moet wettelijke rente betalen over de totale achterstand.
3. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan de zorgverzekeraar de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen. kan het sturen van een aanmaning en het innen van een vordering overdragen aan een incassopartner. Mocht de vordering zijn overgedragen aan een incassopartner, dan kan de zorgverzekeraar ook nieuwe openstaande vorderingen overdragen zonder dat u hiervoor een aanmaning heeft ontvangen.
4. Als de zorgverzekeraar de totale vordering heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van de zorgverzekeraar toestemming had voor een behandeling of verstrekking.

Basisverzekering

Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan de zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet uw Basisverzekering bij het Centraal Administratiekantoor (CAK) aanmelden voor bronheffing. Er wordt u dan een bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde marktpremie opgelegd. Die premie wordt ingehouden op bijvoorbeeld uw salaris of uitkering. U kunt hieronder lezen wanneer de melding bij het CAK plaatsvindt. De regels hierover vindt u in artikel 18a tot en met 18g van de Zorgverzekeringswet. Daar staat ook beschreven welke regels van toepassing zijn als het CAK de bestuursrechtelijke premie bij u gaat innen.

Wat gebeurt er als u 2 maanden geen premie heeft betaald

1. Nadat is vastgesteld dat u 2 maanden geen premie heeft betaald, kan de zorgverzekeraar u een betalingsregeling aanbieden. Die betalingsregeling houdt in:
 - a. dat u de zorgverzekeraar machtigt om automatisch bij u te incasseren,
 - b. dat u met de zorgverzekeraar afspraken maakt om uw betalingsachterstand in termijnen terug te betalen,
 - c. dat de zorgverzekeraar de Basisverzekering niet zal beëindigen of de dekking van de Basisverzekering zal schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u de gemaakte afspraken over de betalingen niet nakomt.
2. Heeft u iemand anders verzekerd? En heeft u de premie voor de Basisverzekering van die verzekerde 2

maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in dat wij u aanbieden om deze verzekering te beëindigen. Dit aanbod geldt alleen als:

- a. de verzekerde voor zichzelf een Basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden, en
 - b. in het geval de verzekerde bij de zorgverzekeraar blijft, hij een machtiging heeft gegeven als bedoeld onder a van 1.
3. In de brief waarin de zorgverzekeraar u een betalingsregeling aanbiedt staat dat u 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. In de brief zullen wij u ook uitleggen wat er gebeurt als u de premie 6 maanden niet betaalt. In de brief zullen wij u ook vertellen dat u schuldhelpverlening kunt krijgen en hoe u die hulp kunt krijgen en welke schuldhelpverlening mogelijk is.
4. Als u (ook) iemand anders heeft verzekerd, krijgt die persoon dezelfde brief over de betalingsregeling als u heeft gekregen.

Wat gebeurt er als u 4 maanden geen premie heeft betaald

5. Als u 4 maanden geen premie heeft betaald, informeren wij u en uw medeverzekerden dat de zorgverzekeraar van plan is u te melden bij het CAK, zodra u 6 maanden of langer geen premie heeft betaald. Als de zorgverzekeraar u meldt bij het CAK betekent dit dat het CAK over zal gaan tot heffing van de bestuursrechtelijke premie.
- a. De zorgverzekeraar zal de melding (nog) niet doen als u op tijd laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij de zorgverzekeraar. Of als u op tijd laat weten dat u vindt dat de hoogte van de schuld niet juist is. U bent op tijd als u de zorgverzekeraar daarover een brief stuurt, maximaal 4 weken nadat u door ons geïnformeerd bent. De zorgverzekeraar zal dan onderzoeken of zij uw schuld goed heeft berekend. Als de zorgverzekeraar vindt dat zij uw schuld goed heeft berekend dan informeert de zorgverzekeraar u daarover. Als u het niet eens bent met dat oordeel van de zorgverzekeraar dan kunt u dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of aan de burgerlijke rechter. Als u dat doet binnen 4 weken nadat u de brief van de zorgverzekeraar heeft ontvangen, zal de zorgverzekeraar u niet melden bij het CAK, totdat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of de burgerlijke rechter heeft beslist of de zorgverzekeraar de hoogte van uw schuld juist heeft berekend.
 - b. U kunt ook vragen of de zorgverzekeraar met u een betalingsregeling wil aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt kunt u hierboven lezen onder 1 en 2. Als de zorgverzekeraar met u een betalingsregeling afsprekt zal de zorgverzekeraar u niet melden bij het CAK zolang u de nieuwe premies op tijd betaalt.

Wat gebeurt er als u 6 maanden geen premie heeft betaald

6. Als de zorgverzekeraar heeft vastgesteld dat u 6 maanden geen premie heeft betaald zal de zorgverzekeraar u aanmelden bij het CAK. De zorgverzekeraar zal aan het CAK uw persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die u heeft verzekerd. De zorgverzekeraar geeft alleen die persoonsgegevens aan het CAK die ze nodig hebben om bij u de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U en de persoon die u heeft verzekerd, worden hierover ook door de zorgverzekeraar geïnformeerd.
7. Een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico komt te vervallen, evenals de bijbehorende korting op de premie.

A14 Mag de zorgverzekeraar de voorwaarden en premie wijzigen?

De zorgverzekeraar mag de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Als de zorgverzekeraar de grondslag van de premie van de Basisverzekering wijzigt, dan gaat die wijziging pas in

na 7 weken nadat de wijziging aan u is meegedeeld.

A15 Als u een nota indient

Vaak betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt.

U kunt een nota online indienen:

- u kunt dat doen op Mijn zorgoverzicht, of met de declaratie-app,
- De zorgverzekeraar kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen,
- de originele nota moet u 3 jaren bewaren.

U kunt een nota per post indienen:

- het moet het origineel van de nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- een nota wordt niet aan u teruggestuurd.

Let op

Spaar uw nota's liever niet op. U kunt een nota het beste direct indienen.

Waarom moet een nota voldoen:

- U moet de nota binnen 3 jaar na ontvangst ervan hebben ingediend. Als datum van ontvangst geldt de factuurdatum.
- Op uw nota moet voldoende informatie staan om vast te stellen of u recht heeft op vergoeding.
- Als een nota niet is opgesteld in het Nederlands of Engels, kan de zorgverzekeraar u vragen een vertaling van de nota te sturen. De vertaling moet plaatsvinden door een beëdigd vertaler. U moet de vertaling zelf betalen.

Betaling van een nota:

- Voor alle verzekeringen (Basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen) op de zorgpolis geldt het volgende: de zorgverzekeraar mag elke vergoeding aan iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis uit elke verzekering verrekenen met elke vordering van de zorgverzekeraar uit elke verzekering op iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis.
- Als u een nota indient, zonder aan te geven op welk rekeningnummer de vergoeding moet worden uitbetaald, zal de zorgverzekeraar die vergoeding uitbetalen op het bij de zorgverzekeraar bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.
- Een nota in buitenlandse valuta rekent de zorgverzekeraar om in euro's. Dat gebeurt tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven.
- Als de zorgverzekeraar een vergoeding rechtstreeks betaalt aan de zorgaanbieder, vervalt daarmee de plicht aan u te vergoeden.
- Een vergoeding van zorg van een niet-gecontracteerde aanbieder wordt uitsluitend betaald op een bankrekening die op naam staat van de verzekerde of, bij het ontbreken daarvan, een bankrekening die op naam staat van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer of de verzekerde kan geen andere bankrekening aanwijzen waarop de betaling moet plaatsvinden.
- De overdraagbaarheid van vorderingsrechten, die voor verzekerde en/of verzekeringnemer voortvloeien uit een met de zorgverzekeraar gesloten verzekeringsovereenkomst, is uitgesloten. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

A16 Klachten en geschillen

Als u niet tevreden bent over onze dienstverlening, wil HEMA Zorgverzekering dit graag van u weten. Hoe pakt u dat dan aan en bij wie moet u zijn?

Hoe pakt u dat aan?

- U vult het online klachtenformulier op www.zorgverzekeringhema.nl in waarin u kunt aangeven waarover u ontevreden bent en waarom. Heeft u hulp nodig bij het invullen van dit formulier, neem dan contact met onze Klantenservice op.
- U kunt het formulier sturen naar de afdeling Klachten.
- de zorgverzekeraar zal uw klacht in behandeling nemen en beantwoorden.
- Als u het niet eens bent met het antwoord van de zorgverzekeraar of binnen 30 dagen geen antwoord heeft gekregen, kunt u uw probleem voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekeringen (SKGZ).

- Informatie over de SKGZ kunt u vinden op [skgz.nl](https://www.skgz.nl). U kunt de SKGZ ook benaderen via het Europese platform voor online geschillenbeslechting. Informatie over dit platform kunt u vinden op ec.europa.eu/odr.
- De SKGZ zal uw probleem eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman probeert door bemiddeling voor een oplossing te zorgen. Als bemiddeling niet mogelijk is, of als de poging tot bemiddeling niet slaagt, kunt u uw probleem voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ.
- Behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost € 37. De behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen eindigt met een bindend advies. Aan dit advies moeten de zorgverzekeraar en u zich houden.
- Ook kunt u uw zaak voorleggen aan één van de volgende instanties:
 - als het gaat over formulieren: de Nederlandse Zorgautoriteit,
 - de burgerlijke rechter.

Let op!

Voor klachten over premieachterstand, zie ook artikel A13.

Bij wie moet u zijn?

Als u niet precies weet bij wie u moet zijn, kan de afdeling Klachten u daarbij helpen.

- HEMA Zorgverzekering, afdeling Klachten, Postbus 75000, 7500 KC Enschede
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist
- Nederlandse Zorgautoriteit, t.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

A17 Molest

U heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij. Deze 6 genoemde vormen van molest, evenals de definities daarvan, vindt u in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponereerd onder nummer 136/1981.

A18 Terrorisme

Als 1 of meer terroristische handelingen plaatsvinden waardoor u zorg nodig heeft, geldt voor de Basisverzekering het volgende: Als de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij N.V. verwacht dat de totale schade die in een kalenderjaar als gevolg van zulke handelingen wordt gedeclareerd bij schade-, levens-, of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg of de vergoeding daarvan tot een door die maatschappij voor alle verzekeringen te bepalen gelijk percentage van de kosten of de waarde van de zorg of overige diensten. Het is mogelijk dat de zorgverzekeraar na een terroristische handeling een aanvullende bijdrage krijgt op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering. Als dit het geval is, heeft u in aanvulling op de prestaties bedoeld in de 1^e zin van dit artikel, recht op prestaties waarvan de omvang wordt bepaald bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

A19 Aansprakelijkheid

De zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg u gebruik heeft gemaakt. De eventuele aansprakelijkheid van de zorgverzekeraar voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen van de zorgverzekeraar is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de verzekering voor rekening van de zorgverzekeraar zouden zijn gekomen.

A20 Geen vergoeding voor niet-nagekomen afspraak

U heeft geen recht op vergoeding van kosten die aan u in rekening worden gebracht omdat u een afspraak met uw zorgaanbieder niet bent nagekomen.

A21 Fraudebestrijding

Als u of de verzekeringnemer de zorgverzekeraar opzettelijk misleidt, vervalt uw recht op uitkering. De zorgverzekeraar kan dan ook al uw verzekeringen opzeggen. Wat de zorgverzekeraar eventueel al heeft betaald als gevolg van de misleiding, aan u of rechtstreeks aan een zorgaanbieder, moet u terugbetalen. Ook moet u de onderzoekskosten aan de zorgverzekeraar betalen. De zorgverzekeraar kan aangifte doen en registreert uw gegevens. Dat gebeurt in de registers volgens het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen.

A22 Bescherming persoonsgegevens

- U heeft ons persoonsgegevens toevertrouwd, zoals uw naam, adres en geboortedatum. De zorgverzekeraar zal met deze gegevens zorgvuldig omgaan. Uw gegevens worden gebruikt voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekering. Meer informatie over waar de zorgverzekeraar uw persoonsgegevens voor gebruikt, vindt u in het privacy statement op www.zorgverzekeringhema.nl.
- Bij het gebruik van persoonsgegevens houden wij ons aan wet- en regelgeving. Zoals de Algemene verordening Gegevensbescherming (AVG), de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen.
- Bij de uitvoering van uw verzekering zijn behalve de zorgverzekeraar ook anderen betrokken, zoals zorgaanbieders of een factoringbureau dat nota's incasseert. Het is voor de goede uitvoering van uw verzekering soms nodig dat de zorgverzekeraar uw persoonsgegevens aan die personen verstrekt en zij aan ons. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben gegeven.
- In het geval u een nota online declareert, heeft de zorgverzekeraar het recht bij de zorgaanbieder te controleren of de zorgaanbieder deze nota aan u heeft verzonden. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben gegeven.
- De zorgverzekeraar neemt uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie op. Uw zorgaanbieder, andere dienstverleners van zorg en de zorgverzekeraar gebruiken uw BSN bij elke vorm van communicatie.

A23 Overig

- De datum waarop u bent behandeld, een geneesmiddel is bereid of een hulpmiddel is afgeleverd, is bepalend voor de vergoeding en het eigen risico. De factuurdatum of de datum waarop betaald is, is hiervoor niet van belang.
- Als de behandeling wordt bekostigd door middel van een DBC-zorgproduct (Diagnose Behandel Combinatie), dan is de openingsdatum van het DBC-zorgproduct bepalend voor vergoeding. Voor een DBC-zorgproduct dat is geopend in 2024 en gesloten in 2025, krijgt u dus de vergoeding die hoort bij 2024.
- U verleent de zorgverzekeraar volmacht te veel betaalde vergoeding terug te vorderen.

- Als u de zorgverzekeraar bezoekt of belt en de zorgverzekeraar doet u een mondelinge toezegging, dan kunt u de zorgverzekeraar vragen die toezegging schriftelijk te bevestigen. Een mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging geacht niet te zijn gedaan.
- Aanvragen, nota's of andere correspondentie met de zorgverzekeraar moeten zijn opgesteld in het Nederlands of Engels. Dient u bijvoorbeeld een nota in het Duits in, dan kan de zorgverzekeraar u vragen een vertaling van de nota te sturen. Een beëdigd vertaler moet de nota vertalen. U betaalt de vertaling zelf.
- Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Algemene voorwaarden HEMA Aanvullende verzekering en HEMA Tandartsverzekering

De artikelen A24 t/m A32 zijn alleen van toepassing op de HEMA Aanvullende verzekering en de HEMA Tandartsverzekering.

A24 Opzeggen

Als u verzekeringnemer bent en de Basisverzekering opzegt, kunt u uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering bij de zorgverzekeraar laten doorlopen of per dezelfde datum opzeggen. U kunt uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering opzeggen als u op grond van de Wlz bent opgenomen in een instelling en uw tandheelkundige hulp uit de Wlz wordt vergoed. U moet deze opzegging dan binnen 30 dagen na opname aan de zorgverzekeraar doorgeven.

A25 Kan de zorgverzekeraar de verzekering beëindigen?

De zorgverzekeraar kan de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering beëindigen als:

- u in een ander land dan Nederland gaat wonen, of
- u langer dan 12 maanden in een ander land dan Nederland verblijft, of
- de zorgverzekeraar de betrokken aanvullende verzekering of tandartsverzekering uit de markt neemt en niet langer aanbiedt, of
- u niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de collectieve verzekering of als de overeenkomst tussen uw werkgever of belangenbehartiger en de zorgverzekeraar is beëindigd. De zorgverzekeraar kan u in deze situaties overzetten op een aanvullende (tandarts)verzekering die het meest lijkt op uw collectieve verzekering.
- we niet kunnen vaststellen dat u verzekeringsplichtig bent op grond van de Zorgverzekeringswet (gerede twijfel).

A26 Wijziging

Als u verzekeringnemer bent en u wijzigt uw aanvullende of tandartsverzekering aansluitend voor een andere aanvullende of tandartsverzekering van de zorgverzekeraar, dan onderbreekt dat de verzekeringsduur niet. Ook niet als deze wijziging komt doordat u of andere op de zorgpolis genoemde verzekerden gaan deelnemen aan een collectieve verzekering of de deelname daaraan eindigt. Of na schorsing van de dekking wegens wanbetaling. Een bestaande termijn voor een vergoeding gaat dan niet opnieuw in. De verzekeringsduur wordt wel onderbroken als u de aanvullende en tandartsverzekering beëindigt en u niet aansluitend weer een aanvullende of tandartsverzekering van de zorgverzekeraar afsluit.

A27 Premie

- Menzis N.V. heeft Menzis Zorgverzekeraar N.V. gemachtigd om de premie voor de aanvullende

verzekeringen en tandartsverzekeringen te incasseren en eventuele andere vorderingen (zoals eigen bijdragen) voor haar te innen. Zelfs als daarvoor een deurwaarder wordt ingeschakeld of een procedure wordt aangespannen.

- De zorgverzekeraar kan een eigen bijdrage in rekening brengen bij de verzekeringnemer of de verzekerde om wie het gaat.
- Voor de aanvullende verzekering van een verzekerde tot 18 jaar, hoeft geen premie te worden betaald. Dit geldt alleen als die verzekerde op een polis staat waar een verzekerde wél premie betaald voor deze verzekering of een duurdere verzekering.

A28 Voor uw kind

De zorgverzekeraar accepteert u zonder medische selectie voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen. Voor een kind tot 18 jaar kan een aanvullende verzekering met een uitgebreidere dekking worden aangevraagd dan die van 1 van de verzekerden van 18 jaar of ouder die op de zorgpolis staan vermeld. Voor het kind wordt dan een volwassenpremie in rekening gebracht.

A29 Samenloop

De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering - al dan niet van latere datum - of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed worden.

De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden ook geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering, al dan niet van latere datum, of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed zouden worden als u de aanvullende verzekering of tandartsverzekering niet zou hebben afgesloten.

Als u een beroep doet op de aanvullende verzekering of tandartsverzekering, terwijl u ook op een andere verzekering of voorziening, bijvoorbeeld een reisverzekering, een beroep zou kunnen doen, dan moet u de zorgverzekeraar over die andere verzekering of voorziening informeren.

A30 Terrorisme

Wanneer er sprake is van terroristisch handelen, geldt voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering het volgende: u heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting af te wenden. Dit is anders als deze kosten zijn herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Het Clausuleblad Terrorismedekking maakt deel uit van de verzekering en is te raadplegen via www.zorgverzekeringhema.nl of terrorismeverzekerd.nl en wordt op verzoek toegezonden.

A31 Atoomkernreacties

Zorg of vergoeding van de kosten van zorg die het gevolg zijn van atoomkernreacties zijn niet verzekerd voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Onder atoomkernreacties valt iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernfusie, kernsplitsing, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

A32 Afwijzing aanvraag

De zorgverzekeraar kan een verzoek tot het aangaan van een aanvullende verzekering of tandartsverzekering onder andere weigeren als:

- u nog premie moet betalen voor een andere verzekering van de zorgverzekeraar,

- u zich schuldig heeft gemaakt aan (verzekerings)fraude.

Uw HEMA Basisverzekering

Hierna vindt u op alfabetische volgorde de zorg omschreven waarvoor u verzekerd bent.

Uw Basisverzekering

De overheid stelt het verzekerde pakket van de Basisverzekering vast. De Zorgverzekeringswet (het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering horen hierbij), is de basis voor deze verzekeringsvoorwaarden. In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor u verzekerd bent. In de verzekeringsvoorwaarden wordt soms verwezen naar het Verzekeringsreglement. Het Verzekeringsreglement is onderdeel van de verzekeringsvoorwaarden. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden niet helemaal overeenkomt met de Zorgverzekeringswet, dan geldt voor u wat in de Zorgverzekeringswet staat. Als een andere wettelijke regeling kan zorgen voor betaling van dezelfde zorg, heeft u geen recht op die zorg vanuit uw Basisverzekering.

U kunt het Verzekeringsreglement downloaden op www.zorgverzekeringhema.nl/voorwaarden. De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering vindt u op wetten.overheid.nl.

Combinatie natura restitutie

Combinatiepolis

U heeft gekozen voor de HEMA Basisverzekering. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont, of daarbuiten en die een zorgverzekering moet afsluiten. De HEMA Basisverzekering is een verzekering die grotendeels een naturaverzekering is. Natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf. De geestelijke gezondheidszorg en de mondzorg zijn verzekerd op basis van restitutie met gecontracteerde zorg. Restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen. Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent.

Naar een gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg in natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf. Daarom sluit de zorgverzekeraar overeenkomsten met zorgaanbieders over kwaliteit, prijs, toegankelijkheid en toegangstijden. De zorgverzekeraar heeft geregeld dat de nota rechtstreeks van de zorgaanbieder naar de zorgverzekeraar wordt gestuurd. In de volgende artikelen kunt u nalezen welk soort zorgaanbieder de zorg mag leveren. Een zorgaanbieder is bijvoorbeeld een ziekenhuis, medisch specialist, logopedist, fysiotherapeut, enzovoort.

Let op: het kan voorkomen dat het gecontracteerde aanbod verandert gedurende het jaar. Kijk altijd vooraf in de De zorgvinder om te controleren of uw zorgaanbieder een contract heeft.

Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, dan vergoedt de zorgverzekeraar de nota van de zorgaanbieder slechts gedeeltelijk. De vergoeding is bovendien altijd lager dan het bedrag dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft

gecontracteerd. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van het soort zorg:

Vergoeding	Zorgsoort
70% vergoeding van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 70% van het bedrag dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd, bij:	Stoppen met roken Ergotherapie Fysiotherapie GLI GZSP Logopedie Preventieve voetzorg Zorg en ondersteuning bij kinderen met overgewicht en obesitas Diëtetiek GGZ
75% vergoeding van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd, bij:	Dieetpreparaten Hulpmiddelen Medisch Specialistische Zorg in een ziekenhuis Medisch Specialistische Zorg in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) Plastische chirurgie IVF Erfelijkheidsonderzoek Eerstelijns diagnostiek (ELD) Dialyse thuis Revalidatie Transplantatie Verblijf Wijkverpleging Geneesmiddelen Second opinion Trombosedienst
80% vergoeding van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 80% van het bedrag dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd, bij:	Zintuigelijk gehandicaptenzorg
85% vergoeding van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 85% van het bedrag dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd, bij:	Audiologische hulp Eerstelijnsverblijf
90% vergoeding van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 90% van het bedrag dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd, bij:	Kraamzorg Verloskundige zorg
100% vergoeding van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 100% van het bedrag dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd, bij:	Huisartsenzorg (m.u.v. GLI, zorg en ondersteuning bij kinderen met overgewicht en obesitas, ELD, GZSP en preventieve voetzorg) Mondzorg Oncologische hulp kinderen

Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder kunt u hierover meer informatie vinden. Op het te vergoeden

bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Kiest u liever voor een zorgaanbieder zonder zorgovereenkomst maar belemmert de lagere vergoeding uw keuze? Dan kunt u ons aangeven waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en vragen alsnog een hoger percentage te vergoeden. Wij nemen uw verzoek in behandeling en vertellen u binnen 4 weken of wij u een hogere vergoeding kunnen bieden. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Let op

Vraag bij uw zorgaanbieder naar zijn behandel tarief en de behandelcode voor de behandeling. Met de behandelcode kan de maximale vergoeding worden bepaald. Houdt u rekening met onverwachte omstandigheden, zoals complicaties, vervolgbehandelingen, een andere behandelcode of uitstel van de behandeling. Een andere behandelcode of het uitstellen van een behandeling kan namelijk van invloed zijn op het vergoedingsbedrag. Door complicaties of vervolgbehandelingen kan het zijn dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder extra kosten in rekening brengt. Het bedrag dat u zelf moet betalen kan dan hoger uitvallen.

De zorgvinder

De zorgverzekeraar maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met de zorgverzekeraar voor verzekerden met een HEMA Basisverzekering een overeenkomst hebben, vindt u via 'De zorgvinder', op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Let op

- Zorgaanbieders zijn verplicht om zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) te melden of een vergunning te hebben voor het verlenen van zorg. Voor sommige zorgaanbieders geldt een uitzondering. U kunt alleen naar een zorgaanbieder die aantoonbaar voldoet aan de vereisten van de Wtza.
- Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

Overeengekomen volume (omzetplafond)

Als de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft met een zorgaanbieder kan het zijn dat er een afspraak is gemaakt over een maximaal volume (omzetplafond). Dit kan tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder u niet meer zelf in behandeling hoeft te nemen, als zijn omzetplafond (bijna) is bereikt. De zorgaanbieder, of de zorgverzekeraar, helpt u dan een andere zorgaanbieder te vinden die u wél kan behandelen. Als er met een zorgaanbieder afspraken zijn gemaakt over het volume (omzetplafonds), staat dat in de Zorgvinder aangegeven. Bent u al in behandeling als de zorgaanbieder zijn omzetplafond bereikt? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling afmaken bij uw zorgaanbieder.

De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden worden bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De zorg moet worden verleend in overeenstemming met de geldende Nederlandse kwaliteitsnormen.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand € 17,50.

Let op

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een *behandelcode*, in officiële woorden heet dat: DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die u in een ziekenhuis krijgt. Een DBC-zorgproduct omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het ziekenhuis één bedrag. Als een DBC-zorgproduct in 2 jaren achter elkaar valt, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar waarin het DBC-zorgproduct is begonnen (openingsdatum). Dus als een DBC-zorgproduct wordt geopend in 2024 en gesloten in 2025, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2024. Als na het sluiten van een DBC-zorgproduct een nieuw (vervolg)DBC-zorgproduct wordt geopend, dan moet u voor dat nieuwe DBC-zorgproduct opnieuw eigen risico betalen.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als de zorgverzekeraar uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van de zorgverzekeraar) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan de zorgverzekeraar. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van de zorgverzekeraar. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Geen eigen risico

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel). Zorg tijdens en na de bevalling valt onder verloskundige zorg, ongeacht de uitkomst van de zwangerschap (bijvoorbeeld een miskraam). Deze kosten vallen niet onder het eigen risico. Ook kosten die verband houden met het behandelen van aandoeningen die zich tot 6 weken na de bevalling voordoen en verband houden met de zwangerschap, vallen niet onder het verplichte eigen risico,
- de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en het structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester,
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt, stoppen-met-rokenprogramma en gecombineerde leefstijlinterventie. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Voor Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patientgroepen geldt het eigen risico ook,
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,
- verpleging en verzorging (wijkverpleging),
- zorg aan de donor nadat 13 weken of 26 weken (bij levertransplantatie) na de datum van ontslag uit een instelling waar de donor was opgenomen in verband met selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal zijn verstreken, voor zover die zorg verband houdt met die opname.
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie, bij het 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken,
- medicatie en Nicotine vervangende middelen als onderdeel van een stoppen-met-rokenprogramma, als u deze betreft van een specifiek daarvoor gecontracteerde zorgaanbieder.

Voorbeelden

1. U wordt op 20 november 18 jaar. Het eigen risico gaat dan gelden vanaf 1 december. Dat jaar is het eigen risico voor 31/365 deel van toepassing.
2. U heeft een eigen risico van € 385. U wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U ontvangt dan een nota van de zorgverzekeraar van € 385.
3. U wordt op 20 december 2024 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2025 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2024.

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast, is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet-verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar geen contract heeft, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

Overig

Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1e lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd in uw Basisverzekering. Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de verzekeringsvoorwaarden, zijn ze conform artikel 14a lid 1 in deze verzekeringsvoorwaarden verwerkt.

Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER- land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de klantenservice.

Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op + 31 317 455 678. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.

Audiologische hulp

Audiologische hulp is een vorm van medisch specialistische zorg. Audiologische hulp is het voorkomen, opsporen, onderzoeken en behandelen van allerlei stoornissen aan het gehoor.

Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek naar de gehoorfunctie,
- advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- psychosociale zorg als u problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor audiologische hulp naar een audiologisch centrum. De zorgverzekeraar heeft audiologische centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'audiologische hulp' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op audiologische hulp als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist (kinderarts of keel-, neus- en oorarts). Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Extra informatie

Zoekt u informatie over gehoorhulpmiddelen (hoortoestel)? Gehoorhulpmiddelen vallen onder

Hulpmiddelen. Meer informatie vindt u in het Verzekeringsreglement en de Regeling zorgverzekering. Deze vindt u op www.zorgverzekeringhema.nl.

Diëtetiek

Diëtetiek is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een geneeskundig doel. Een diëtist is de aangewezen deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig aanpast. De diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke gezondheid bevorderen.

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op maximaal 3 behandelingen diëtetiek met een geneeskundig doel over voeding en eetgewoonten. Een behandeluur bestaat uit de geplande tijd die de diëtist met u in gesprek is en de gemiddelde tijd die nodig is voor de werkzaamheden rondom het consult (bijvoorbeeld informatie opzoeken, een dieetadvies op papier zetten of een rapportage aan de arts maken).

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een diëtist die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl. De zorgverzekeraar heeft diëtisten gecontracteerd. U kunt uit deze diëtisten kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van diëtisten die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een diëtist gaat.

Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een voedingsmiddel met een andere samenstelling én in een andere vorm dan normale voeding. Een voorbeeld is sondevoeding.

Welke zorg

U heeft recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. U heeft alleen recht op dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding, en:

- u lijdt aan een stofwisselingsstoornis,
- u lijdt aan een voedselallergie,
- u lijdt aan een resorptiestoornis,
- u lijdt aan een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
- daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor dieetpreparaten naar een apotheek, een apotheekhoudende huisarts of een leverancier van dieetpreparaten. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders

kiezen. Op www.zorgverzekeringshema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Behandeladvies

U heeft een behandeladvies nodig van een huisarts, medisch specialist of diëtist.

Maximale periode

Per recept heeft u recht op dieetpreparaten voor maximaal 1 maand.

Toestemming

Als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, levert u samen met het recept een door uw huisarts, medisch specialist of diëtist ingevulde artsenverklaring in. Als aan de indicatievoorwaarden is voldaan krijgt u de dieetpreparaten direct mee. Als u naar een zorgaanbieder gaat die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, heeft u voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. U kunt in dat geval gebruikmaken van een aanvraagformulier farmaceutische zorg van HEMA Zorgverzekering. Bij de aanvraag moet u een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van uw behandelend arts meesturen. U vindt het aanvraagformulier op www.zorgverzekeringshema.nl.

Let op

Voor zuigelingenvoeding bij koemelkallergie heeft u in de volgende gevallen vooraf onze toestemming nodig;

- als er geen provocatietest is uitgevoerd,
- voor kinderen van 2 jaar of ouder,
- bij een hoeveelheid van meer dan 1000 ml per dag.

Let op

- Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals in de supermarkt of bij de drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.
- De artsenverklaring wordt beoordeeld door de zorgaanbieder. Als u dat niet op prijs stelt, wordt de artsenverklaring beoordeeld door de zorgverzekeraar.

Eerstelijnsverblijf

In bepaalde situaties kan het voorkomen dat u te maken krijgt met zorgvragen waarbij uw huisarts het medisch niet meer verantwoord vindt om thuis te verblijven, maar waarvoor u niet hoeft te worden opgenomen in een ziekenhuis. Uw huisarts kan dan na overleg met u bepalen dat u wordt opgenomen in een zogenoemd eerstelijnsverblijf.

Welke zorg

U heeft recht op verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Ook heeft u recht op de bijbehorende

noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg. Het verblijf is verzekerd gedurende een ononderbroken periode van 1.095 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Een onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof telt wel mee.

Welke zorgaanbieder

Het eerstelijnsverblijf vindt plaats in een instelling voor verpleging en verzorging waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'Eerstelijns verblijf' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en toestemming

U heeft alleen recht op eerstelijnsverblijf als u vóóraf een schriftelijke indicatie heeft van een huisarts, een medisch specialist - al dan niet gedelegeerd naar de transferverpleegkundige -, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een maatschappelijk werker.

Erfelijkheidsonderzoek

Erfelijkheidsonderzoek is een vorm van medisch specialistische zorg (zie ook dat artikel). Bij erfelijkheidsonderzoek wordt uitgezocht of een bepaalde aandoening of aangeboren afwijking erfelijk is.

Welke zorg

U heeft recht op:

- centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten,
- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek,
- erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding,
- onderzoek bij andere personen als dit nodig is om u te adviseren. Deze andere personen kunnen dan ook geadviseerd worden.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een erfelijkheidsonderzoek naar een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Dit is een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing. De zorgverzekeraar heeft centra voor erfelijkheidsonderzoek gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'erfelijkheidsonderzoek' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op erfelijkheidsonderzoek als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Ergotherapie

Ergotherapie helpt mensen die door lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoeningen problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De ergotherapeut zorgt voor praktische oplossingen in de omgeving van de cliënt, zodat dagelijkse handelingen weer mogelijk zijn. De ergotherapeut kan ook advies geven over het gebruik van hulpmiddelen en ondersteuning bieden in de aanvraagprocedure.

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op maximaal 10 behandeluren ergotherapie als die het doel heeft uw zelfzorg en uw zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een ergotherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl. De zorgverzekeraar heeft ergotherapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze ergotherapeuten kiezen. Op www.zorgverzekeringshema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een ergotherapeut gaat.

Fysiotherapie, oefentherapie, bekkenfysiotherapie

Fysiotherapie

De fysiotherapeut stabiliseert, vermindert of herstelt een functiestoornis of de gevolgen daarvan door het toepassen van fysiotherapie, advisering of begeleiding. Hiermee probeert hij de functie van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Normale houding en beweging zijn weer mogelijk of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

Welke zorg

U heeft recht op fysiotherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar. Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness (of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, Slender You en groepszwemmen) en extracorporale shockwave therapie is geen fysiotherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer informatie vindt u op www.zorgverzekeringshema.nl.

18 jaar of ouder

U heeft recht op fysiotherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op fysiotherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister van VWS heeft

vastgesteld. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op www.zorgverzekeringhema.nl. U kunt ook contact opnemen met de Klantenservice.

Let op

U heeft vanuit uw Basisverzekering geen recht op de 1^e 20 behandelingen per aandoening. In de aanvullende verzekeringen van de zorgverzekeraar is een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op fysiotherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1^e behandeling. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld staat, heeft u recht op ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de 1^e 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen fysiotherapeut. Voor sommige specifieke klachten kunt u naar een therapeut die gespecialiseerd is in de behandeling van deze klachten. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan:

- de manueel therapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de wervelkolom en ledematen centraal staan,
- de kindfysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de motorische ontwikkeling en motorisch leren van het kind centraal staan,
- de geriatriefysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten bij kwetsbare ouderen en cliënten/patiënten met een hoge (biologische) leeftijd die te maken hebben met complexe gezondheidsproblematiek,
- de bekkenfysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de bekkenregio en heupen centraal staan,
- de oedeemtherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin (lymf)oedeem centraal staat.

Wij raden u aan om aan uw fysiotherapeut te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.

Let op

U kunt voor behandeling van de ziekte van Parkinson alleen naar een fysiotherapeut die is aangesloten bij ParkinsoNet en die staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) of in het register Keurmerk Fysiotherapie.

Let op

U kunt alleen naar een algemeen fysiotherapeut, een kindfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemfysiotherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) of in het register Keurmerk Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een fysiotherapeut gaat. Wel heeft u een bewijs van diagnosestelling nodig. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller. De diagnosestelling moet specifiek genoeg zijn om vast te kunnen stellen of het een aandoening betreft die vermeld staat in Besluit zorgverzekering en/of Bijlage 1 artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering.

Let op

Het is mogelijk dat de zorgverzekeraar navraag doet over nut en noodzaak van de behandeling bij de fysiotherapeut. Bijvoorbeeld als u meer dan 50 behandelingen per jaar krijgt. De zorgverzekeraar en de beroepsgroep van fysiotherapeuten vinden doelmatige zorgverlening belangrijk. Zo zorgen we ervoor dat u de juiste behandeling krijgt en kunnen we de kosten voor u zo laag mogelijk houden.

Oefentherapie

Oefentherapie is een behandeling gericht op de verbetering van de houding en manier van bewegen van mensen met lichamelijke klachten. De gedachte achter de therapie is dat houdingen en bewegingen onbewust aangepast worden aan klachten en dat deze klachten hierdoor in stand worden gehouden. De therapie bestaat uit oefeningen om de houding en beweging te corrigeren.

Welke zorg

U heeft recht op oefentherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar. Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness (of een vergelijkbare activiteit, zoals Slender You en groepszwemmen) is geen oefentherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer informatie vindt u op www.zorgverzekeringhema.nl.

18 jaar of ouder

U heeft recht op oefentherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op oefentherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. De lijst is opgenomen in bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op www.zorgverzekeringhema.nl. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Let op

U heeft geen recht op de 1^e 20 behandelingen. In de aanvullende verzekeringen van de zorgverzekeraar is een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op oefentherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1^e behandeling. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst staat, heeft u recht op ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de 1^e 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u

recht op nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een oefentherapeut of een kinderoefentherapeut, die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. De zorgverzekeraar heeft oefentherapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze oefentherapeuten kiezen. In de zorgvinder op www.zorgverzekeringshema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. In het artikel 'naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' op bladzijde 13 staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een oefentherapeut gaat. Wel heeft u een bewijs van diagnosestelling nodig. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller. De diagnosestelling moet specifiek genoeg zijn om vast te kunnen stellen of het een aandoening betreft die vermeld staat in Besluit zorgverzekering en/of Bijlage 1 artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering.

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

De bekkenfysiotherapeut helpt bij het leren herkennen en trainen van alle relevante spieren rondom het bekken. De bekkenbodempieren werken nauw samen met de buik- en rugspieren en hebben een belangrijke functie in het dagelijks bewegen en bij het voorkómen van rug- en bekkenpijn.

Welke zorg

U heeft eenmalig recht op maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie, als u 18 jaar of ouder bent. Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness (of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, Slender You en groepszwemmen) en extracorporale shockwave therapie is geen bekkenfysiotherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer informatie vindt u op www.zorgverzekeringshema.nl.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register Keurmerk Fysiotherapie. De zorgverzekeraar heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. In de zorgvinder op www.zorgverzekeringshema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. In het artikel 'naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' op bladzijde 13 staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een bekkenfysiotherapeut gaat. Wel heeft u een bewijs nodig van uw behandelend arts waarin de diagnose urine-incontinentie is vastgesteld. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller.

Claudicatio intermittens (etalagebenen)

Etalagebenen is de volksterm voor symptomatisch perifere arterieel vaatlijden, ofwel

claudicatio intermittens. Hierbij voeren de slagaders in uw benen te weinig zuurstof aan voor de spieren die u gebruikt bij het lopen. Dit komt omdat deze slagaderen vernauwd zijn. Een vernauwing ontstaat door slagaderverkalking. (De term etalagebenen is bedacht omdat patiënten zich een houding willen geven als zij noodgedwongen moeten rusten. Zij kijken dan bijvoorbeeld in de etalage van een winkel.)

Welke zorg

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u gedurende maximaal 12 maanden recht op maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut als u etalagebenen heeft. Onder etalagebenen wordt verstaan: perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij Chronisch ZorgNet. De zorgverzekeraar heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een nietgecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een (gecontracteerde) fysiotherapeut of oefentherapeut gaat die is aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Wel heeft u een bewijs nodig van uw behandelend arts waarin de diagnose etalagebenen is vastgesteld. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller.

Valpreventieve beweginginterventie

Een valpreventieve beweginginterventie is gericht op het verminderen van valrisico's. Aan de hand van een valrisicobeoordeling van de huisarts kunt u het advies krijgen om een bewegingsprogramma te gaan volgen. Dat wordt een valpreventieve beweginginterventie genoemd.

Welke zorg

Als u 18 jaar of ouder bent heeft u recht op een valpreventieve beweginginterventie. Waar u precies recht op heeft hangt af van uw valrisico's en de onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen.

U heeft eenmaal per kalenderjaar recht op een valpreventieve beweginginterventie.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut die gespecialiseerd is in het Otago thuis-oefenprogramma en die een samenwerking heeft met uw gemeente voor valpreventie. De zorgverzekeraar heeft therapeuten gecontracteerd. Kijk voor meer informatie hierover op www.zorgverzekeringhema.nl. U kunt uit deze therapeuten kiezen. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op een valpreventieve beweginginterventie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts.

Artrose van heup- of kniegewricht

Artrose is slijtage van het gewricht. Het kraakbeen wordt dunner en raakt beschadigd.

Welke zorg

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u gedurende maximaal 12 maanden recht op maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder begeleiding als u artrose van heup- of kniegewricht heeft.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut. De zorgverzekeraar heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

COPD is een longziekte waarbij uw longen zijn beschadigd. Ademen is moeilijker en u heeft minder energie. De afkorting COPD staat voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronische Obstructieve Long Ziekte). Als de ziekte meer actief wordt, na een tijdlang weinig of geen activiteit te hebben vertoond, wordt gesproken van exacerbatie.

Welke zorg

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op oefentherapie onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut indien er sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Dit dient door een arts te zijn vastgesteld. U heeft recht op ten hoogste:

- a. indien sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 5 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden,
- b. indien sprake is van klasse B1 (matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit) van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 1. 27 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling, en
 2. 3 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren;
- c. indien sprake is van klasse B2 (hoge ziektelast en een beperkte fysieke capaciteit), C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 1. 70 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling, en
 2. 52 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren.

Aantal behandelingen per periode	Klasse A	Klasse B1	Klasse B2, C	Klasse D
Maximum aantal behandelingen in de 1 ^e 12 maanden (het 1 ^e behandeljaar)	5	27	70	70
Maximum aantal behandelingen per 12 maanden voor de onderhoudsfase (de jaren na het 1 ^e behandeljaar)	0	3	52	52

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut. De zorgverzekeraar heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van

zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Geestelijke gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in psychologische zorg geleverd door de huisarts (kijk hiervoor in het artikel Huisartsenzorg), GGZ zonder opname en GGZ met opname. Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1^e lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd.

GGZ zonder opname

GGZ zonder opname wil zeggen dat u regelmatig een bezoek brengt aan de zorgaanbieder voor uw behandeling, maar dat u gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste psychische stoornissen kunnen zonder opname behandeld worden.

Welke zorg

U heeft recht op diagnostiek en behandeling bij erkende psychische DMS-stoornissen. DMS staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De omvang van de zorg binnen de GGZ zonder opname is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij de klantenservice.
- U heeft geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.
- Als u een nota bij de zorgverzekeraar indient, dient deze alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is. U kunt deze vinden op www.zorgverzekeringhema.nl. De zorgverzekeraar kan aanvullende informatie bij u opvragen om de rechtmatigheid van de declaratie te kunnen vaststellen.
- Verslavingszorg is vaak duur en is – zeker als de verslavingszorg in het buitenland plaatsvindt – in lang niet alle gevallen verzekerd. Laat u daarom vooraf goed informeren als u zich voor verslaving wilt laten behandelen. U kunt hiervoor contact opnemen met de klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een vrijgevestigd zorgaanbieder of naar een GGZ-instelling. De zorgaanbieder moet wel een kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan de eisen uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ en daar naar handelen. Dit kwaliteitsstatuut moet geregistreerd zijn bij Zorginstituut Nederland. Daarbij geldt voor regiebehandelaarschap dat de veldafpraak 'Tijdelijke invulling regiebehandelaarschap' van toepassing is. Een regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de totale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, en voor u als patiënt en uw naasten het centrale aanspreekpunt.

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, controleer dan vóór de behandeling of deze zorgaanbieder een geregistreerd kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de klantenservice. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder, naar de website van de zorgaanbieder gaan of naar zorginzicht.nl. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen geregistreerd kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Verwijzing

U heeft alleen recht op GGZ zonder opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, spoedeisende hulp arts (SEH), straatdokter, arts maatschappij en gezondheid of uw regiebehandelaar. Deze verwijsbrief moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.

Let op

- Komt u zonder tijdige afmelding niet op uw afspraak? Dan moet u de kosten daarvan zelf betalen.
- Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de 1^e declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar de zorgverzekeraar op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

GGZ met opname

Sommige psychische problematiek is zo ernstig, dat een behandeling zonder opname niet toereikend is. Opname in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis is dan de beste oplossing. Dat betekent dat u uw behandeling ontvangt in de kliniek maar ook dat u voor de duur van de behandeling leeft en slaapt in de kliniek of het ziekenhuis. Ook in geval van een crisissituatie kan besloten worden tot een opname.

Welke zorg

U heeft recht op :

- diagnostiek en behandeling bij complexe en/of meervoudige erkende DSM psychische stoornissen waarbij vaak ook een multidisciplinaire aanpak gewenst is. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De omvang van de zorg binnen de GGZ met opname is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.
- opname en verblijf, gedurende het etmaal, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende maximaal 1.095 dagen. Als de opname korter dan 31 dagen wordt onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee

voor de berekening van de 1.095 dagen.

- bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, verpleging en verzorging, gedurende de periode van opname.

Let op

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u voor behandeling wordt opgenomen of informeer bij de klantenservice.
- U heeft geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.
- Verslavingszorg is vaak duur en is – zeker als de verslavingszorg in het buitenland plaatsvindt – in lang niet alle gevallen verzekerd. Laat u daarom vooraf goed informeren als u zich voor verslaving wilt laten behandelen. U kunt hiervoor contact opnemen met de klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een GGZ-instelling. De instelling moet wel een kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan de eisen uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ en daarnaar handelen. Dit kwaliteitsstatuut moet geregistreerd zijn bij Zorginstituut Nederland. Daarbij geldt voor regiebehandelaarschap dat de veldafpraak 'Tijdelijke invulling regiebehandelaarschap' van toepassing is. Een regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de totale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, en voor u als patient en uw naasten het centrale aanspreekpunt.

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, controleer dan vóór de behandeling of deze zorgaanbieder een geregistreerd kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de klantenservice. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder, naar de website van de zorgaanbieder gaan of naar zorginzicht.nl. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen geregistreerd kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Verwijzing

U heeft alleen recht op GGZ met opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, medisch specialist, spoedeisende hulp arts (SEH), straatdokter, arts maatschappij en gezondheid of uw regiebehandelaar. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg. Wel is per direct een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de acute situatie voorbij is.

De verwijzing omvat een duidelijke hulpvraag die vanuit de GGZ beantwoord kan worden, dient specifiek naar de GGZ te verwijzen en dient ten minste te vermelden wat de door de verwijzer vermoede psychische (DSM-)stoornis is en de reden voor de verwijzing. De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS. Dit betekent o.a. dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9

maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.

Toestemming

- Als u kiest voor een behandeling met verblijf bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de klantenservice.
- Wilt u voortgezet verblijf na een periode van 365 dagen of nadat de periode waarvoor reeds toestemming is verleend is verstreken? Dan moet u uiterlijk 2 maanden voordat de periode van 365 dagen of de termijn waarvoor toestemming is verleend verstrijkt, schriftelijk toestemming vragen aan de zorgverzekeraar via uw huidige regiebehandelaar. Op www.zorgverzekeringhema.nl vindt u het aanvraagformulier.
- Wilt u het geneesmiddel esketamine neuspray (onder andere Spravato) gebruiken? Dan heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de klantenservice.

Let op

Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de 1^e declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar de zorgverzekeraar op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder. De nota dient alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is (met uitzondering dus van de diagnosecode). Zie www.zorgverzekeringhema.nl voor deze vereisten.

Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zepil, pleister. Er zijn duizenden geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Welke zorg

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl. Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Niet geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, 1^e lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts

toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationele farmacotherapie. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Advies en begeleiding

In deze zorg is het advies van en de begeleiding door degene die u het geneesmiddel ter hand stelt, inbegrepen.

Let op

Er gelden beperkingen ten aanzien van: preferentiebeleid, indicatie, plaats van toediening en maximale periode.

Preferentiebeleid

Ieder geneesmiddel heeft een werkzame stof. U heeft recht op alle werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Vaak zijn er verscheidene geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof op de markt. Bij sommige geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door de zorgverzekeraar zijn aangewezen. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heeft u recht op een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl.

Preferente geneesmiddelen

Als behandeling met een preferent geneesmiddel niet medisch verantwoord is en u dus een ander, niet-preferent, geneesmiddel wilt gebruiken, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Als u naar een apotheker gaat waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, geeft deze apothek u het geneesmiddel mee als u een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts 'medisch noodzakelijk' of MN heeft geschreven. Of als u samen met het recept een door uw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inlevert. Gaat u naar een apotheker waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten dan vraagt u met het Aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan de zorgverzekeraar. Bij dit formulier moet u een gemotiveerde toelichting van uw arts sturen. Als het gaat om medicatie die u voor het eerst gebruikt, heeft u de 1^e 15 dagen ook zonder toestemming van de zorgverzekeraar recht op het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij de zorgverzekeraar indienen. Als u de aanvraag niet tijdig indient heeft u na de 15^e dag geen recht meer op het niet-preferente geneesmiddel.

Indicatie

Op sommige geneesmiddelen heeft u alleen recht als u een indicatie heeft die in de wettelijke regeling is omschreven. U vindt deze geneesmiddelen en indicaties in Bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl. Voor sommige geneesmiddelen die op Bijlage 2 staan gelden ook andere voorwaarden, die u vindt in het Verzekeringsreglement. U kunt het Verzekeringsreglement vinden op www.zorgverzekeringhema.nl.

Plaats van toediening

Sommige geneesmiddelen mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of ter hand gesteld, tenzij de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor toediening en/of terhandstelling elders. In tabel 2 in het Verzekeringsreglement staan deze geneesmiddelen vermeld. De geneesmiddelen die in tabel 3 van het Verzekeringsreglement staan, mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of ter hand gesteld. Toediening of terhandstelling buiten het ziekenhuis is niet verzekerd. In het Verzekeringsreglement staat ook wat onder een ziekenhuis wordt verstaan.

Minimale en maximale afleverperiode voor geneesmiddelen

Het recept van de arts en de voorgeschreven hoeveelheid geneesmiddel is leidend voor de hoeveelheid geneesmiddelen die afgeleverd wordt door uw apotheek, tenzij deze boven de onderstaande hoeveelheden uitkomen. Een andere reden kan zijn dat de houdbaarheid van een geneesmiddel ervoor zorgt dat u slechts een deel meekrijgt. De apotheker zal dit altijd met u overleggen.

- Een nieuw voorgeschreven geneesmiddel krijgt u voor 15 dagen mee. Of u krijgt de kleinste geneesmiddelenverpakking. Als het gaat om een geneesmiddel waarvoor het preferentiebeleid geldt, krijgt u de kleinste verpakking van dat preferente geneesmiddel mee.
- Voor de anticonceptiepil geldt een aflevertermijn van 3 maanden voor een nieuw voorgeschreven geneesmiddel. Daarna geldt een termijn van 6 of 12 maanden naar keuze van de verzekerde in overleg met de apotheker of apothekersassistente.
- Bij geneesmiddelen die duurder zijn dan € 1.500 per maand wordt na de 1^e uitgifte maximaal voor een periode van 1 maand afgeleverd. Bij hiv-medicatie geldt dat na een instelperiode van 3 maanden voor een periode van maximaal 3 maanden mag worden afgeleverd.
- Ten minste 3 maanden voor geneesmiddelen die een chronische ziekte behandelen en ten hoogste 6 maanden als het gaat om een geneesmiddel dat door de zorgverzekeraar als preferent is aangewezen, tenzij u om aantoonbare medische reden niet zo lang over een geneesmiddel mag beschikken.
- 1 maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen.
- Bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase), geldt in principe een periode van 15 dagen. Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafpraak worden gemaakt.
- Minimaal 1 maand voor alle andere gevallen.

Eigen bijdrage

Het kan zijn dat u een eigen bijdrage moet betalen. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering staan alle geneesmiddelen waar u recht op heeft. Deze bijlage heeft een onderdeel A en een onderdeel B. In onderdeel A staan alle geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Als u een geneesmiddel gebruikt dat meer kost dan de vergoedingslimiet, moet u het gedeelte dat hoger is dan de limiet zelf betalen. Dit geldt ook als het geneesmiddel dat u gebruikt is bereid uit een geneesmiddel dat meer kost dan de vergoedingslimiet. U hoeft niet meer dan € 250 aan eigen bijdragen voor geneesmiddelen per kalenderjaar te betalen. Als het geneesmiddel dat u gebruikt in onderdeel B staat, is er geen vergoedingslimiet.

Let op

De eigen bijdrage is niet hetzelfde als het eigen risico. U betaalt beide.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op geneesmiddelen:

- in gevallen die zijn aangegeven in de Regeling zorgverzekering,
- in geval van ziekterisico bij reizen,
- voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, 3^e lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet,
- die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij het een apotheekbereiding is van een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 3, onderdeel A, van de Regeling zorgverzekering, of het een apotheekbereiding van een geneesmiddel betreft waarover de Minister blijkens bijlage 1 en 3 van de Regeling zorgverzekering nog geen besluit tot opname in het verzekerde pakket heeft genomen,
- die opgenomen zijn op Bijlage 3, onderdeel B, van de Regeling zorgverzekering,
- als bedoeld in artikel 40, 3^e lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheekhoudend huisarts. De zorgverzekeraar heeft apotheken en apotheekhoudende huisartsen gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts. Of van een specialist ouderengeneeskunde als u gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf (ELV).

Toestemming

Voor sommige geneesmiddelen heeft u voorafgaande toestemming nodig. Welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement in tabel 1. Uw arts kan een bij dit geneesmiddel horende artsenverklaring invullen. Hiervoor zijn speciale formulieren, die u kunt vinden op znformulieren.nl. Als u met deze artsenverklaring naar een apotheek gaat waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, beoordeelt de apotheker of u recht heeft op het geneesmiddel. U hoeft dan niet eerst aan de zorgverzekeraar toestemming te vragen. Gaat u voor het geneesmiddel naar een apotheek waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan moet u wel eerst toestemming vragen aan de zorgverzekeraar.

Huisartsenzorg

De huisarts is het 1^e aanspreekpunt als u vragen over gezondheid en ziekte heeft.

Huisartsenzorg is vrij toegankelijk en persoonsgericht. In de avond, nacht, of het weekend kunt u hulp krijgen bij een huisartsenpost.

Welke zorg

U heeft recht op :

- huisartsenzorg, behalve de grieprik,
- door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en

functieonderzoek,

- medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover de zorgverzekeraar en de huisarts afspraken hebben gemaakt,
- zorg voor psychische klachten. De huisarts verzorgt de 1^e opvang indien u psychische klachten heeft en beoordeelt of hij u zelf kan behandelen of dat u verwezen moet worden naar de GGZ zonder opname of de GGZ met opname,
- ketenzorg die bekostigd wordt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Met welke huisartsen de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt, vindt u op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder. Ketenzorg is een zorgprogramma speciaal voor mensen met diabetes type 2, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) en VRM (Vasculair Risicomanagement) waaraan meerdere zorgaanbieders deelnemen, waardoor de zorg beter op elkaar afgestemd is. De zorg is gebaseerd op de zorgstandaard voor Diabetes type 2, COPD en VRM. U kunt kiezen of u wilt deelnemen aan ketenzorg. Meer weten over ketenzorg? Kijk voor meer informatie op www.zorgverzekeringhema.nl,
- gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) die door het RIVM als bewezen effectief is beoordeeld en is opgenomen in het overzicht dat u kunt vinden op Loketgezondleven.nl, als u een matig of sterk verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico heeft (conform de zorgstandaard obesitas: BMI van 25 of hoger met verhoogd risico op een chronische aandoening of BMI hoger dan 30). Dit dient vastgesteld te zijn door een huisarts of medisch specialist. U kunt de zorgstandaard obesitas vinden op zorginzicht.nl,
- zorg en ondersteuning voor kinderen jonger dan 18 jaar met overgewicht en obesitas. Deze zorg bestaat uit een brede analyse, begeleiding, coördinatie en GLI voor kinderen. Er moet sprake zijn van een matig of sterk verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (conform de zorgstandaard obesitas: BMI van 25 of hoger met verhoogd risico op een chronische aandoening of BMI hoger dan 30). Alleen als er in het behandelplan een GLI voor kinderen wordt aangeboden heeft u recht op begeleiding en coördinatie. De GLI voor kinderen wordt aangeboden in de vorm van een programma en uitgevoerd volgens de experimenten in Arnhem (GO) of Limburg (Your Coach Next Door) of Amsterdam (Aanpak Gezond Gewicht). De begeleiding en coördinatie mag maximaal 3,5 jaar duren. De GLI voor kinderen mag maximaal 24 aaneengesloten maanden duren.
- Geneeskundige zorg voor Specifieke Patientengroepen (GZSP) verleend door een Specialist Ouderengeneeskunde of een Arts Verstandelijk Gehandicapten,
- preventieve voetzorg: wanneer u diabetes heeft én daarbij een verhoogd risico op voetulcus (diepe ontsteking aan de voet), of wanneer u door andere medische aandoeningen of door een medische behandeling een verhoogd risico op een voetulcus heeft,
- valrisicobeoordeling: een analyse naar de oorzaken van een eventuele val die u heeft gemaakt of het vaststellen van hoge valrisico's. Vervolgens kunt u het advies krijgen om een beweegprogramma te volgen. Dat wordt een valpreventieve beweeginterventie genoemd. Kijk voor meer informatie in het artikel 'Fysiotherapie, oefentherapie en bekkenfysiotherapie'.

Welke zorgaanbieder

Voor huisartsenzorg gaat u naar de huisarts. Huisartsenzorg kan ook worden verleend door een hulpverlener die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkt, bijvoorbeeld een doktersassistente, nurse practitioner, praktijkondersteuner of door een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt over huisartsenzorg. In de avond, nacht, of in het weekend kunt u voor huisartsenzorg bij acute, spoedeisende problemen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag naar de huisartsenpost of naar de dienstdoende huisarts. Op een huisartsenpost werken

huisartsen samen om de spoedeisende huisartsenzorg te verlenen. Vraag uw huisarts bij welke dienstdoende huisarts of huisartsenpost u terecht kunt. U vindt ook informatie op vereniginghuisartsenposten.nl.

Voor door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek kunt u naar een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), een productiesamenwerkingsverband, een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Voor het plaatsen van een spiraaltje (anticonceptie) kunt u zich ook wenden tot een verloskundige.

Voor de GLI kunt u naar:

- een leefstijlcoach die staat ingeschreven in het register van de BLCN (BLCN staat voor beroepsvereniging leefstijlcoaches Nederland),
- een paramedicus (diëtist, fysiotherapeut of oefentherapeut) met de aantekening leefstijlcoach in het betreffende register (kwaliteitsregister CKR of kwaliteitsregister paramedici),
- een samenwerkingsverband (van bijvoorbeeld diëtist en fysiotherapeut) geschoold in de uitvoering van een door het RIVM als bewezen effectieve GLI.

Voor zorg en ondersteuning bij kinderen met overgewicht en obesitas kunt u naar:

- voor een brede analyse, begeleiding en coördinatie gaat u naar een Jeugdzorg verpleegkundige die is opgeleid als centrale zorgverlener.
- voor een GLI voor kinderen gaat u naar een BLCN geregistreerde leefstijlcoach die een opleiding tot kinder leefstijlcoach heeft gevolgd en die een samenwerking heeft met uw gemeente voor aanpak overgewicht en obesitas.

Voor GZSP kunt u naar een Specialist Ouderengeneeskunde of Arts Verstandelijk Gehandicapten.

Voor preventieve voetzorg buiten de ketenzorg kunt u zich wenden tot een podotherapeut. De podotherapeut kan voor preventieve voetzorg een pedicure inschakelen. De pedicure werkt onder de verantwoordelijkheid van de podotherapeut.

Let op

Gaat u voor preventieve voetzorg rechtstreeks naar een pedicure? Dan krijgt u geen vergoeding. De kosten van een pedicure worden alleen vergoed als onderdeel van ketenzorg of als de podotherapeut u naar de pedicure doorverwijst.

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Via de zoekterm Huisartsenzorg, GLI, GZSP, Eerstelijns Diagnostiek of Voetzorg vindt u op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst voor de desbetreffende zorg hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

- Preventieve voetzorg: u heeft alleen recht op voetzorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw huisarts of medisch specialist heeft.
- GLI: u heeft alleen recht op gecombineerde leefstijlinterventie als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist heeft.
- Zorg en ondersteuning voor kinderen jonger dan 18 jaar met overgewicht en obesitas: u heeft alleen recht op een brede analyse, begeleiding en coördinatie door een centrale zorgverlener en een GLI voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw huisarts, kinderarts of jeugdarts heeft.
- GZSP: u heeft alleen recht op GZSP als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw huisarts of medisch specialist heeft.

Toestemming

Voor zorg in een groep aan kwetsbare ouderen vanuit de GZSP heeft u vanaf de 100e behandeling voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig.

Let op:

Het verplicht eigen risico is van toepassing op Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen.

Hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.

Welke zorg

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. De zorgverzekeraar heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft de zorgverzekeraar in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel

‘Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel’. Hier vallen o.a. diabetestestmaterialen onder.

Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal uw aanvraag beoordelen. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. U kunt de Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement vinden op www.zorgverzekeringhema.nl. Als u wilt weten of een bepaald hulpmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen geldt een (procentuele) wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. U kunt in de Regeling zorgverzekering vinden of dat het geval is en hoe hoog de eigen bijdrage of maximale vergoeding dan is. U betaalt de eigen bijdrage aan de leverancier. De wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een hulpmiddel naar een leverancier van hulpmiddelen gaan. De zorgverzekeraar heeft voor de verschillende hulpmiddelen leveranciers gecontracteerd. U kunt uit deze leveranciers kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Als u kiest voor een leverancier die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. Als u voor een hulpmiddel naar een door de zorgverzekeraar niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze leverancier soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel lezen in het Verzekeringsreglement.

Let op!

Voor de levering van gehoorhulpmiddelen heeft de zorgverzekeraar met twee landelijk werkende zorgaanbieders overeenkomsten gesloten. Voor gehoorhulpmiddelen kunt u zich tot één van deze zorgaanbieders wenden. Kiest u voor een andere zorgaanbieder, dan krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. U kunt de twee gecontracteerde zorgaanbieders vinden in de zorgvinder op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Let op!

Voor de levering van stomamaterialen heeft de zorgverzekeraar met één landelijk werkende zorgaanbieder een overeenkomst gesloten. Voor stomamaterialen kunt u zich tot deze zorgaanbieder wenden.

Kiest u voor een andere zorgaanbieder, dan krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. U kunt de zorgaanbieder vinden in de zorgvinder op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Toestemming

In het Verzekeringsreglement staat per hulpmiddel of voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. Het kan hierbij gaan om een 1e verstrekking, maar ook om vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel. Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar voor de meeste hulpmiddelen vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. Als de leverancier niet zeker weet of de zorgverzekeraar u het hulpmiddel verstrekt of vergoedt, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar de zorgverzekeraar.

Let op

- Als u naar een leverancier wilt die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Vermeld u op de aanvraag voor toestemming dat u gebruik wilt maken van een leverancier die met de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft.
- Als u een 2e exemplaar van eenzelfde hulpmiddel wilt, heeft u hiervoor voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig.
- In het Verzekeringsreglement wordt per hulpmiddel uitgelegd aan welke andere voorwaarden u moet voldoen, bijvoorbeeld het meesturen van een toelichting van een arts.
- Voor de vergoeding van de meeste verbandmiddelen moet uw verpleegkundig specialist een speciaal formulier invullen. Verbandmiddelen worden alleen maar vergoed bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling nodig is. Dit speciale verbandmiddelenaanvraagformulier vindt u op [znformulieren.nl](https://www.znformulieren.nl). Meer informatie kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.
- Als de zorgverzekeraar maar 1 leverancier voor een bepaald hulpmiddel heeft gecontracteerd, kan de zorgverzekeraar de toestemming in kopie rechtstreeks naar die leverancier sturen. Dit geldt ook als de levering niet op zich kan laten wachten omdat er sprake is van een medische noodzaak.

Gebruik hulpmiddel

Als u het hulpmiddel met opzet beschadigt of als schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, heeft u geen recht op vervanging, correctie of herstel van het hulpmiddel voordat de gebruiksduur die in het Verzekeringsreglement staat is verstreken. Als u het hulpmiddel in bruikleen heeft en het is door u met opzet beschadigd of de schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, dan kan de zorgverzekeraar de kosten hiervan op u verhalen.

Let op

- U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen, tenzij in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat deze vergoed worden. Een voorbeeld van normaal gebruik is het vervangen van batterijen.
- Als in het Verzekeringsreglement gebruikstermijnen of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze bedoeld om een normaal gemiddelde aan te geven. Van deze gebruikstermijnen of gebruiksaantallen kan in individuele gevallen worden afgeweken.
- Als u recht heeft op een hulpmiddel wordt hiermee bedoeld dat u recht heeft op verstrekking (vergoeding), vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.
- Zie voor kosten samenhangend met thuisdialyse: niet-klinische dialyse.
- Zie voor hulpmiddelen voor het zelf meten van bloedstollingtijden: trombosedienst.

In-vitrofertilisatie (IVF)

IVF en ICSI zijn vruchtbaarheidsbehandelingen. In vitro fertilisatie (IVF) betekent 'in glas bevruchting' en wordt ook wel reageerbuisbevruchting genoemd. ICSI staat voor intracytoplasmatische sperminjectie. De bevruchting van de vrouwelijke eicel door een mannelijke zaadcel vindt bij deze behandelingen kunstmatig plaats. IVF-behandeling heeft in

het kader van stepped care een eigen plaats. Bij de keuze van de behandeling wordt rekening gehouden met de effectiviteit, de intensiteit van deze behandeling voor paren, de risico's en de kosten.

Welke zorg

Waar u precies recht op heeft, hangt af van uw leeftijd. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder of informeer bij de klantenservice.

Jonger dan 38 jaar:

U heeft recht op de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Voor de 1^e en 2^e poging IVF per te realiseren zwangerschap geldt dat u daarop alleen recht heeft als er maximaal 1 embryo wordt teruggeplaatst. Bij de 3^e poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

38 jaar tot en met 42 jaar:

U heeft recht op de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Bij elke poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

Let op

- U heeft geen recht op IVF als u 43 jaar of ouder bent. U heeft wel recht op IVF voor zover het een poging IVF betreft die reeds is aangevangen voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma-injectie) en een eiceldonatiebehandeling worden gelijkgesteld met IVF. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel, zijn geen verzekerde zorg. Ook de niet-medische kosten van spermadonatie zijn geen verzekerde zorg. Dit zijn onder andere de aanschafkosten en de kosten van vervoer van het sperma.
- IVF- en ICSI-behandelingen die door een andere zorgverzekeraar zijn vergoed, tellen mee voor het totaal aantal behandelingen.
- Assisted Hatching is geen behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk en wordt dus niet vergoed.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor IVF naar een IVF-centrum met de daarvoor wettelijk vereiste vergunningen. De zorgverzekeraar heeft IVF-centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'IVF' een overzicht van centra die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op IVF als u vooraf een verwijzing van uw medisch specialist heeft. Als u naar een zorgaanbieder wilt die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, neemt u dan vooraf contact met ons op.

Extra informatie

Een volledige IVF-poging bestaat uit de volgende 4 fasen:

1. u krijgt hormonen die de rijping van eicellen in uw lichaam bevorderen,
2. daarna volgt de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen),
3. de eicellen worden bevrucht en in het laboratorium worden embryo's gekweekt,
4. ten slotte worden 1 of meerdere keren 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte geïmplant.

Een poging gaat pas als een poging tellen als er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen een poging die is geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat sprake is van een doorgaande zwangerschap, telt mee voor het aantal pogingen. Een doorgaande zwangerschap is een zwangerschap van ten minste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie. Of, in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's, is een doorgaande zwangerschap een zwangerschap van ten minste 9 weken en 3 dagen te rekenen vanaf de implantatie. De terugplaatsing van alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een zwangerschap van ten minste 12 weken na de 1^e dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap.

Voorbeelden voor de bepaling van het aantal verzekerde pogingen

1. Bij uw 3^e poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 4 weken gaat het mis en wordt deze poging afgebroken. Een volgende poging krijgt u niet vergoed.
2. Bij uw 3^e poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 4 weken gaat het mis. Omdat er nog een gecryopreserveerd embryo is, wordt deze teruggeplaatst. Dit hoort nog bij dezelfde (3^e) poging.
3. Bij uw 3^e poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 15 weken gaat het mis. U heeft nu weer opnieuw recht op 3 pogingen.
4. U heeft 3 pogingen vergoed gekregen, zonder resultaat. Na enige tijd bent u toch zwanger, zonder medisch ingrijpen. Deze zwangerschap duurt 12 weken. U heeft nu weer opnieuw recht op 3 pogingen.

Overige fertiliteitbevorderende behandelingen

Welke zorg

Medisch specialistische zorg zoals bedoeld in dat artikel omvat bij overige fertiliteitbevorderende behandelingen: gynaecologische behandelingen die de fertiliteit (vruchtbaarheid) bevorderen (bijvoorbeeld O.I. en I.U.I.).

Let op

Vrouwen van 43 jaar of ouder hebben geen recht op deze zorg.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een gynaecoloog of uroloog. De zorgverzekeraar heeft deze zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar

een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op overige fertiliteitbevorderende behandelingen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Let op

Er is een aantal klinieken dat voor IVF/ICSI behandelingen samenwerkt met ziekenhuizen in Duitsland of België. Let op dat u geen recht heeft op vergoeding als de behandeling in het buitenland niet voldoet aan wat in dit en het voorgaande artikel is opgenomen. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder of informeer bij de klantenservice.

Kraamzorg

De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of arts tijdens de bevalling, en regelt zaken als het wasgoed in de 1^e uren na de bevalling. Daarna helpt de kraamverzorgende doorgaans gedurende een week bij de verzorging van de moeder en de baby. Zij verstrekt informatie en controleert moeder en kind in de 1^e dagen na de bevalling.

Welke zorg

U heeft recht op kraamzorg tot maximaal 6 weken vanaf de dag van uw bevalling.

Protocol

Het aantal uren kraamzorg wordt vastgesteld aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt het protocol vinden op www.zorgverzekeringhema.nl.

E-Health

U kunt gebruik maken van Babybalance. Dit is e-health in de vorm van video's over de verzorging van uw pasgeboren baby. Babybalance kan alleen worden afgenomen in combinatie met kraamzorg bij u thuis. Het gebruik van Babybalance wordt gezien als onderdeel van de kraamzorguren binnen het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Babybalance kost 4 uren kraamzorg, er is geen eigen bijdrage van toepassing.

Eigen bijdrage

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 5,10 per uur voor kraamzorg bij u thuis. Bevalt u in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie daarvoor? Dan betaalt u daarvoor een wettelijke eigen bijdrage van € 40 per opnamedag (€ 20 voor de moeder en € 20 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 286 per dag (€ 143 voor de moeder en € 143 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 40 ook het bedrag dat boven de € 286 per dag uitkomt.

Welke zorgaanbieder

Kraamzorg wordt verleend door een gediplomeerde kraamverzorgende die verbonden is aan een kraamzorginstelling. De zorgverzekeraar heeft aanbieders van kraamzorg gecontracteerd. U kunt uit deze aanbieders kiezen. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Aanmelding

Voor advies over kraamzorg kunt u contact opnemen met de klantenservice. Het kraampakket kunt u dan meteen aanvragen.

Logopedie

Een logopedist geeft hulp bij stoornissen van de mondfuncties adem, stem, spraak, taal en horen. Deze hulp kan bestaan uit het behandelen van de stoornis, maar ook uit het afnemen van een onderzoek, het geven van adviezen en voorlichting en het begeleiden van de familie (verzorger) van de patiënt.

Welke zorg

U heeft recht op logopedie als:

- die een geneeskundig doel heeft, en
- van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Let op

U heeft geen recht op logopedie in verband met:

- dyslexie,
- behandelingen met een onderwijskundig doel,
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid,
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor zangers,
- spreken in het openbaar

Welke zorgaanbieder

Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen logopedist. Sommige logopedisten hebben voor specifieke klachten een aantekening. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan:

- stottertherapie: behandeling voor stotteren waarvan de ernst zodanig is dat het vloeiend verloop van de spraak duidelijk wordt belemmerd,
- afasietherapie: behandeling voor taal- en spraakgebrek ten gevolge van hersenletsel,
- preverbale logopedie: de behandeling van eet- en drinkproblemen en/of slikstoornissen bij jonge kinderen,
- Hänen Ouderprogramma: stap voor stap ondersteunen van de ouders op een praktische wijze bij het verbeteren van de communicatie met en het stimuleren van de spraaktaalontwikkeling van hun kind bij taalproblemen. Het Hänen Ouderprogramma is niet voor alle taalproblemen de aangewezen hulpvorm. Daarom is uitgebreid logopedisch onderzoek en een gesprek vooraf altijd nodig.
- groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren.

Wij raden u aan om aan uw logopedist te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.

U kunt voor deze zorg naar een logopedist die in het Kwaliteitsregister Paramedici staat. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl. De logopedisten die een specifieke aantekening hebben, kunt u

vinden in het desbetreffende deelregister van de NVLF. Deze kunt u vinden op nvlfnl.nl. De zorgverzekeraar heeft logopedisten gecontracteerd. U kunt uit deze logopedisten kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een logopedist gaat.

Toestemming

U heeft alleen recht op logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar. Uw logopedist kan deze toestemming namens u bij de zorgverzekeraar vragen.

Medisch specialistische zorg

Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op :

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum,
- een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten bij mechanische beademing thuis.

Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslachte bovenoogleden, behalve als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis (behalve als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4^e en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.

Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- de vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- audiologische hulp,
- erfelijkheidsonderzoek,
- een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname),
- oncologische hulp voor kinderen,
- verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- plastische of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op

www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.

Let op

Spoedeisende zorg wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, klinisch fysicus, verpleegkundig specialist, physician assistant, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten.

- De optometrist of orthoptist mag verwijzen naar de oogarts als het gaat om oogzorg.
- De triage-audicien mag verwijzen naar de KNO-arts als het gaat om hoorzorg.
- De triage-audicien mag verwijzen naar de klinisch fysicus-audioloog.
- De GGD-arts mag verwijzen naar de medisch specialist als het gaat om tuberculose.
- De bedrijfsarts mag verwijzen als de klachten met uw werk te maken hebben.
- De tandarts of orthodontist mag verwijzen naar de kaakchirurg als het gaat om kaakchirurgische behandelingen.
- De jeugdarts mag verwijzen naar een oogarts, kinderarts of orthopeed.
- De verloskundige mag verwijzen in geval van zwangerschap of bevalling. De verloskundige mag ook verwijzen naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling en naar de KNO-arts als het gaat om het klieven van het tongriempje.
- Het RIVM mag verwijzen naar een gespecialiseerde kinderarts bij een afwijkende uitslag van een hielprik.
- De CBT-tandarts mag verwijzen naar de neuroloog, anesthesist als pijnbestrijder en KNO-arts.

Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars

Nederland (ZN). Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis of bovenooglidcorrectie.
- **KNO-Heelkunde** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde** gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- **Chirurgie** Gynaecomastie, hypertrofie mamma.
- **Plastische chirurgie** diverse behandelingen.
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.
- **Borstprothese.**

Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op zn.nl

Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft. Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Zoekt u een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de klantenservice.

Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

Onder de niet-klinische dialyse vallen hemodialyse en peritoneaaldialyse. Hemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruikgemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaaldialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvloeistof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd. Dialyse kan worden gegeven in een dialysecentrum, ZBC en ziekenhuis, maar ook thuisdialyse is mogelijk.

Welke zorg

U heeft recht op hemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Bij thuisdialyse heeft u ook recht op vergoeding van kosten van:

- een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,
- regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen),
- chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse,
- aanpassingen die redelijkerwijs in uw woning verricht moeten worden en het weer ongedaan maken van die aanpassingen, voor zover er geen andere wettelijke regeling is die deze aanpassingen en het

- ongedaan maken daarvan (gedeeltelijk) vergoedt,
- kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen en niet op grond van een andere regeling worden vergoed,
 - de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse,
 - de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de woningaanpassingen die redelijkerwijs nodig zijn in verband met de thuisdialyse en vergoeding van kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum, ZBC of ziekenhuis. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u met de zoekterm 'dialyse' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op niet-klinische dialyse als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist. Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Let op

- Thuisdialyse wordt uitsluitend vergoed op basis van medisch specialistische zorg.
- De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen vallen onder hulpmiddelenzorg. Kijkt u voor meer informatie in het Verzekeringsreglement.

Oncologische hulp voor kinderen

Voor een effectieve behandeling van kanker is, naast het stellen van de juiste diagnose, onderzoek naar de uitbreiding van de ziekte en verdere typering van de tumor nodig. Voor kinderen met bloed- en lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.

Welke zorg

U heeft recht op registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Verwijzing

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslakte bovenoogleden, als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Let op

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden, behalve als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophoping) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis, behalve als deze medisch noodzakelijk is,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de

zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Als wij u toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

Revalidatie

Medisch specialistische revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.

Welke zorg

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag.

Let op

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling. U wordt voor revalidatie alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met medisch specialistische revalidatie in deeltijd of dagbehandeling.

Welke zorgaanbieder

U wordt behandeld door een interdisciplinair team van deskundigen onder leiding van een revalidatiearts. Dit team moet verbonden zijn aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u met de zoekterm 'revalidatie' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact

opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op van medisch specialistische revalidatie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben. Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Toestemming

Gaat u voor revalidatie naar een zorgaanbieder die met de zorgverzekeraar geen contract heeft? U heeft in dat geval alleen recht op van medisch specialistische revalidatie als u vooraf toestemming van de zorgverzekeraar heeft. Stuur u bij uw aanvraag een motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Let op

Arbeidsreïntegratie is geen verzekerde zorg.

Interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen

Interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen is een vorm van interdisciplinaire medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een longarts. Zorg bij complex chronische longaandoeningen is gericht op het functioneren van het hele lichaam van mensen met een complex chronische longziekte.

Welke zorg

U heeft recht op interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen als uw gezondheidstoestand als gevolg van uw ernstige chronische longaandoening zo ernstig is dat een interdisciplinaire aanpak nodig is. Er wordt een behandelplan opgesteld voor het functioneren van het hele lichaam. Het behandelplan richt zich op het verbeteren van het lichamelijk functioneren, het verminderen van klachten en beperkingen en het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Let op

U heeft recht op interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen in deeltijd- of dagbehandeling. U wordt voor interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan in deeltijd of dagbehandeling.

Welke zorgaanbieder

U wordt behandeld door een interdisciplinair team van deskundigen onder leiding van een longarts. Dit team moet verbonden zijn aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van een longarts. Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Toestemming

Gaat u voor interdisciplinaire zorg bij complex chronische longaandoeningen naar een zorgaanbieder die met de zorgverzekeraar geen contract heeft? U heeft in dat geval alleen recht op van deze zorg als u vooraf toestemming van de zorgverzekeraar heeft. Stuurt u bij uw aanvraag een motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medischspecialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld door een beroerte of een botbreuk. Deze mensen hebben behoefte aan een revalidatiebehandeling die meerdere soorten zorg combineert zoals verpleging, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtist, maatschappelijk werkende en de specialist ouderengeneeskunde. Dit alles onder de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. De zorg is aangepast aan de individuele herstel mogelijkheden en het trainingstempo van ouderen en houdt rekening met andere al bestaande aandoeningen. Het doel is om deze ouderen te helpen om terug te keren naar huis.

Welke zorg

U heeft recht op geriatrische revalidatie in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leervermogen en trainbaarheid. Geriatrische revalidatie is integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg en moet gericht zijn op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

U heeft recht op geriatrische revalidatie als u bij de start van de geriatrische revalidatie wordt opgenomen en:

- de geriatrische revalidatie binnen een week aansluit op een opname in verband met medisch specialistische zorg. Daarbij geldt dat u geen recht heeft op geriatrische revalidatie als u vóór die opname was opgenomen in een verpleeghuis. Met een opname in een verpleeghuis wordt bedoeld verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg, of
- de geriatrische revalidatie nodig is door een acute aandoening waarvoor u eerder medisch specialistische hulp heeft gehad en er door die aandoening sprake is van:
 - acute mobiliteitsstoornissen, of
 - afname van zelfredzaamheid.

Geriatrische revalidatie mag niet langer duren dan 6 maanden.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geriatrische revalidatie naar een instelling die geriatrische revalidatiezorg levert volgens de Behandelkaders Geriatrische Revalidatie. De Behandelkaders Geriatrische Revalidatie zijn opgesteld door de beroepsvereniging voor specialisten in ouderengeneeskunde Verenso.

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'Geriatrische revalidatie' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een nietgecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft recht op geriatrische revalidatie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de medisch specialist van het ziekenhuis waar u opgenomen bent geweest.

Heeft u als gevolg van een acute aandoening acute mobiliteitsstoornissen of afname van uw zelfredzaamheid? En heeft u eerder medisch-specialistische zorg voor deze aandoening heeft gehad? Dan kunt u naast de medisch specialist ook verwezen worden door de specialist ouderengeneeskunde of de huisarts.

De indicatie voor geriatrische revalidatie dient altijd gesteld te worden onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater of een internist ouderengeneeskunde.

Toestemming

Gaat u voor geriatrische revalidatie naar een zorgaanbieder die met de zorgverzekeraar geen contract heeft? U heeft in dat geval alleen recht op geriatrische revalidatie als u vooraf toestemming van de zorgverzekeraar heeft. Stuur u bij uw aanvraag een motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Second opinion

Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een 2^e, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme of vakgebied als de 1^e geconsulteerde arts.

Welke zorg

U heeft recht op een second opinion als:

- de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de 1^e behandelaar, en
- u met de second opinion terugkeert naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over uw behandeling.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een huisarts, medisch specialist, verloskundige, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GGZ-instelling of een (polikliniek van een) psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringshema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op een second opinion als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw behandelaar heeft.

Stoppen met roken

Een stoppen-met-rokenprogramma is een interventie (in een groep of individueel) gericht op

gedragsverandering, soms met ondersteuning van geneesmiddelen. Bij dit integrale programma vormt de gedragsmatige begeleiding de basis. Dit betekent dat er altijd een vorm van erkende gedragsmatige begeleiding ingezet wordt met mogelijke aanvulling van effectief bewezen geneesmiddelen, maar dat geneesmiddelen nooit zonder gedragsmatige ondersteuning kunnen worden ingezet.

Welke zorg

U heeft eenmaal per kalenderjaar recht op een stoppen-met-rokenprogramma:

- dat is gericht op gedragsverandering, en
- dat tot doel heeft te stoppen met roken,
- al dan niet in combinatie met een geneesmiddel.

Welke zorgaanbieder

Voor gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken kunt u terecht bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Daarnaast kunt u terecht bij uw huisarts voor gedragsmatige ondersteuning. Voor de nicotinemiddelen en geneesmiddelen kunt u terecht bij een door de zorgverzekeraar hiervoor gecontracteerde leverancier voor nicotinemiddelen en geneesmiddelen. De medicatie moet voorgeschreven worden via het aanvraagformulier geneesmiddelen bij stoppen met roken, of met een recept van de huisarts.

Op www.zorgverzekeringshema.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'stoppen met roken' een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten voor de gedragsmatige ondersteuning en voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een nietgecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Let op

1. U heeft alleen recht op nicotinemiddelen en geneesmiddelen als zij onderdeel zijn van een stoppen-met-rokenprogramma; aparte vergoeding van nicotinemiddelen en geneesmiddelen (dus zonder stoppen-met-rokenprogramma) vindt niet plaats.
2. Als u kiest voor een zorgaanbieder voor gedragsmatige ondersteuning die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, dient u de gespecificeerde nota naar de zorgverzekeraar te sturen. Als deze zorgaanbieder niet is geregistreerd in het 'Kwaliteitsregister Stoppen met Roken', of de geleverde zorg niet voldoet aan de CBO-richtlijn Behandeling bij tabaksverslaving of aan de Zorgmodule Stoppen met Roken, krijgt u geen vergoeding.
3. Als u kiest voor een leverancier voor nicotinemiddelen en geneesmiddelen die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen, dient u samen met de nota voor deze middelen een kopie van het aanvraagformulier geneesmiddelen of een kopie van het recept van de huisarts te sturen.

Tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet

toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

Welke zorg

U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft. Hieronder valt ook het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

Let op

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als dit noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad zonder de aandoening.
- U heeft alleen recht op orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. U heeft alleen recht op orthodontische hulp als deze wordt verleend door een orthodontist.

Eigen bijdrage

- Voor bijzondere tandheelkunde betaalt u een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks onder uw indicatie voor bijzondere tandheelkunde valt. De eigen bijdrage is dan het bedrag dat u zelf had moeten betalen als u geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde had gehad.
- Betreft de bijzondere tandheelkunde in uw geval het plaatsen van een kunstgebit (een volledige prothetische voorziening), dan betaalt u een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. Voor een kunstgebit op implantaten geldt een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% voor de bovenkaak. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op www.zorgverzekeringhema.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, kaakchirurg of orthodontist. Voor het orthodontische deel van de behandeling kunt u naar een orthodontist.

Verwijzing

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een orthodontist als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of kaakchirurg.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of huisarts. De kaakchirurg moet verbonden zijn aan een ziekenhuis.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, tandarts of kaakchirurg.

Toestemming

Voor bijzondere tandheelkunde heeft u voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Tandheelkunde

U heeft recht op tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u jonger bent dan 18 jaar of 18 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 17 jaar

U heeft recht op :

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft,
- incidenteel tandheelkundig consult,
- het verwijderen van tandsteen,
- 2 fluorideapplicaties per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen,
- sealing,
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees),
- anesthesie (verdoving),
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling),
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen),
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen),
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese),
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten:
 - als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of
 - als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval,
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Tot en met 22 jaar

U heeft recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snijof hoektanden is die helemaal niet zijn aangelegd, of als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval. U heeft alleen recht op deze zorg als de noodzaak daarvan is vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Let op

Gaat u buiten de normale openingstijden naar de tandarts, dan heeft u alleen recht op tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

Vanaf 18 jaar

U heeft recht op :

- chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek,

- behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties,
- uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten.

Eigen bijdrage

Bent u 18 jaar of ouder? U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. U betaalt een eigen bijdrage van 10% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de onderkaak en 8% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de bovenkaak. De eigen bijdrage voor reparatie en opvullen (rebasen) van een uitneembare volledige prothetische voorziening is 10% van de kosten van die reparatie of opvullen. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op www.zorgverzekeringhema.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. Bent u jonger dan 18 jaar, dan kunt u ook naar een vrijgevestigde mondhygiënist. Voor implantologie die verband houdt met de plaatsing van een volledige prothese in de bovenkaak kunt u naar een kaakchirurg of naar een tandartsimplantoloog die door de NVOI is erkend. U vindt deze op nvoi.nl/erkende-implantologen. Voor volledige protheses en implantaten heeft de zorgverzekeraar zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. Het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) is op de tandheelkunde niet van toepassing.

Verwijzing

U heeft alleen recht op behandeling door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van een tandarts of huisarts.

Toestemming

U heeft voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig:

- voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten,
- voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg,
- voor het maken van een overzichtsfoto (Orthopantomogram), als u jonger bent dan 18 jaar,
- als een tandarts of tandprotheticus een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt en de totale kosten (inclusief de techniekkosten) meer dan € 750 per kaak zijn,
- voor het plaatsen van een implantaatgedragen prothese en bijbehorende mesostructuren vervaardigd door een daarvoor niet-gecontracteerd zorgaanbieder,
- voor reparatie en rebasing van de implantaatgedragen prothese door een daarvoor nietgecontracteerd zorgaanbieder,
- als de volledige en uitneembare prothese voor de boven- en/of onderkaak die u nu draagt, binnen 5 jaar na levering wordt vervangen. Dit geldt niet voor een immediaatprothese,
- als u moet worden behandeld op de plaats waar u verblijft (bijvoorbeeld thuis of in een instelling).

Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan mee van de zorgaanbieder.

Transplantatie

Transplantatie is een vorm van medisch specialistische zorg. Transplantatie is het vervangen van een slecht of niet meer functionerend orgaan of weefsel van een patiënt door dat van een donor. Organen/weefsels die getransplanteerd kunnen worden, zijn bijvoorbeeld het hart, de huid, de longen, de nieren, de pancreas (alvleesklier), de lever, bot en beenmerg. Ook gedeelten van organen kunnen worden getransplanteerd.

Welke zorg

U heeft recht op transplantatie van weefsels en organen als de transplantatie wordt verricht:

- in een lidstaat van de Europese Unie,
- in een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte, of
- in de staat waar de donor woont, als de donor uw echtgenoot, geregistreerd partner of bloedverwant in de 1^e, 2^e of 3^e graad is.

U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van:

- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor,
- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor,
- het onderzoek, het bewaren, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie,
- zorg voor de donor die verband houdt met de opname in een instelling voor selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit die instelling. Deze zorg voor de donor omvat de zorg waar u op grond van deze Basisverzekering recht op heeft,
- vervoer van de donor binnen Nederland in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis of in verband met de zorg zoals omschreven in het vorige punt van deze opsomming. Vergoed worden de kosten van de laagste klasse van openbaar vervoer binnen Nederland, of als dat medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland,
- vervoer naar en van Nederland van een buiten Nederland wonende lever-, nier- of beenmergdonor. Overige kosten gemoeid met de transplantatie en het wonen in het buitenland van de donor worden ook vergoed, behalve kosten van verblijf in Nederland en gederfde inkomsten.

Let op

De kosten van het vervoer onder punt 8 en 9 van de opsomming bij 'Welke Zorg' zijn voor de zorgverzekering van de donor. Als de donor geen zorgverzekering heeft afgesloten worden de kosten vergoed uit uw zorgverzekering.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor transplantatie naar een medisch specialist in een ziekenhuis dat een vergunning heeft om transplantaties uit te voeren. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het

begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op transplantatie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Trombosedienst

Trombose is een stolsel in een ader of slagader. Dit kan voorkomen in bijvoorbeeld de beenvaten, kransslagaders, longvaten en de vaten van de hersenen. De trombosedienst is verantwoordelijk voor het instellen, controleren en begeleiden van poliklinische patiënten die bepaalde orale antistollingsmiddelen gebruiken.

Welke zorg

U heeft recht op :

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters,
- het verrichten van laboratoriumonderzoek als dat nodig is voor het bepalen van de stollingstijd van het bloed,
- het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten,
- een opleiding om u wegwijs te maken met de hierboven genoemde apparatuur, en begeleiding bij de metingen,
- adviezen over de toepassing van geneesmiddelen die bloedstolling beïnvloeden.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de vergoeding van zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een trombosedienst. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op zorg door een trombosedienst als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Verblijf

Patiënten kunnen in overleg met de medisch specialist voor onderzoek, ingreep of ter observatie worden opgenomen. Als een patiënt meerdere dagen moet blijven, is hij 'klinisch' opgenomen. Het verblijf in een ziekenhuis of instelling kan langdurig zijn. In dat geval zijn 1.095 dagen verzekerd in de Basisverzekering. De Wet langdurige zorg (Wlz) verzekert verblijf na 1.095 dagen. Als u vragen heeft over de zorg, neemt u dan contact met ons op.

Welke zorg

U heeft recht op verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met verloskundige zorg, chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, medisch specialistische zorg en geriatrische revalidatie. Ook heeft u recht op de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. Het verblijf is verzekerd gedurende een ononderbroken periode van 1.095 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Een onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof telt wel mee.

Let op

Verblijf in verband met GGZ-zorg is niet hier beschreven, maar onder artikel 'Geestelijke Gezondheidszorg'. Eerstelijnsverblijf is hier niet beschreven, maar onder het artikel 'Eerstelijnsverblijf'.

Welke zorgaanbieder

Het verblijf vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum of een revalidatiecentrum) of een verpleeghuis. De zorgverzekeraar heeft instellingen gecontracteerd. U kunt uit deze instellingen kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

De vergoeding voor het verblijf buiten het ziekenhuis na CAR-T-celtherapie bedraagt maximaal € 77,50 per dag.

Toestemming

U heeft alleen recht op revalidatie als u voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar heeft, bij

- opname,
- klinische longrevalidatie,
- zorg geleverd door Stichting MC Astmacentrum (SMCA) in Zwitserland.

Verloskundige zorg

Het overgrote deel van de verloskundige zorg aan zwangere vrouwen wordt geleverd door verloskundigen. Zij begeleiden en controleren vrouwen tijdens zwangerschap en bevalling.

Welke zorg

U heeft recht op verloskundige zorg en prenatale screening. De prenatale screening bestaat uit:

- counseling (voorlichting en advies),
- structureel echoscopisch onderzoek in het 2e trimester (de 20-wekenecho),
- een niet-invasieve prenatale test (NIPT) - u heeft alleen recht op deze test wanneer hier een medische indicatie voor is,
- een invasieve diagnostiek (vlokkentest en vruchtwateronderzoek) - u heeft alleen recht op deze

diagnostiek als u een medische indicatie heeft.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor verloskundige zorg naar een huisarts die is ingeschreven in het Register Verloskunde van het College voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden (CHBB) of een verloskundige. Als er sprake is van medische noodzaak wordt verloskundige zorg verleend in een ziekenhuis onder begeleiding van een medisch specialist. Zie het artikel over medisch specialistische zorg. Voor door de huisarts of verloskundige aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek kunt u naar een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), een productiesamenwerkingsverband, een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Let op

Het structureel echoscopisch onderzoek en de NIPT mag alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder die een WBO-vergunning heeft of een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum dat een WBO-vergunning heeft. WBO staat voor Wet op het bevolkingsonderzoek. Een WBO-vergunning is niet nodig als er een medische indicatie is voor het onderzoek.

Eigen bijdrage

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 5,10 per uur voor kraamzorg bij u thuis. Bevalt u in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie daarvoor? Dan betaalt u daarvoor een wettelijke eigen bijdrage van € 40 per opnamedag (€ 20 voor de moeder en € 20 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 286 per dag (€ 143 voor de moeder en € 143 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 40 ook het bedrag dat boven de € 286 per dag uitkomt.

Vervoer per ambulance

Er zijn 2 soorten ambulancevervoer: spoedvervoer (meestal aangemeld via 112) en besteld vervoer. De ambulancezorg wordt gedaan door verpleegkundigen en chauffeurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid.

Welke zorg

U heeft recht op :

- vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering,
- vervoer naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de Wlz,

- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de Wlz,
- vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld,
- als u jonger dan 18 jaar bent, vervoer naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders.

U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance (bijvoorbeeld een helikopter) als vervoer per ambulance niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Ambulancevervoer wordt verleend door een door het ministerie van VWS aangewezen vergunninghouder.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vervoer per ambulance als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten. U heeft alleen recht op vervoer per helikopter als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de Meldkamer Ambulancezorg of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

Let op

- Het recht op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Indien de zorgverzekeraar u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- U heeft geen recht op ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, zelfredzaamheid, geestelijk welzijn en op uw eigen woon- en leefomgeving.

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en
- c. geen kraamzorg betreft.

U heeft ook recht op verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kindzorghuizen als u jonger bent

dan 18 jaar en aangewezen bent op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of er vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Let op

Toezicht is geen verzekerde zorg. Een uitzondering hierop is, wanneer uw behandelend arts heeft vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. Indien het medisch noodzakelijk is dat er verpleegkundig toezicht aanwezig is, kan dit toezicht voor vergoeding in aanmerking komen. Ook in de palliatief terminale fase is aanwezigheid die voortkomt uit het ontbreken van een mantelzorgnetwerk geen verzekerde zorg.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een hbo-wijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist en ondertekend zijn door u en de zorgaanbieder.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt dat de indicatiesteller een hbo-kinderverpleegkundige is. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Bij het stellen van de indicatie moet - naast de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving - ook worden voldaan aan de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK).

Let op

U heeft geen recht op verpleging en verzorging als deze zorg voor u gefinancierd kan worden op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Als er aanwijzingen zijn dat uw zorg op grond van één van deze wetten kan worden gefinancierd, kan de zorgverzekeraar u vragen om een beroep op deze wetten te doen, door een indicatiebesluit aan te vragen bij het CIZ of de gemeente van uw woonplaats. U heeft niet langer recht op verpleging en verzorging als u hieraan geen medewerking verleent of als het CIZ of uw gemeente inderdaad besluit dat u een beroep kunt doen op de Wlz of de Wmo.

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij de zorgverzekeraar mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op www.zorgverzekeringhema.nl vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist of verzorgende niveau 3 of hoger.

Ook kunt u naar een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening (zzp'er). De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger die in het bezit is van het KIWA-keurmerk voor zzp-ers in de zorg of het HKZ-NEN Keurmerk zzp-ers in Zorg & Welzijn. Dit mag uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact met de klantenservice opnemen. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Toestemming

Als u kiest voor een behandeling bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u het toestemmingsformulier op www.zorgverzekeringhema.nl invullen.

Een toestemmingsverklaring is maximaal 365 dagen geldig behalve als dit nadrukkelijk anders wordt aangegeven. Een toestemmingsverklaring is niet meer geldig als de toepasselijke wet- of regelgeving wijzigt.

Advies

Heeft u vragen over verpleging en verzorging? Informeer dan bij de klantenservice over de mogelijkheden.

Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

U vindt de vormen van zorg die voorwaardelijk zijn toegelaten in het Verzekeringsreglement op www.zorgverzekeringhema.nl.

Ziekenvervoer

Bij sommige indicaties kunt u een beroep doen op deze verzekering voor vervoer of de kosten daarvan. Er zijn 3 soorten ziekenvervoer. U kunt vervoerd worden per auto, met het openbaar vervoer of met een ander vervoermiddel, bijvoorbeeld een boot.

Welke zorg

U heeft recht op het openbaar vervoer in de laagste klasse, of op vergoeding van de kosten van een auto. Bij gebruik van een particuliere auto heeft u recht op een vergoeding van € 0,38 per kilometer. U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel als vervoer per openbaar vervoer of per auto niet mogelijk is. Als begeleiding noodzakelijk is, of als het gaat om de begeleiding van een kind jonger dan 16 jaar, worden de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van de begeleider ook vergoed. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vergoeding van de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van 2 begeleiders toestaan.

U heeft recht op vervoer als het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over vervoer per ambulance, en:

- u nierdialyses moet ondergaan, of als u naar consulten, onderzoek en controles toe moet die als onderdeel van de behandeling nodig zijn, of
- u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan, of als u naar consulten, onderzoek en controles toe moet die als onderdeel van de behandeling nodig zijn, of
- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of
- u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of
- u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en de controles, onderzoeken en consulten die als onderdeel van die behandeling nodig zijn, langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet toestaan van vervoer of de vergoeding van de kosten voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard, of
- u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen, of
- u aangewezen bent op geriatrische revalidatie,
- u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.

Logeren

Als u recht hebt op vergoeding voor kosten van vervoer en u hebt dit vervoer op drie of meer achtereenvolgende dagen nodig, dan kunt u kiezen voor vergoeding voor kosten van logeren. De vergoeding voor kosten van logeren bedraagt maximaal € 89 per nacht en komt gedeeltelijk in plaats van vergoeding voor vervoer.

Let op

- Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Als de zorgverzekeraar u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- Als u recht heeft op vervoer of vergoeding van kosten, kunt u ook een vergoeding voor de kosten van vervoer van een eventuele begeleider krijgen, als begeleiding noodzakelijk is. Kinderen jonger dan 16 jaar hebben altijd recht op vergoeding van de reiskosten van begeleiding. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar de kosten van 2 begeleiders vergoeden.
- Als u gebruikmaakt van eigen vervoer, wordt de vergoeding berekend op de snelste route volgens de ANWB-routeplanner.
- Het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling wordt niet vergoed.

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage van € 118 per kalenderjaar. De eigen bijdrage is niet van toepassing op de vergoeding voor logeren.

U betaalt geen eigen bijdrage voor vervoer:

- als u bent opgenomen in een instelling op kosten van de zorgverzekering of de wet langdurige zorg en vervoerd moet worden naar een andere instelling waar u wordt opgenomen omdat u specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling nodig heeft die in die eerste instelling niet mogelijk is;
- als u bent opgenomen in een instelling op kosten van de zorgverzekering of de wet langdurige zorg en vervoerd moet worden naar een andere instelling of een persoon voor specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling op kosten van de zorgverzekering. Dit geldt alleen als die behandeling in de eerste instelling niet mogelijk was. Dit geldt voor de heen- en terugreis;
- als u bent opgenomen in een instelling op kosten van de wet langdurige zorg en vervoerd moet worden naar andere instelling of een persoon omdat u een tandheekkundige behandeling op kosten van de wet langdurige zorg nodig heeft, die in die eerste instelling niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Het vervoer wordt verleend door een vervoersbedrijf of een particulier (bijvoorbeeld een familielid of kennis). De zorgverzekeraar heeft vervoersbedrijven gecontracteerd. Welke dat zijn, wordt vermeld bij het verlenen van toestemming. Bij een vervoersbedrijf dat geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, krijgt u € 0,90 vergoed per beladen kilometer. Bij vervoer door een particulier, krijgt u € 0,38 per kilometer.

Toestemming

U vraagt vooraf toestemming aan de zorgverzekeraar. Belt u met de Servicelijn Vervoer op 0317 49 20 51. Of stuur het aanvraagformulier 'ziekenvervoer' op. Het aanvraagformulier kunt u downloaden van www.zorgverzekeringhema.nl. De zorgverzekeraar stelt vast of u toestemming krijgt en voor welk soort vervoer (openbaar vervoer, eigen vervoer of vervoer met een ander vervoermiddel) u toestemming krijgt.

Let op

Overige kosten, zoals parkeerkosten, (veer)pontkosten worden niet vergoed.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is een behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking. Een zintuiglijke beperking is een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. Bij de behandeling zijn meerdere specialisten betrokken (multidisciplinaire zorg).

De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek,
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap, en
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Welke zorg

U heeft recht op multidisciplinaire zorg (zorg waarbij verschillende specialisten betrokken zijn). U heeft die zorg nodig omdat u:

- een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend),
- een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend), of
- een communicatieve beperking heeft (ernstige moeilijkheden met spraak/taal) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis en u jonger bent dan 23 jaar.

De zorg is gericht op het leren omgaan met de beperking, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor zintuiglijk gehandicaptenzorg naar een instelling die zich hoofdzakelijk richt op de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicaptenzorg.

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing en indicatie

U heeft alleen recht op zintuiglijk gehandicaptenzorg als u vooraf een verwijzing heeft. Als het gaat om de behandeling van een visuele beperking heeft u een verwijzing nodig van een medisch specialist die op grond van de evidence based NOG-richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing heeft vastgesteld dat er sprake is van een visuele beperking. Als het gaat om de behandeling van een auditieve en/of communicatieve beperking heeft u een verwijzing nodig van een klinisch fysicus audioloog van het audiologisch centrum of een arts die op grond van de toepasselijke FENAC-richtlijnen heeft vastgesteld dat er sprake is van een auditieve en/of communicatieve beperking.

Toestemming

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg bij een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, heeft u voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Uw HEMA Aanvullende verzekering

HEMA Zorgverzekering biedt verschillende aanvullende verzekeringen aan. Hieronder vindt u op alfabetische volgorde alle vormen van zorg die in de aanvullende verzekering zijn opgenomen. Bij iedere vorm van zorg staat een tabel. In deze tabel is per aanvullende verzekering aangegeven of de zorg verzekerd is en waar de eventuele vergoeding uit bestaat. Op uw zorgpolis staat welke aanvullende verzekering u heeft.

Basisverzekering of aanvullende verzekering?

Uw aanvullende verzekering is een aanvulling op uw Basisverzekering. De aanvullende verzekering is geen vervanging van de Basisverzekering. Wat verzekerd is in de Basisverzekering, wordt niet vergoed door uw aanvullende verzekering. Dat geldt ook voor het eigen risico en de eigen bijdragen van de Basisverzekering. Tenzij hiervoor in de aanvullende verzekering een extra vergoeding is opgenomen.

Gecontracteerde of erkende zorgaanbieders

De zorgverzekeraar maakt afspraken met zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen, artsen en fysiotherapeuten. Die afspraken gaan over het betalen van de rekening, maar ook over de kwaliteit van de zorg. De zorgverzekeraar kan zorgaanbieders ook erkennen. Die erkenning hangt af van bijvoorbeeld goede scholing. Voor sommige vormen van zorg krijgt u alleen een vergoeding als u naar een gecontracteerde of erkende zorgaanbieder gaat. Als dat zo is, staat dat bij de vorm van zorg vermeld. U vindt de gecontracteerde en erkende zorgaanbieders op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Hoe werkt de Zorgvinder?

- Selecteer in de Zorgvinder het soort zorg dat u zoekt, bijvoorbeeld fysiotherapie.
- Verfijn zo nodig de selectie (bijvoorbeeld manuele therapie).
- Typ uw postcode of woonplaats in en geef de afstand op waarbinnen u zoekt.
- Vervolgens ziet u de zorgaanbieders die door de zorgverzekeraar gecontracteerd of erkend zijn.

Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 41 14.

Indicatie en doelmatigheid

U heeft alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor vergoeding van zorg in aanmerking te komen, moet er een medische indicatie zijn. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn (nut hebben). Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Let op!

Alleen de kosten van zorg geleverd in Nederland door een zorgaanbieder of leverancier gevestigd in Nederland worden vergoed. Uitzondering hierop is vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland (zie artikel Buitenland).

Bevalling en kraamzorg

De medische zorg rond de bevalling is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. Naast de Basisverzekering biedt de aanvullende verzekering een vergoeding.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Nee	Nee	Ja

Borstvoeding

U krijgt de kosten van de begeleiding en hulpmiddelen (als onderdeel van de begeleiding) vergoed tot maximaal € 200. U heeft recht op deze vergoeding als de begeleiding verleend wordt en het hulpmiddel voorgeschreven wordt door een door de zorgverzekeraar erkende lactatiekundige. Welke lactatiekundigen dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Kraampakket

U krijgt een kraampakket thuisbezorgd. U kunt kraamzorg en het kraampakket aanvragen via mijn zorgoverzicht of via de kinderzorglijn op 088 222 43 43.

Kraamzorg

U krijgt de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg vergoed.

Kraamzorg na adoptie

U krijgt kraamzorg na een adoptie vergoed tot een maximum van 16 uur.

Kraamzorg na opname

U krijgt kraamzorg na een ziekenhuisopname van u of uw baby vergoed tot een maximum van 16 uur.

Verloskamer

Als er geen medische indicatie is voor een poliklinische bevalling (verblijf korter dan 24 uur), dan geldt er vanuit de Basisverzekering een eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer. U krijgt de eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer in een ziekenhuis of een door de zorgverzekeraar erkende instelling vergoed. Welke ziekenhuizen en erkende instellingen dat zijn, kunt u vinden in de zorgvinder op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Buitenland

Tijdens verblijf in het buitenland kan het gebeuren dat u snel medische zorg of geneesmiddelen nodig heeft. Bij spoedeisende zorg tijdens een verblijf in het buitenland krijgt u service en ondersteuning van de Alarmcentrale van HEMA Zorgverzekering. De Alarmcentrale verzorgt onder andere contacten met behandelend artsen, repatriëring en garantiestellingen. Extra informatie kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Preventie bij reizen naar het buitenland

In bepaalde landen komen (tropische) infectieziekten voor waartegen u zich kunt laten inenten of geneesmiddelen kunt slikken.

U krijgt een vergoeding voor consulten, inentingen, geneesmiddelen en (herhalings)recepten in verband met preventie bij een reis naar het buitenland. De vergoeding is tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor consulten, inentingen, geneesmiddelen en (herhalings)recepten worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 100	€ 100	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als:

- het consult plaatsvindt bij een door de zorgverzekeraar erkende arts,
- de geneesmiddelen zijn voorgeschreven of de inenting wordt toegediend door een door de zorgverzekeraar erkende arts. Welke artsen dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder,
- het geneesmiddel geleverd wordt door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Spedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland

Tandheelkundige zorg is spoedeisend als er sprake is van pijnklachten, zoals bij een ontsteking van de zenuw of tandvlees, het niet uitgesteld kan worden tot u weer in Nederland bent en het niet voorzien was dat deze tandheelkundige zorg nodig zou zijn.

U krijgt spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 250	€ 250	€ 250

U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten als:

- er sprake is van pijnklachten waardoor tandheelkundige zorg snel nodig is en niet uitgesteld kan worden tot u weer in Nederland bent,
- het niet te voorzien was dat deze tandheelkundige zorg nodig zou zijn. Een vulling, implantaat of een kroon zijn voorbeelden van behandelingen die te voorzien zijn.

Spedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland

Zorg is spoedeisend als er sprake is van een situatie waarin medische hulp en/of geneesmiddelen zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is. Het was niet te voorzien dat deze medische hulp en/of geneesmiddelen nodig zouden zijn.

U krijgt een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Ja	Ja	Ja

U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten als:

- er sprake is van spoedeisende zorg (de medisch adviseur van de zorgverzekeraar en/of de medisch adviseur van de Alarmcentrale beoordeelt dit),
- direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale van de zorgverzekeraar bij opname in een instelling,
- u niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent,
- u een recept heeft gekregen van een huisarts of medisch specialist in het geval van geneesmiddelen, en de werkzame stof van het geneesmiddel voorkomt in een geneesmiddel dat in Nederland uit de Basisverzekering wordt vergoed, en
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.

Voorbeeld

U breekt een been in de Verenigde Staten en heeft direct medische zorg nodig. Voor de behandeling ontvangt u een nota ter hoogte van € 3.000. In Nederland zou dat € 2.000 hebben gekost. Dat bedrag krijgt u dan uit de Basisverzekering vergoed. De aanvullende verzekering vergoedt dan de resterende € 1.000.

Alarmcentrale + 31 317 455 678

Reddingskosten zijn kosten die worden gemaakt voor opsporing, redding of berging. Wilt u een vergoeding voor reddingskosten? Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk hiervoor op www.verzekerbijhema.nl.

Vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden

Het kan gebeuren dat u in het buitenland ziek wordt of een ongeval krijgt en het noodzakelijk is dat u voor (verdere) behandeling naar Nederland terug moet keren.

U krijgt vervoer vanuit het buitenland naar een instelling in Nederland vergoed.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de medische noodzaak door de Alarmcentrale van de zorgverzekeraar is bepaald en zij ook het vervoer regelt.

Let op

- Als de Alarmcentrale bepaalt dat begeleiding door een reisgenoot noodzakelijk is, dan worden die kosten ook vergoed.
- Bij overlijden van de verzekerde wordt het stoffelijk overschot vervoerd van de plaats van overlijden naar Nederland.
- Wilt u ook een vergoeding voor vervoerskosten als er geen medische noodzaak is? Bijvoorbeeld als u tijdens de (wintersport) vakantie uw arm breekt en wilt terugkeren naar Nederland. Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk voor de reisverzekering op www.verzekerbijhema.nl.

Diëtetiek

Diëtetiek is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een geneeskundig doel. Een diëtist is de deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig adviseert over aanpassingen. De diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke gezondheid bevorderen.

Diëtetiek is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. Als het een aanvulling is op de vergoeding uit de Basisverzekering, dan krijgt u diëtetiek vergoed voor een maximum aantal behandelingen per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
0	0	4 (alleen voor kinderen tot 18 jaar)

U heeft recht op deze vergoeding als uw diëtist met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke diëtisten dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Let op

Kiest u voor een diëtist die geen contract met de zorgverzekeraar heeft? Dan moet de diëtist als 'Kwaliteitsgeregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.zorgverzekeringhema.nl.

Dieetpreparaat

Dieetpreparaten zijn bij bepaalde ziektes verzekerd in de Basisverzekering. Naast de Basisverzekering biedt de aanvullende verzekering een vergoeding als er sprake is van ernstige ondervoeding of ernstig overgewicht.

U krijgt dieetpreparaten vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 150	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u daarvoor een voorschrift heeft van een arts of diëtist, en
- het preparaat wordt geleverd door een apotheek, apotheekhoudend huisarts of een leverancier die met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder

Ergotherapie

Ergotherapie helpt mensen die door lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoeningen problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De ergotherapeut zorgt voor praktische oplossingen in de omgeving van de patiënt, zodat dagelijkse handelingen weer mogelijk zijn. De ergotherapeut kan ook advies geven over het gebruik van hulpmiddelen.

Ergotherapie is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. Als het een aanvulling is op de vergoeding uit de Basisverzekering, dan krijgt u ergotherapie vergoed voor een maximum aantal uren per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
0	5	5

U heeft recht op deze vergoeding als uw ergotherapeut met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Let op

Kiest u voor een ergotherapeut die geen contract met de zorgverzekeraar heeft? Dan moet de ergotherapeut als 'Kwaliteitsgeregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. De zorgverzekeraar vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Fysiotherapie en Oefentherapie

Bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat kunt u naar de fysiotherapeut of oefentherapeut gaan. Door het toepassen van diverse technieken en oefeningen probeert deze de functie van het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Een normale houding en beweging is dan weer mogelijk, of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

Fysiotherapie en Oefentherapie

U krijgt een vergoeding voor behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tot een maximum aantal behandelingen. Dit maximum aantal behandelingen is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
6	9	12

U heeft recht op deze vergoeding als uw therapeut met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Let op

- Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen fysiotherapeut. Voor sommige specifieke klachten kunt u het beste naar een therapeut die gespecialiseerd is in de behandeling van deze klachten. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan klachten:
 - waarin de wervelkolom en ledematen centraal staan (manueel therapeut),
 - waarin de motorische ontwikkeling en motorisch leren van het kind centraal staat (kinderfysiotherapeut/kinderoefentherapeut),
 - bij kwetsbare ouderen en cliënten/patiënten met een hoge (biologische) leeftijd die te maken hebben met complexe gezondheidsproblematiek (geriatriefysiotherapeut),
 - waarin de bekkenregio en heupen centraal staan (bekkenfysiotherapeut),
 - die samenhangen met stress en klachten als pijn en vermoeidheid waarvoor geen direct lichamelijke oorzaak kan worden gevonden (psychosomatisch fysiotherapeut en psychosomatisch oefentherapeut),
 - waarin (lymf)oedeem centraal staat (oedeemtherapeut).
- Wij raden u aan om aan uw fysiotherapeut te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.
- Kiest u voor een therapeut die geen contract met de zorgverzekeraar heeft? Dan krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. De zorgverzekeraar vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.
- Manuele therapie krijgt u per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.
- Een screening telt als 1 behandeling. Vindt tegelijkertijd een intake en onderzoek plaats, dan is het 1e bezoek gelijk aan 1 behandeling. Als de screening, intake en onderzoek niet op dezelfde dag plaatsvinden, dan telt dit als 2 behandelingen. Vindt na een intake en onderzoek op dezelfde dag ook nog een behandeling plaats, dan telt dit als 2 behandelingen.
- U krijgt geen vergoeding voor behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie beschouwd worden, zoals fysiofitness, shockwave therapie en zwemmen in warm water. Informeer bij uw therapeut of bel met onze Klantenservice als u twijfelt.

FysioZelfCheck (app)

FysioZelfCheck is een app ontwikkeld door en van fysiotherapeuten. De FysioZelfCheck biedt op laagdrempelige wijze oefeningen, informatie en tips waarmee u zelf actief aan de slag kunt met het oplossen van uw klachten. Het is geschikt wanneer u last heeft van milde klachten aan het bewegingsapparaat, zoals pijnlijke schouders, lage rugpijn of klachten bij/na het sporten.

U krijgt volledige toegang tot de FysioZelfCheck:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
ja	ja	ja

U kunt de FysioZelfCheck downloaden via de app-store (IOS en Android). Kijk voor meer informatie op fysiozelfcheck.nl.

Over de FysioZelfCheck

Bij veel mensen verminderen of verdwijnen veelvoorkomende, milde klachten aan het bewegingsapparaat binnen een aantal weken met rust en eenvoudige oefeningen. De FysioZelfCheck kan in deze situaties helpen. Gebruikers van de FysioZelfCheck starten met het invullen van een vragenlijst. Dit zijn vragenlijsten die voldoen aan de actuele richtlijnen van de beroepsgroep. Op basis daarvan krijgt de gebruiker informatie, tips en een serie oefeningen voorgesteld. Met verschillende instructiefilmpjes en vlogs van, veelal specialistische fysiotherapeuten kan de gebruiker aan de slag met de oefeningen. Blijkt uit de vragenlijst dat er extra hulp nodig is, dan volgt er een advies om een afspraak te maken bij een (gespecialiseerde) fysiotherapeut of huisarts.

Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval

U krijgt fysiotherapie of oefentherapie vergoed die u nodig heeft na een ongeval. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. Gebeurtenissen waarbij men vooraf kan voorzien dat schade aan het lichaam kan ontstaan vallen niet onder deze definitie.

U krijgt een vergoeding voor behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tot een maximum aantal behandelingen. Dit maximum aantal behandelingen is per ongeval:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
16	16	16

U krijgt fysiotherapie of oefentherapie na een ongeval vergoed, mits:

- het ongeval in Nederland plaatsvond, en
- u ten tijde van het ongeval en de behandeling een aanvullende verzekering heeft met dekking voor fysiotherapie na een ongeval, en
- de zorg plaatsvindt als direct gevolg van een ongeval, en
- de behandelingen niet door de Basisverzekering worden gedekt.

Let op: eventuele kosten van het eigen risico en eigen bijdragen (Basisverzekering) worden niet vergoed tenzij anders vermeld.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding als de klacht is ontstaan:

- door opzet en/of bewuste roekeloosheid,
- terwijl u onder invloed van alcohol of drugs was,
- door deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging,
- door reeds bestaande klachten (vóór het ongeval),
- door overbelasting van het lichaam door bijvoorbeeld een tenniselleboog, muispols, verkeerde zithouding of klachten als gevolg van het niet onderhouden of verzorgen van lichaamsdelen,
- bij het optillen of dragen van personen of objecten en de eventuele gevolgen daarvan,
- tijdens het sporten en niet door van buiten inwerkend geweld veroorzaakt zijn, zoals reguliere sportblessures als spierblessures, hamstringblessure, zweepslag, etcetera,
- wanneer u niet de gebruikelijke beschermingsmaatregelen hebt genomen bij het sporten,
- door het beoefenen van een van de volgende gevaarlijke sporten en activiteiten: Parachutespringen, Kiten, Raften, Abseilen, Delta- en ultralight vliegen, Paragliding, Zweefvliegen, Hanggliding, Wildwatervaren, Diepzeeduiken, Afdalen in grotten, IJshockey.
- door het beoefenen van sport als (neven)beroep,
- tijdens uw werk of een bedrijfsuitje.

Voorbeeldsituaties

- U bent gestruikeld of ergens vanaf gevallen; bijvoorbeeld een val van de keukentrap bij het vervangen van een lamp, waardoor u uw enkel verzwikt heeft.
- U krijgt een hockeystick van een tegenstander tegen uw pols tijdens een wedstrijd.
- U wordt gelanceerd door u hond waardoor u op uw heup valt.
- U wordt aangereden door een voertuig.

De volgende situaties zijn voorbeelden waarbij u géén recht heeft op vergoeding:

- Na een dag spitten in de tuin van uw schoonvader heeft u last van uw onderrug.
- Met de tenniscompetitie meedoen, terwijl u al langer last heeft van uw elleboog.
- U tilt een boodschappenkratje van de grond en het schiet u in uw rug.
- Tijdens een voetbalwedstrijd na een kapbeweging uw kruisband scheuren.

U heeft recht op deze vergoeding als uw therapeut met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Toestemming

Voordat u aanspraak kunt maken op de vergoeding heeft u toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Daarbij dient u een formulier in te vullen met informatie over het ongeval. U kunt het toestemmingsformulier vinden op www.zorgverzekeringhema.nl.

Beoordeling

Op basis van uw verklaring beoordelen wij of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Wij kijken dan of er sprake is geweest van een ongeval dat de schade heeft veroorzaakt, of de uitsluitingen niet van toepassing zijn en of u voldoet aan de overige voorwaarden. Wij kunnen u vragen aanvullende informatie te geven. Als u voldoet aan alle genoemde voorwaarden, ontvangt u een akkoordverklaring voor

behandeling. Is er sprake van betrokkenheid van derden? Meld dat bij de zorgverzekeraar. Dan verhalen wij de schade.

Zo worden de kosten gedeclareerd

De fysiotherapeut of oefentherapeut zal de behandelingen waarvoor toestemming is gegeven voor de ongevallendeckering rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar. U ontvangt hier dus geen rekening van. Ontvangt u die wel, neem dan contact op met uw fysiotherapeut of oefentherapeut.

Let op:

- De fysiotherapeut of oefentherapeut heeft een machtigingsnummer nodig om te kunnen declareren. Dit machtigingsnummer staat op de brief die u ontvangt wanneer wij toestemming geven voor behandeling. Neem deze toestemmingsbrief mee naar uw fysiotherapeut of oefentherapeut.
- U kunt alleen bij gecontracteerde fysiotherapeuten of oefentherapeuten terecht.
- U dient de toestemming binnen drie maanden na het ongeval aan te vragen.

Fysiotherapie en oefentherapie bij specifieke aandoeningen en klachten

Bij een aantal aandoeningen of klachten heeft u recht op fysiotherapie of oefentherapie vanuit de Basisverzekering, bijvoorbeeld bij herstel na een gebroken been of als onderdeel van de behandeling van een spierziekte. Het gaat om aandoeningen en klachten die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op www.zorgverzekeringhema.nl.

In de Basisverzekering heeft u aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie vanaf de 21e behandeling, per aandoening of klacht. De eerste 20 behandelingen bij elke eerste diagnose worden niet vergoed uit de Basisverzekering.

Voldoet u aan de voorwaarden uit de Basisverzekering dan krijgt u maximaal de eerste 20 behandelingen wel vergoed uit de aanvullende verzekering.

Dit maximum aantal behandelingen is per 12 maanden: 20 behandelingen bij de eerste diagnose, per aandoening of klacht. Dit maximum geldt voor behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie samen.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als:

- uw therapeut met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder en;
- het gaat om aandoeningen en klachten die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op www.zorgverzekeringhema.nl en;
- u ten tijde van de diagnosestelling en de behandeling een aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar heeft met dekking voor fysiotherapie bij specifieke aandoeningen en klachten en;
- u 18 jaar of ouder bent.

Uitgezonderd zijn aandoeningen die vanaf de eerste behandeling wel worden vergoed uit de Basisverzekering; artrose aan de heup- en kniegewrichten, claudicatio intermittens (etalagebenen), COPD en bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een fysio- of oefentherapeut gaat. Wel heeft u een bewijs van diagnosestelling nodig. Het bewijs van de diagnosestelling moet minimaal de naam bevatten van de patiënt en de diagnosesteller. De diagnosestelling moet specifiek genoeg zijn om vast te kunnen stellen of het een aandoening betreft die vermeld staat in Bijlage 1 artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering.

Griepvaccinatie

Griepvaccinatie tegen de 'gewone' seizoensgriep wordt vergoed uit het Nationaal Programma Grieppreventie, maar alleen als u tot een bepaalde risicogroep behoort. Behoort u niet tot een risicogroep? Dan kunt u een vergoeding krijgen vanuit uw aanvullende verzekering.

U krijgt eenmaal per kalenderjaar vergoeding van het griepvaccin en het toedienen ervan.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Nee	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als het vaccin wordt toegediend door een huisarts die met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke huisartsen dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Huidzorg

Onder huidzorg vallen acnebehandelingen, camouflagetherapie en epilatie bij ernstige huidafwijkingen in het gezicht of de hals.

Acnebehandeling

Acne is een huidaandoening. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist bepaalt welke vorm van behandeling het beste is. De behandeling houdt de acne rustig of maakt de littekens minder zichtbaar door peeling. Verder geeft de huidtherapeut of schoonheidsspecialist adviezen over de dagelijkse verzorging van de huid.

Camouflagetherapie

Camouflagetherapie is bedoeld om mensen met een ernstige huidafwijking of littekens in het gezicht of hals, te leren hoe deze huidafwijking het beste gecamoufleerd kan worden met camouflagemiddelen. Camouflagemiddelen zijn producten die tijdens de camouflagellessen worden gebruikt om ernstige huidafwijkingen of littekens in het gezicht of de hals te camoufleren.

U krijgt een vergoeding voor acnebehandelingen en camouflagetherapie samen. U krijgt 80% vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 200	€ 200

U heeft recht op deze vergoeding als de behandeling wordt gegeven door een huidtherapeut (of iemand die onder zijn verantwoordelijkheid werkt, bijvoorbeeld een schoonheidsspecialist), die door de zorgverzekeraar is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Epilatie

Epilatie door middel van elektrische stroom, laser en flitslicht maakt nagroei, na verwijdering van het haar, praktisch onmogelijk.

U krijgt 80% van de kosten van epilatie vergoed tot een maximumbedrag als er abnormale haargroei in het gezicht of de hals is. Dit maximum is voor de gehele verzekeringsduur:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 250	€ 500

U heeft recht op deze vergoeding als de behandeling wordt gegeven door een huidtherapeut (of iemand die onder zijn verantwoordelijkheid werkt, bijvoorbeeld een schoonheidsspecialist), die door HEMA Zorgverzekering is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Kinderopvang bij ziekenhuisopname

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en u heeft kinderen, dan is het niet altijd mogelijk om zelf opvang te verzorgen. U kunt uw kinderen dan tijdelijk onderbrengen bij een dagopvang (kinderdagverblijf of crèche), buitenschoolse opvang (BSO), of gastouderopvang.

U krijgt een tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang van € 20 per dag vanaf de 11^e dag dat u bent opgenomen in een ziekenhuis. De vergoeding geldt voor maximaal 3 maanden per kalenderjaar.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Nee	Nee	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als 1 of meer kinderen binnen uw gezin jonger zijn dan 12 jaar.

Orthodontie

Orthodontie is zorg die u krijgt bij een tandarts of orthodontist, om uw tanden recht te zetten.

Bent u 17 jaar of jonger dan krijgt u orthodontie vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is voor de gehele verzekeringsduur:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 0	€ 1.500

U krijgt deze vergoeding als de behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts.

Let op

Voor orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor orthodontie. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de Aanvullend 3. Had u heel 2023 al een Aanvullend 3? Dan geldt er in 2024 geen wachttijd.

Plaswekker

Wanneer iemand van 7 jaar of ouder regelmatig in bed plast zonder dat er sprake is van een lichamelijke oorzaak, spreken we van bedplassen. Een plaswekker is een apparaatje dat, door middel van een alarmtoon, direct reageert op het 1^e ongewenste urineverlies.

U krijgt een plaswekker in eigendom eenmaal voor de gehele verzekeringsduur.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Nee	Nee	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de leverancier met de zorgverzekeraar een contract heeft. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Heeft u vragen over een plaswekker? Belt u dan met de Kinderzorglijn op 088 222 43 43.

Haarwerken en alternatieven

Haarwerken (pruiken) zijn tot een maximumbedrag verzekerd in de Basisverzekering. Aanvullend daarop heeft u recht op een vergoeding uit de aanvullende verzekering. Niet alle mensen die een indicatie hebben voor een haarwerk willen deze dragen. Zij kiezen liever voor een andere hoofdbedekking, zoals sjaals, hoofddoekjes, toupim haarband, bandana's, buffs en mutsja's.

U krijgt een vergoeding voor een haarwerk of het alternatief, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 300	€ 300

Reiskosten

Het kan gebeuren dat u wordt opgenomen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland ver van uw woonplaats. Voor uw gezinsleden, die u graag regelmatig willen bezoeken, kunnen de reiskosten dan aardig oplopen.

Wanneer een bezoekend gezinslid bij de zorgverzekeraar is verzekerd, krijgt u een vergoeding van de reiskosten tot een maximumbedrag. De 1^e 500 kilometer zijn voor eigen rekening. De vergoeding bedraagt € 0,25 per kilometer en er wordt gemeten vanaf het woonadres van het gezinslid naar de plaats waar u bent opgenomen. De afstand wordt bepaald op basis van de snelste route met behulp van de routeplanner van de ANWB. Het maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 250	€ 250

U heeft recht op deze vergoeding als u in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland bent opgenomen, of als u na wachttijdbemiddeling van de zorgverzekeraar in een gecontracteerd ziekenhuis in het buitenland bent opgenomen en de opname wordt vergoed uit de Basisverzekering.

Softbrace of spalk

Een softbrace is een hulpmiddel om een gewricht (bijvoorbeeld een knie) te stabiliseren. In bepaalde gevallen is een brace of spalk verzekerd in de Basisverzekering.

U krijgt de aanschafkosten van een softbrace of spalk vergoed, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 50	€ 50	€ 50

Sportmedisch Advies

Een Sportmedisch Advies is voor mensen die (willen) sporten, een blessure hebben of klachten hebben tijdens het sporten en willen weten welke sport het beste bij hen past.

Gespecialiseerde instellingen bieden diverse onderzoekspakketten om hier een gedegen advies over te geven. De pakketten zijn aangepast aan sportintensiteit en leeftijd en kunnen onder andere bestaan uit een hartfilmpje, longfunctietests, een uitgebreid onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat en een inspanningstest.

Onder Sportmedisch Advies wordt verstaan:

- Basis Sportmedisch Onderzoek,
- Basisplus Sportmedisch Onderzoek,
- Groot Sportmedisch Onderzoek,
- Uitgebreid Sportmedisch Onderzoek (ook wel topsportmedisch onderzoek genoemd),
- sportmedische begeleiding (trainingsadvies en individueel trainingsprogramma),
- sportkeuring (verplicht gesteld door sportbond).

U krijgt een Sportmedisch Advies vergoed, tot een maximumbedrag per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 100	€ 250	€ 250

U heeft recht op deze vergoeding als het advies wordt gegeven door een sportarts (of iemand die onder zijn verantwoordelijkheid werkt) die werkt bij een door de zorgverzekeraar erkende instelling. Welke dat zijn kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Let op

U krijgt geen vergoeding voor een Sportmedisch Advies dat nodig is bij een opleiding, het uitoefenen van een beroep of topsport.

Sterilisatie

Sterilisatie bij de man (vasectomie) is een ingreep waardoor u definitief onvruchtbaar wordt. De vasectomie is op zich geen bijzonder lastige of ingewikkelde ingreep. De ingreep kan goed onder plaatselijke verdoving worden uitgevoerd.

Bij sterilisatie van de vrouw worden de eileiders afgesloten. Daardoor kunnen zaadcellen de eikel niet meer bereiken en kan de eikel zich niet meer naar de baarmoeder toe bewegen. Zo wordt zwangerschap voorkomen.

De kosten van sterilisatie worden vergoed tot een maximumbedrag van:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Man € 0 Vrouw € 0	Man € 0 Vrouw € 0	Man € 300 Vrouw € 1.200

U heeft recht op deze vergoeding als de sterilisatie wordt uitgevoerd door een medisch specialist. De sterilisatie bij een man mag ook door een huisarts uitgevoerd worden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts.

Let op

- Hersteloperaties worden niet vergoed.
- We raden u aan bij een sterilisatie vooraf een offerte aan uw zorgaanbieder te vragen. Zo kunt u vooraf nagaan welk deel van de kosten onder uw aanvullende verzekering valt en welk deel van de kosten u eventueel zelf moet betalen.

Verblijfskosten logeer- of gasthuis bezoekend gezinslid

Een logeer- of gasthuis is een huis dat verbonden is aan het ziekenhuis waar uw gezinslid tijdelijk kan verblijven als u in het ziekenhuis bent opgenomen. Voorbeelden van logeer- of gasthuizen zijn het Ronald McDonald Huis, het Familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis, het Kiwanishuis en het Gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

U krijgt een vergoeding voor verblijfskosten in een logeer- of gasthuis van een bezoekend gezinslid tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 0	€ 450

U heeft recht op deze vergoeding als het logeer- of gasthuis door de zorgverzekeraar is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Verblijfskosten logeer- of gasthuis patiënt

Een logeer- of gasthuis is een huis dat verbonden is aan het ziekenhuis waar u tijdelijk kunt verblijven als u naar het ziekenhuis moet of bent geweest. Voorbeelden van logeer- of gasthuizen zijn het Ronald McDonald Huis, het Familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis, het Kiwanishuis en het Gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

U krijgt een vergoeding voor verblijfskosten in een logeer- of gasthuis tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 0	€ 0	€ 350

U heeft recht op deze vergoeding als het logeer- of gasthuis door de zorgverzekeraar is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Voetzorg

Onder voetzorg vallen behandelingen en hulpmiddelen die te maken hebben met uw voeten.

Orthopedische steunzolen

Een orthopedische steunzool is een losse inlegzool voor een schoen. Orthopedische steunzolen kunnen een ontlastende, ondersteunende of een corrigerende functie hebben. De voet- en loopstand verbeteren hierdoor.

Podologie

De podoloog behandelt voetfunctiestoornissen en voetklachten. Dit kan met het toepassen van corrigerende of beschermende technieken, zoals schoen- en zoolcorrecties (podozolen), en het adviseren over voetaandoeningen.

Podotherapie

De podotherapeut behandelt alle voorkomende klachten aan voeten, tenen en nagels en klachten elders in het lichaam die ontstaan vanuit een afwijkende voetstand, teenstand of looppatroon.

U krijgt een vergoeding voor orthopedische steunzolen, reparatie van orthopedische steunzolen, podologie en podotherapie tot een maximumbedrag. De behandelingen en hulpmiddelen worden opgeteld tot het maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
€ 100	€ 150	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als de leverancier of zorgaanbieder door de zorgverzekeraar erkend is. Welke dat zijn kunt u vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiemiddelen)

Anticonceptiemiddelen of voorbehoedsmiddelen zijn middelen die gebruikt worden om een zwangerschap te voorkomen. Voor verzekerden tot 21 jaar zijn deze middelen en het eventueel plaatsen verzekerd in de Basisverzekering. Dit geldt ook voor verzekerden vanaf 21 jaar als er sprake is van een medische indicatie.

De kosten van de volgende voorbehoedsmiddelen worden vergoed: anticonceptiepil, hormoonhoudende vaginale ring, anticonceptie per injectie, anticonceptie per implantatie, koperhoudend spiraaltje, pessarium en een hormoonhoudend spiraaltje. U krijgt de kosten voor deze middelen vergoed.

Aanvullend 1	Aanvullend 2	Aanvullend 3
Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als:

- u 21 jaar of ouder bent,
- het voorbehoedsmiddel wordt voorgeschreven door een huisarts, verloskundige of medisch specialist, en
- het voorbehoedsmiddel wordt geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Let op

- Voor het plaatsen van een voorbehoedsmiddel (bijvoorbeeld een spiraal) kunt u terecht bij de huisarts of medisch specialist (bij een medische indicatie). De kosten hiervan worden vergoed vanuit de Basisverzekering.
- De kosten voor huisartsenzorg vallen niet onder het eigen risico. Wordt de spiraal door een medisch specialist geplaatst dan komt dit ten laste van het eigen risico.
- We raden u aan bij het laten plaatsen van een spiraaltje vooraf een offerte aan uw zorgaanbieder te vragen. Zo kunt u vooraf nagaan welk deel van de kosten onder uw aanvullende verzekering valt, welk deel onder de Basisverzekering en welk deel van de kosten u eventueel zelf moet betalen.

Uw HEMA Tandartsverzekering

Tandheeskundige zorg

Tandheeskundige zorg is alle zorg die u krijgt bij een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. U kunt ook naar een kaakchirurg voor het plaatsen van een implantaat voor een kroon of brug. Wat verzekerd is in de Basisverzekering wordt niet vergoed door uw tandartsverzekering. Dat geldt ook voor het eigen risico en voor de wettelijke eigen bijdragen die in de Basisverzekering zijn bepaald, tenzij het in de tandartsverzekering als vergoeding is opgenomen. De volledige prothese (kunstgebit) is gedeeltelijk verzekerd in de Basisverzekering.

Voor jongeren tot en met 17 jaar is de mondzorg grotendeels verzekerd in de Basisverzekering (orthodontie, kroon- en brugwerk zijn niet verzekerd in de Basisverzekering). In de aanvullend 3 is een vergoeding voor orthodontie opgenomen voor kinderen tot 18 jaar

U krijgt periodieke controle (C001, C002 en C003) 100% en alle overige tandheeskundige zorg 75% vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Tandarts 1	Tandarts 2	Tandarts 3
€ 250	€ 500	€ 750

Let op!

U krijgt alle kosten vergoed met uitzondering van de kosten orthodontie, uitwendig bleken (E97), de kaakoverzichtsfoto (X21) onder de 18 jaar, de snurkbeugel (G71, G72 en G73), en algehele narcose (A20).

Let op!

Alleen de kosten van een zorgaanbieder gevestigd in Nederland worden vergoed.

Tandartskosten na een ongeval

Een ongeval kan leiden tot hoge tandartskosten. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. Gebeurtenissen waarbij men vooraf kan voorzien dat schade aan het gebit kan ontstaan vallen niet onder deze definitie. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het openen van een fles met de tanden, op iets hards bijten zoals noten, het niet dragen van gebitsbescherming bij relevante sporten en schade aan het gebit ten gevolge van een ziekte.

Bent u 17 jaar of jonger dan zijn tandartskosten na een ongeval verzekerd in de Basisverzekering. De tandartsverzekering biedt vergoeding voor tandartskosten na een ongeval als u 18 jaar of ouder bent. U

krijgt een vergoeding voor tandartskosten na een ongeval tot een maximumbedrag van € 10.000 per ongeval in de volgende pakketten:

Tandarts 1	Tandarts 2	Tandarts 3
Ja	Ja	Ja

U krijgt tandartskosten 100% tot maximaal € 10.000 per ongeval vergoed, mits:

- u op het moment van het ongeval 18 jaar of ouder was, en
- het ongeval in Nederland plaatsvond, en
- de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, tandprotheticus of orthodontist in Nederland,
- de tandartskosten niet door de Basisverzekering worden gedekt, en
- u ten tijde van het ongeval en de behandeling een aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar heeft met dekking voor tandartskosten na een ongeval.

De eventuele kosten van het eigen risico en eigen bijdragen (Basisverzekering) worden niet vergoed. Tandartskosten na een ongeval vallen niet onder het maximumbedrag van de Tandarts 1, 2 en 3.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op uitkering in geval van tandheelkundige schade die is ontstaan:

- door opzet en/of bewuste roekeloosheid,
- terwijl u onder invloed van alcohol of drugs was,
- door het eten van etenswaren,
- door het beoefenen van sport als (neven)beroep,
- door reeds bestaande tekortkomingen van het gebit (vóór het ongeval),
- door betrokkenheid bij een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging,
- wanneer u niet de gebruikelijke beschermingsmaatregelen heeft genomen bij het sporten.

Toestemming

Voordat u met de behandeling begint, hebt u een akkoordverklaring van de zorgverzekeraar nodig. Uw tandarts of orthodontist kan deze bij ons aanvragen door een behandelplan op te stellen en dit naar de zorgverzekeraar op te sturen. Indien nodig kan de zorgverzekeraar foto's opvragen ter beoordeling.

Ook dient u een verklaring in te vullen met informatie over het ongeval. U kunt de verklaring vinden op www.zorgverzekeringhema.nl/voorwaarden. Daarbij geldt dat:

- u de toestemming binnen 3 maanden na het ongeval moet aanvragen,
- de behandeling binnen 1 jaar afgerond moet zijn,
- tenzij het noodzakelijk is om de (definitieve) behandeling uit te stellen.

Beoordeling

Op basis van het behandelplan van uw tandarts of orthodontist en uw verklaring beoordelen wij of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Wij kijken dan of er sprake is geweest van een ongeval dat de schade heeft veroorzaakt, of de uitsluitingen niet van toepassing zijn en of u voldoet aan de overige voorwaarden. Ook beoordelen wij of de voorgestelde behandeling doelmatig is. Zorg die onnodig is of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en de zorgbehoefte, wordt niet vergoed.

Als u voldoet aan alle genoemde voorwaarden, ontvangt u een akkoordverklaring voor behandeling. Er wordt maximaal uitgekeerd tot het bedrag van het behandelplan van uw tandarts of orthodontist. Is er sprake van betrokkenheid van derden? Meld dat bij de zorgverzekeraar. Dan verhalen wij de schade.

Hoe declareert u de nota

Als u voor tandheelkundige zorg een nota ontvangt van uw zorgaanbieder dan kunt u de nota online declareren via www.zorgverzekeringhema.nl. Kijk op www.zorgverzekeringhema.nl/declareren voor meer informatie over het declareren van nota's. Sommige zorgverleners declareren rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. U ontvangt dan van uw zorgverlener de nota voor de kosten die u eventueel zelf moet betalen.

Nota naar aanleiding van een ongeval

Uw tandarts of orthodontist zal de kosten waarvoor toestemming is gegeven voor de ongevallendeckking rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar. U zult hier geen nota van ontvangen. Ontvangt u hier wel een nota van, dan kunt u contact opnemen met uw tandarts of orthodontist.