

# Vergoedingen ONVZ Bewuste Keuze

## ● Inhoudsopgave

<b>Huisarts en gezond blijven</b>	<b>3</b>
Huisarts (huisartsenzorg)	3
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	5
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)	7
Voetzorg	10
Psychische zorg bij de huisarts	12
Trombosedienst	14
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)	16
Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen	18
Stoppen met roken	20
<b>Ziekenhuis en medisch specialist</b>	<b>22</b>
Medisch specialist	22
Ziekenhuisopname	25
Plastische chirurgie	28
Vruchtbaarheidsbehandelingen	31
In-vitrofertilisatie (ivf)	33
Erfelijkheidsonderzoek	36
Orgaantransplantatie en -donatie	38
Dialyse	41
Mechanische beademing	43
Voorwaardelijk toegelaten zorg	45
Second opinion	47
<b>Verpleging en verzorging</b>	<b>49</b>
Verpleging en verzorging in de eigen omgeving	49
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	52
Eerstelijns verblijf	54
<b>Bewegen en revalideren</b>	<b>56</b>
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	56
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	59
Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval (vanaf 18 jaar)	63
Medisch-specialistische revalidatie	65
Geriatrische revalidatie	68
Ergotherapie	70
<b>Zwangerschap en bevalling</b>	<b>72</b>
Prenatale screening	72
Zwangerschap en bevalling	74
Kraamzorg	77
<b>Medicijnen en dieet</b>	<b>80</b>

Geneesmiddelen	80
Diëtetiek (dieetadvies)	84
Dieetpreparaten	86
<b>Mond en gebit</b>	<b>88</b>
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	88
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	91
Tandheelkundige zorg na een ongeval	93
Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar	95
Fronttandvervanging	98
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	100
Bijzondere tandheelkunde	102
<b>Psychische zorg</b>	<b>104</b>
Geneeskundige ggz	104
Opname voor geneeskundige ggz	107
App voor meditatie en mindfulness	110
<b>Anticonceptie</b>	<b>111</b>
Anticonceptie	111
<b>Horen, zien en spreken</b>	<b>114</b>
Audiologische zorg	114
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	116
Logopedie	118
<b>Hulpmiddelen</b>	<b>120</b>
Hulpmiddelen	120
<b>Vervoer</b>	<b>122</b>
Ambulancevervoer	122
Ziekenvervoer	124
<b>Zorg in het buitenland</b>	<b>128</b>
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen	128
Buitenland: spoedeisende zorg	130
Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg	133
Repatriëring	136
Vergoeding bij overlijden in het buitenland	138
<b>Bijzondere gevallen</b>	<b>140</b>
Vergoeding in bijzondere gevallen	140

## ● Huisarts (huisartsenzorg)

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende vormen van huisartsenzorg:

1. zorg door uw huisarts zelf
  2. zorg door andere zorgverleners, in de praktijk van uw huisarts (bijvoorbeeld POH-ggz)
  3. zorg door uw huisarts en andere zorgverleners samen (ketenzorg)
  4. spoedzorg
1. **Zorg door de huisarts:** die beantwoordt uw vragen, bespreekt uw klachten, laat onderzoek doen als dat nodig is en stelt een diagnose. Meestal behandelt de huisarts u zelf. Maar soms verwijst uw huisarts u door naar een andere dokter of zorgverlener.
  2. **Zorg door andere zorgverleners:** in de praktijk van uw huisarts werken vaak ook andere zorgverleners, bijvoorbeeld een longverpleegkundige of een psycholoog. Die praktijkondersteuners behandelen u zelf, maar uw huisarts blijft wel verantwoordelijk.
  3. **Zorg door de huisarts met andere zorgverleners:** bij COPD (chronische longproblemen), diabetes type 2 (suikerziekte) en cardiovasculair risicomanagement (hart- en vaatziekten) werkt uw huisarts samen met zorgverleners buiten de praktijk. Zo krijgt u zorg op maat. Dat noemen we ketenzorg.
  4. **Spoedzorg:** bij een levensbedreigende situatie belt u 112, maar voor andere spoedeisende vragen belt u eerst uw huisarts. Is de praktijk gesloten? Dan kunt u de huisartsenpost bellen. Soms krijgt u advies, soms vragen ze u om langs te komen. Als het nodig is, verwijst uw huisarts of de huisartsenpost u door naar de spoedeisende hulp. Gaat u hier zonder verwijzing naartoe? Dan kunt u niet altijd terecht, of moet u langer wachten.

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

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

### ● Hier kunt u terecht

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

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Nee, geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Maar let op! Zorg die uw huisarts voorschrijft meestal wel, bijvoorbeeld geneesmiddelen en (laboratorium)onderzoek. Net als zorg door een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding (GGD-arts). Help me even: het eigen risico

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

**Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show) of een rijbewijskeuring.

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

### ● Diagnostiek voor eerstelijns zorg

Soms is er meer onderzoek nodig voordat uw huisarts een diagnose kan stellen. Vaak kan de huisarts dat zelf doen, maar soms wordt u doorgestuurd. Ook andere zorgverleners kunnen dat doen. Die staan hieronder. Het gevraagde onderzoek gebeurt dan buiten de praktijk van uw zorgverlener. Dit onderzoek buiten de praktijk is 'diagnostiek voor eerstelijns zorg'.

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

Uw huisarts of andere zorgverlener die de diagnostiek aanvraagt, krijgt de uitslag van het onderzoek en kan u dan verder behandelen.

De volgende zorgverleners in de eerste lijn kunnen de diagnostiek aanvragen:

- huisarts
- verloskundige, als dat nodig is voor zorg rondom zwangerschap en bevalling
- jeugdarts, als dat nodig is voor zorg aan kinderen tot 4 jaar
- specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten, als dat nodig is voor huisartsenzorg (ook tijdens [Eerstelijns verblijf](#))
- arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding, als dat nodig is voor individuele zorg bij (een risico op) deze ziekten

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

#### ● Hier kunt u terecht

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

- eerstelijns diagnostisch centrum (EDC)
- productiesamenwerkingsverband<sup>1</sup>
- ziekenhuis
- jeugdarts, voor diagnostische tests bij een vermoeden van koemelkallergie bij kinderen tot 4 jaar

#### ● Andere vergoedingen

Voor diagnostiek bij [Prenatale screening](#) gelden andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders.

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

- **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Ja, uw eerstelijns zorgverlener moet de zorg aanvragen**

Hierboven leest u welke zorgverleners dat kunnen doen.

**Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

## Uitleg

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

### ● Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt gzsp in 3 vormen.

##### **Advies aan de huisarts**

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

##### **Consult en behandeling**

De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten neemt de zorg, helemaal of voor een deel, over van uw huisarts of kinderarts. U heeft dan enkele gesprekken met die zorgverlener. Als meer zorg nodig is, stelt de zorgverlener samen met u een zorgprogramma op. Daarin staat aan welke behandeldoelen jullie gaan werken, en hoe. De artsen kunnen hierbij ook iemand met meer kennis van de ggz inschakelen. Bijvoorbeeld een gz-psycholoog<sup>1</sup> of psychiater.

##### **Dagbehandeling in een groep**

Dagbehandeling in een groep, als dit helpt bij het bereiken van uw behandeldoel. De dagbehandeling kan onderdeel zijn van uw zorgprogramma als u zelfstandig thuis woont en overdag behoefte heeft aan extra zorg. Die dagbehandeling krijgt u in een instelling, bijvoorbeeld een verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Binnen uw zorgprogramma kunnen ook anderen u behandelen. Maar de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten is uw eerste aanspreekpunt. En verantwoordelijk voor uw totale behandeling. Bij gedragsproblemen kan uw eerste aanspreekpunt ook een andere zorgverlener zijn:

- gz-psycholoog<sup>1</sup>
- orthopedagoog-generalist
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychiater

##### **Andere zorg nodig?**

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

#### ● Hier kunt u terecht

- specialist ouderengeneeskunde
- arts voor verstandelijk gehandicapten

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

## • Wat niet vergoed wordt

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

## • Andere vergoedingen

Bij dagbehandeling in een groep vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering soms ook het [Ziekenvervoer](#) naar de dagbehandeling.

Voor individuele [Fysiotherapie en oefentherapie](#), [Logopedie](#), [Ergotherapie](#) en [Diëtetiek](#) gelden die vergoedingen.

## • Zorgverlener zonder contract

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

### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

## • Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

### Eigen risico

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## • Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

**Ja, een verwijzing**

Voor deze zorg moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of kinderarts. Een verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>2</sup> die in de huisartsenpraktijk werkt, mag u ook namens uw huisarts verwijzen.

### Toestemming

**Ja, in sommige gevallen**

Als wij geen afspraken hebben met de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten. Bijna altijd hebben wij die wel. De arts weet of dat zo is. En zal, als dat nodig is, de toestemming voor u aanvragen. [Help me even: toestemming vragen](#)

## • Laatste puntjes...

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).



### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

### **Voor dagbesteding naar de gemeente**

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

#### **Uitleg**

1. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

## ● Voetzorg

**Soms zijn uw voeten extra kwetsbaar door een ziekte. Of door een medische behandeling. Goede voetzorg kan problemen voorkomen.**

### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

Heeft u risicoprofiel 2 of 3? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering niet alleen de jaarlijkse voetcontrole, maar ook de volgende voetzorg om wondjes of zweren aan uw voeten te voorkomen of te behandelen:

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

### ● Hier kunt u terecht

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

### ● Wat niet vergoed wordt

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

### ● Andere vergoedingen

Orthopedische aanpassing van schoenen valt onder de vergoeding Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen.

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

#### **Eigen risico**

**Nee, geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Help me even: het eigen risico

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

**Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

**Het risicoprofiel moet op de rekening staan**

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

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

### ● Psychische zorg bij de huisarts

Ook bij psychische klachten is uw huisarts uw eerste aanspreekpunt.

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt psychische zorg door uw huisarts of door de praktijkondersteuner ggz (POH-ggz) voor alle leeftijden. Dit kunnen gesprekken zijn, maar ook een online programma.

Uw huisarts of POH-ggz behandelt alleen lichte klachten. Heeft u meer of andere zorg nodig, dan kan de huisarts u doorverwijzen. Daarover leest u meer onder 'Andere vergoedingen'.

#### ● Hier kunt u terecht

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

#### ● Wat niet vergoed wordt

- bewegingsgerichte therapie
- anonieme behandeling via internet

#### ● Andere vergoedingen

- Stoppen met roken
- onze app voor meditatie en mindfulness kan helpen, als u klachten wilt voorkomen
- Geneeskundige ggz (vanaf 18 jaar), als uw huisarts u doorverwijst
- Geneesmiddelen, als uw huisarts of POH-ggz die voorschrijft

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

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

##### Eigen risico

**Nee, geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

#### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

##### Voorschrift of verwijzing

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

##### Toestemming

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

## ● Trombosedienst

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt:

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

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

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

### ● Hier kunt u terecht

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

### ● Andere vergoedingen

Zelfmeetapparatuur en wat daarbij hoort, valt onder de vergoeding [Hulpmiddelen bij trombose](#).

### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### Eigen bijdrage

##### Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### Eigen risico

##### Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### Voorschrift of verwijzing

##### Ja, een verwijzing

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

#### Toestemming

##### Nee, geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### ● **Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)**

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

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

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

1. u bent ouder dan 16 jaar
2. u bent gemotiveerd om het hele programma te doorlopen (dat duurt zo'n 2 jaar)
3. uw BMI<sup>1</sup> is 30 kg/m<sup>2</sup> of hoger, of 25-30 kg/m<sup>2</sup> met daarbij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes type 2 of een aanwezige ziekte die samenhangt met uw overgewicht

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

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

#### **Let op!**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt alleen door ons erkende gecombineerde leefstijlinterventies.

#### ● **Hier kunt u terecht**

- een leefstijlcoach<sup>3</sup> met wie uw huisarts samenwerkt in de zorggroep
- een andere gli-begeleider<sup>4</sup> met een eigen praktijk die bij de erkende gecombineerde leefstijlinterventies staat

#### ● **Wat niet vergoed wordt**

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

#### ● **Andere vergoedingen**

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

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

#### ● **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage



## Eigen risico

### Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Verwijst uw huisarts u door voor andere klachten, bijvoorbeeld naar de diëtist of psycholoog? Dan valt die zorg wel onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

#### Ja, een verwijzing

Voordat u aan het programma begint, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of medisch specialist<sup>5</sup>.

### Toestemming

#### Ja, toestemming

U moet toestemming van ons hebben vóórdat u aan het programma (of het verblijf als dat erbij hoort) begint. Soms regelt uw zorgverlener dat voor u.

[Help me even: toestemming vragen](#)

## ● Laatste puntjes...

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

### De ZorgConsulent helpt u bij het vinden van een begeleider

Zoekt u een leefstijlcoach of andere gli-begeleider? Check dat dan even bij onze [ZorgConsulent](#) of uw huisarts of medisch specialist.

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

Uw verwijzer blijft zo betrokken bij uw voortgang.

#### Uitleg

1. BMI: Zelf uw BMI berekenen? Deel uw gewicht (in kilo's) door uw lengte (in meters). Deel de uitkomst nog een keer door uw lengte (in meters). De uitkomst is uw BMI
2. Niet goed ingestelde diabetes: Dat is zo als het HbA1c-gehalte boven de NHG-streefwaarde is
3. Leefstijlcoach: Deze moet als leefstijlcoach geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister van [KABIZ](#), KRF NL of Stichting Keurmerk fysiotherapie, of in het Kwaliteitsregister Paramedici
4. Gli-begeleider: Dat kan een leefstijlcoach, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of diëtist zijn
5. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

### ● Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

Uw kind moet aan 3 voorwaarden voldoen:

1. uw kind is jonger dan 18 jaar
2. uw kind is samen met het gezin gemotiveerd om het hele programma voor de ketenaanpak te volgen
3. de BMI<sup>1</sup> van uw kind is 30 kg/m<sup>2</sup> of hoger, of 25-30 kg/m<sup>2</sup> met daarbij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes type 2 of een aanwezige ziekte die samenhangt met het overgewicht

En de zorg moet aan 3 voorwaarden voldoen:

- de CZV geeft coördinatie en begeleiding op basis van een zorgplan
- de CZV heeft de gli gemotiveerd in dat zorgplan opgenomen
- het gaat om een van de door ons erkende gecombineerde leefstijlinterventies

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

#### ● Hier kunt u terecht

- een CZV die bij de erkende gecombineerde leefstijlinterventies staat
- een gli-begeleider die bij de erkende gecombineerde leefstijlinterventies staat

#### ● Wat niet vergoed wordt

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

#### ● Andere vergoedingen

Krijgt uw kind tijdens de ketenaanpak te maken met andere klachten die (verder) behandeld moeten worden, zoals klachten bij het bewegen? Dan kan de huisarts doorverwijzen voor bijvoorbeeld Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar, Diëtetiek, of naar de Medisch specialist. Die zorg krijgt uw kind dan naast de ketenaanpak.

Als uw kind 16 jaar of ouder is, kan de verwijzer ook kiezen voor een gli-programma voor volwassenen. Dan geldt de vergoeding Gecombineerde leefstijlinterventie voor volwassenen.

## • Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

### Eigen risico

**Nee, geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## • Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

**Ja, een verwijzing**

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

### Toestemming

**Ja, toestemming**

In de volgende gevallen moet u ons vooraf toestemming vragen:

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

[Help me even: toestemming vragen](#)

## • Laatste puntjes...

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het gli-programma moet effectief zijn. De behandelaar kan u daar meer over vertellen. Alleen effectieve leefstijlinterventies zijn door ons [erkend](#).

### Als uw kind tijdens de ketenaanpak 18 jaar wordt

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

### Uitleg

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

## ● Stoppen met roken

**Wilt u graag stoppen met roken en heeft u daar hulp bij nodig? Dan kunt u meedoen met een stoppen-met-rokenprogramma.**

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt:

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

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

Heeft u een heel programma niet nodig, maar wilt u wel graag kort advies? Dan kunt u dat altijd aan uw huisarts vragen. Of aan uw verloskundige of medisch specialist<sup>1</sup>, als u daar toch al onder behandeling bent.

### ● Hier kunt u terecht

Voor korte ondersteunende adviezen:

- huisarts
- verloskundige
- medisch specialist<sup>1</sup>

Voor het stoppen-met-roken programma:

- huisarts
- verpleegkundige
- zorgverlener die geregistreerd staat in het [kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#) van het Partnership Stoppen met Roken

### ● Andere vergoedingen

- onze [app voor meditatie en mindfulness](#) kan ook helpen bij het stoppen met roken

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Nee, geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Het programma niet, en ook de voorgeschreven nicotinevervangers en geneesmiddelen niet. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Ja, in sommige gevallen**

Voor het programma zelf heeft u geen verwijzing nodig. Maar voor nicotinevervangers en geneesmiddelen die bij het programma horen heeft u een voorschrift nodig. Uw huisarts, medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist kunnen dat voorschrift geven.

Die laatste 3 moeten wel een aanvraagformulier invullen. Dit formulier stuurt u mee met uw declaratie.

**Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die verpleegkundigen, verloskundigen, huisartsen en medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

**Uitleg**

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

## ● Medisch specialist

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt:

- medisch-specialistische zorg
- verpleging, paramedische zorg<sup>1</sup>, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen

De medisch specialist<sup>2</sup> doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt met u hoe het traject verder gaat. En is als behandelaar verantwoordelijk voor uw zorgvraag. Uw medisch specialist kan delen van de zorg door anderen laten doen. Bijvoorbeeld een scan of onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

In het ziekenhuis kan uw verantwoordelijke behandelaar ook een SEH-arts<sup>3</sup>, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>4</sup> zijn.

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

### ● Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist in:

- het ziekenhuis
- een zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>5</sup>)
- een eigen praktijk

### ● Wat niet vergoed wordt

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- sterilisatie en het ongedaan maken daarvan
- behandeling tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

### ● Andere vergoedingen

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

- Kaakchirurgie
- Geneeskundige ggz
- Opname voor geneeskundige ggz

Sommige behandelingen zijn wel medisch-specialistische zorg, maar er gelden andere voorwaarden. Daarom staan ze in aparte vergoedingen. Bijvoorbeeld Plastische chirurgie, Vruchtbaarheidsbehandelingen / Ivf en Medisch-specialistische revalidatie.

### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

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

## ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

### Eigen risico

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

**Ja, een verwijzing**

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

Als u naar de oogarts moet, kan óók een orthoptist of optometrist<sup>6</sup> u verwijzen.

Als u vanwege uw zwangerschap of voor uw bevalling naar de medisch specialist moet, kan óók uw verloskundige u verwijzen.

Voor acute zorg<sup>7</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

### Toestemming

**Ja, in sommige gevallen**

In drie situaties moet u vooraf toestemming vragen:

- 1 Voor behandelingen die op de 'limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg<sup>8</sup>' staan, moet u vooraf toestemming van ons hebben.
- 2 U moet ons toestemming vragen voor controle, onderzoek of behandeling in een aantal zbc's<sup>5</sup>. Die staan op ons Overzicht zbc's met toestemming. U vraagt bij uw intake om een behandelplan en offerte. Daarmee kunt u bij ons [toestemming](#) vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg (na uw eerste consult) niet. Wilt u naar 1 van deze zbc's? Neem dan eerst contact op met onze ZorgConsulent.
- 3 En soms moet u ons ook vooraf toestemming vragen voor de volgende behandelingen en onderzoeken:
  - een uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie)
  - behandelingen Complex Chronische Longaandoeningen (CCL)

Staat uw zorgverlener in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL of polysomnografie? Dan hoeft u niets te doen. Met die instellingen hebben wij afspraken over toestemming. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u vooraf [toestemming](#) van ons hebben.

[Help me even: toestemming vragen](#)

## ● Laatste puntjes...

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

## **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

## **Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening**

Voor zorg in een zbc<sup>5</sup> krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

## **Een second opinion kan ook**

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? Dan kunt u een second opinion vragen. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt die.

## **Wachtlĳst? Neem contact op met de ZorgConsulent**

U wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlĳst is, kunt u onze ZorgConsulent vragen u naar een ander ziekenhuis te bemiddelen. Ook in andere situaties kunt u de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

## **Let op bij zorg in het buitenland**

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

### **Uitleg**

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
3. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
4. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist
5. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelĳns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde



## ● Ziekenhuisopname

**Moet u voor onderzoek of behandeling 's nachts in het ziekenhuis blijven? Dat is ziekenhuisopname.**

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt uw opname als u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist<sup>1</sup> of kaakchirurg<sup>2</sup> in het ziekenhuis moet overnachten.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook de zorg die bij uw opname hoort:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg<sup>3</sup>
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

Soms hoeft u niet meer in het ziekenhuis te blijven. Maar heeft u nog wel een hoog risico op ernstige complicaties, waarbij direct medisch-specialistische zorg nodig is. Bijvoorbeeld als u CAR-T celtherapie ondergaat voor een agressieve vorm van lymfeklierkanker. Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook verblijf dichtbij het ziekenhuis, als u daar te ver vandaan woont. Daarbij is geen verpleging, verzorging of paramedische zorg nodig. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal € 89 per dag.

### ● Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>4</sup>)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

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

- logeershuis bij het ziekenhuis
- hotel of andere betaalde overnachting

### ● Andere vergoedingen

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

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

### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

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

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### Eigen risico

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### Voorschrift of verwijzing

**Ja, een verwijzing**

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

Als u naar de oogarts moet, kan óók een orthoptist of optometrist<sup>5</sup> u verwijzen.

Als u vanwege uw zwangerschap of voor uw bevalling naar de medisch specialist moet, kan óók uw verloskundige u verwijzen.

Voor acute zorg<sup>6</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

#### Toestemming

**Ja, in sommige gevallen**

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de 'limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg'<sup>7</sup> staan, moet u vooraf toestemming van ons hebben.

En soms voor de volgende behandelingen en onderzoeken:

- een uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie)
- behandelingen Complex Chronische Longaandoeningen (CCL)

Staat uw zorgverlener in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL of polysomnografie? Dan hoeft u niets te doen. Met die instellingen hebben wij afspraken over toestemming. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u vooraf [toestemming](#) van ons hebben.

[Help me even: toestemming vragen](#)

### ● Laatste puntjes...

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

#### Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de ziekenhuisopname alleen als de Bewuste Keuze Basisverzekering de zorg van de [Medisch specialist](#) of [kaakchirurg](#) ook vergoedt.

### **Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname**

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

### **Let op bij opname in het buitenland**

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

#### **Uitleg**

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
2. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
3. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
4. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
5. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
7. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

### ● **Plastische chirurgie**

**Heeft u brandwonden of littekens na een ongeluk? Of een aangeboren afwijking aan uw uiterlijk? Dan, en in andere gevallen, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.**

#### **Dit krijgt u vergoed**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt plastische chirurgie alleen in bepaalde gevallen. Dat moet wel voor iedereen hetzelfde zijn. Daarom gebruiken zorgverzekeraars hiervoor de Werkwijzer plastische chirurgie<sup>1</sup> van de Vereniging Artsen Volksgezondheid. De voorwaarden in die werkwijzer gelden dus ook. Meer uitleg staat in het document '[plastische chirurgie](#)'.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis<sup>2</sup> heeft
2. verminkingen<sup>3</sup> door een ziekte, ongeluk of medische behandeling
3. verlamde of verslakte bovenoogleden, als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of chronische aandoening die u bij de geboorte al had
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemeltepleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek of misvorming van urinewegen of geslachtsorganen
8. het veranderen van primaire geslachtskenmerken als transseksualiteit bij u is vastgesteld

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt dan ook verpleging en verzorging, paramedische zorg<sup>4</sup>, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die u door de ingreep nodig heeft.

Is het nodig dat u voor de zorg wordt opgenomen? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering de [Ziekenhuisopname](#).

#### ● **Hier kunt u terecht**

Bij de plastisch chirurg, of andere medisch specialist<sup>5</sup> die plastische chirurgie doet. Die moet werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>6</sup>).

Soms moet de zorgverlener zelf ook voldoen aan voorwaarden zoals beschreven in de Werkwijzer plastische chirurgie<sup>1</sup>. In geval van zorg bij genderincongruentie, moet bijvoorbeeld sprake zijn van een multidisciplinair genderteam.

#### ● **Wat niet vergoed wordt**

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

- **Zorgverlener zonder contract**

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

**Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

- **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Ja, een verwijzing**

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

Voor acute zorg<sup>7</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

**Toestemming**

**Ja, meestal**

Voor behandelingen die op de 'limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg<sup>8</sup>' staan, moet u vooraf toestemming van ons hebben.

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

Gaat u naar een zbc<sup>6</sup> uit ons Overzicht zbc's met toestemming? Dan heeft u onze [toestemming](#) nodig voor alle controles, onderzoeken en behandelingen. Neem hiervoor contact op met onze [ZorgConsulent](#).

[Help me even: toestemming vragen](#)

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

### Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc<sup>6</sup> krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

### Transgenderzorg is meer dan plastische chirurgie

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

### Wachttijd? Neem contact op met de ZorgConsulent

U wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachttijd is, kunt u onze [ZorgConsulent](#) vragen u naar een ander ziekenhuis te bemiddelen. Ook in andere situaties kunt u de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

#### Uitleg

1. Werkwijzer plastische chirurgie: Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard 2021 (versie 21.0). Deze vindt u op <https://vavolksgezondheid.nl/werkwijzers-vagzvav>
2. Functiestoornis: Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken
3. Verminkingen: Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
5. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
6. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

### ● Vruchtbaarheidsbehandelingen

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

Voldoet u aan de volgende 2 voorwaarden?

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

Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering:

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

Voor [Ivf en icsi](#) gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders.

#### ● Hier kunt u terecht

U kunt naar een medisch specialist in:

- het ziekenhuis
- een zelfstandig behandelcentrum<sup>1</sup> (vruchtbaarheidskliniek)
- een eigen praktijk

#### ● Wat niet vergoed wordt

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

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

##### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

##### Eigen risico

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### **Voorschrift of verwijzing**

##### **Ja, een verwijzing**

Voordat u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of een andere medisch specialist<sup>2</sup>.

#### **Toestemming**

##### **Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

### ● Laatste puntjes...

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

#### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

#### **We kijken naar de kans op zwangerschap**

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

#### **Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis**

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

#### **Donorsperma betaalt u zelf**

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

#### **Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening**

Voor zorg in een zbc<sup>3</sup> krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

#### **Uitleg**

1. Zelfstandig behandelcentrum: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
2. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
3. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen



### ● In-vitrofertilisatie (ivf)

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de eerste 3 pogingen ivf of icsi<sup>1</sup>, elke keer dat u zwanger wilt worden. U moet dan wel aan 3 voorwaarden voldoen:

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

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

fase 1: de hormonale behandeling voor rijping van uw eicellen

fase 2: de follikelpunctie (het aanprikken van de eiblaasjes om eicellen te verkrijgen)

fase 3: de laboratoriumfase, waarin uw eicellen worden bevrucht met zaadcellen en uitgroeien tot een embryo

fase 4: het bij u terugplaatsen van 1 of 2 embryo's, 1 keer of vaker

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

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

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

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

We spreken van een doorgaande zwangerschap als het embryo leeft:

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

#### Er gelden leeftijdsgrenzen

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

#### We kijken naar de kans op zwangerschap

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ivf en icsi alleen als dit in uw geval zinnig is. Dat betekent dat u een klinisch noodzakelijke medische indicatie heeft voor ivf of icsi. Dat is voor ivf bijvoorbeeld extreem slechte zaadkwaliteit (ook wel "extreme OAT" genoemd), een vastgestelde ondoorgankelijkheid van de eileiders of onbegrepen subfertiliteit waarbij 6-9 pogingen iui geen zwangerschap hebben opgeleverd.

## • Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum<sup>2</sup> (vruchtbaarheidskliniek)

## • Wat niet vergoed wordt

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

## • Andere vergoedingen

- [Vruchtbaarheidsbehandelingen](#)

## • Zorgverlener zonder contract

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

### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

## • Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

### Eigen bijdrage

#### Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

### Eigen risico

#### Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## • Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

#### Ja, een verwijzing

Voordat u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of een andere medisch specialist<sup>3</sup>.

### Toestemming

#### Ja, in sommige gevallen

Wilt u voor ivf of icsi naar het buitenland? Een deel van de ivf- of icsi-behandeling vindt plaats tijdens dagopname<sup>4</sup>. Daarom moet u ons vooraf [toestemming](#) vragen.

### • Laatste puntjes...

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

#### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

#### **Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening**

Voor zorg in een zbc<sup>5</sup> krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

#### **Let op bij zorg in het buitenland**

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

#### **Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis**

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

#### **Uitleg**

1. Ivf of icsi: Bij ivf vindt bevruchting buiten het lichaam plaats. Bij icsi wordt ook nog de zaadcel in de eicel geïnjecteerd
2. Zelfstandig behandelcentrum: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
4. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis
5. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

### ● Erfelijkheidsonderzoek

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt erfelijkheidsonderzoek en -advies. Dat kan bestaan uit medisch onderzoek, laboratoriumonderzoek of stamboomonderzoek. Advies over erfelijke ziekte en psychosociale begeleiding rond erfelijkheid horen er ook bij.

Als het nodig is voor het advies aan u, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Advisering kan dan ook aan hen plaatsvinden.

#### ● Hier kunt u terecht

- klinisch-genetisch centrum (centrum voor erfelijkheidsonderzoek)

#### ● Wat niet vergoed wordt

- onderzoek om ouderschap vast te stellen

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

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

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

#### **Eigen risico**

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Help me even: het eigen risico

#### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### **Voorschrift of verwijzing**

**Ja, een verwijzing**

Voordat u naar het klinisch-genetisch centrum gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist<sup>1</sup>.

#### **Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

**Uitleg**

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

### ● **Orgaantransplantatie en -donatie**

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

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

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

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

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

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

**Als u zelf donor bent**, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering:

- uw kosten van openbaar vervoer (2e klas) van en naar alle hierboven genoemde zorg. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto
- uw vervoer naar Nederland en terug, als u in het buitenland woont, maar de transplantatie van uw nier, beenmerg of lever gebeurt in Nederland
- uw overige kosten die verband houden met de transplantatie, die u maakt doordat u in het buitenland woont
- zorg die u nodig heeft na de 13 weken na ontslag uit het ziekenhuis (of een half jaar als het gaat om een levertransplantatie) volgens de geldende vergoedingen

#### ● **Hier kunt u terecht**

Weefsels en organen worden getransplanteerd in een ziekenhuis in:

- Nederland
- ander EU- of EER-land<sup>1</sup>
- ander land, als de donor daar woont en de donor en ontvanger echtgenoten zijn, geregistreerd partners of bloedverwanten in de 1e, 2e of 3e graad

#### ● **Wat niet vergoed wordt**

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

### ● **Zorgverlener zonder contract**

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

### ● **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

##### **Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### **Eigen risico**

##### **Ja, in sommige gevallen**

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

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

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

[Help me even: het eigen risico](#)

### ● **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### **Voorschrift of verwijzing**

##### **Nee, geen voorschrift of verwijzing**

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

#### **Toestemming**

##### **Nee, geen toestemming. Maar let op! Soms wel een verklaring van uw arts**

Voor donorzorg na de 13e week (of bij levertransplantatie het half jaar) moet u een verklaring van uw arts hebben. Daaruit moet blijken dat de zorg verband houdt met uw ziekenhuisopname voor selectie en voor verwijdering van het orgaan of weefsel. Waarom is dat? Alleen zo kunnen we ervoor zorgen dat we geen eigen risico inhouden.

### ● **Laatste puntjes...**

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

#### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

### **Als donor kunt u sommige onkosten vergoed krijgen**

Er is een subsidieregeling als u zelf donor bent. De Nederlandse Transplantatiestichting kan u er alles over vertellen.

#### **Uitleg**

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



## ● Dialyse

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt 2 vormen van dialyse en de zorg die erbij hoort:

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

De 2 vormen van dialyse zijn:

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

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

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

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

### ● Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- dialysecentrum
- bij u thuis

### ● Andere vergoedingen

Bij thuisdialyse kunt u ook andere kosten vergoed krijgen. Daarvoor geldt de vergoeding Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse.

### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

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

- **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

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

**Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

**Dialyse tijdens vakantie in het buitenland**

Wilt u op vakantie naar het buitenland? Onze [ZorgConsulent](#) kan u meer vertellen over de (vergoedings)mogelijkheden. Ook [Nierpatiënten Vereniging Nederland](#) kan u adviseren.

### ● Mechanische beademing

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt mechanische beademing.

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

Bij beademing thuis vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering:

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

Dit krijgt u allemaal van het centrum voor thuisbeademing.

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

#### ● Hier kunt u terecht

- ziekenhuis of revalidatiecentrum
- verpleeghuis
- thuis, onder begeleiding van het centrum voor thuisbeademing

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### **Eigen risico**

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

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

**Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

### ● Voorwaardelijk toegelaten zorg

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

Welke zorg, en hoe, waar en in welke periode u de zorg kunt krijgen, staat uitgelegd in het document [voorwaardelijke toelating tot het basispakket](#).

#### ● Hier kunt u terecht

Dat leest u in het document [voorwaardelijke toelating tot het basispakket](#).

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

##### Eigen risico

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

#### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

##### Voorschrift of verwijzing

**Ja, een verwijzing**

Voor deze zorg moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, medisch specialist<sup>1</sup>, jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

##### Toestemming

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

#### ● Laatste puntjes...

##### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

##### U kunt niet naar alle ziekenhuizen of zorgverleners toe

Het ziekenhuis of de andere zorgverlener moet meedoen aan het onderzoek. Anders vergoeden wij de zorg niet.

### **Uitleg**

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

## ● Second opinion

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

### ● Dit krijgt u vergoed

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

1. het gaat om zorg die onder de Bewuste Keuze Basisverzekering valt, zoals zorg van de medisch specialist. Of dat zo is, staat in de [vergoedingen](#)
2. de diagnostiek of voorgestelde behandeling waar de second opinion over gaat, valt ook onder de Bewuste Keuze Basisverzekering
3. de arts die de second opinion doet, werkt in hetzelfde vakgebied als uw eigen zorgverlener
4. u heeft een verwijzing van een arts. Dit kan uw eigen zorgverlener zijn, of uw huisarts
5. u gaat met de second opinion terug naar uw eigen zorgverlener

De arts<sup>1</sup> die de second opinion doet, geeft alleen de eigen mening en neemt de behandeling dus niet over. Het is daarom belangrijk om uw wens voor een second opinion eerst te bespreken met uw eigen zorgverlener.

### ● Hier kunt u terecht

- arts die werkt in hetzelfde vakgebied als uw eigen zorgverlener

### ● Wat niet vergoed wordt

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

### ● Andere vergoedingen

Voor een 'second opinion' over [Verpleging en verzorging in de eigen omgeving](#) of [Geneeskundige ggz](#) gelden die vergoedingen.

### ● Zorgverlener zonder contract

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

### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### **Eigen risico**

**Ja, meestal**

Voor een second opinion over zorg door een huisarts of over verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Voor een second opinion over andere zorg geldt het eigen risico wel. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Ja, een verwijzing**

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

**Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

**De ZorgConsulent helpt u**

Informatie en advies over een second opinion kunt u ook altijd vragen aan onze [ZorgConsulent](#).

**Uitleg**

1. Arts: Met arts bedoelen wij in deze vergoeding ook een tandarts



### ● **Verpleging en verzorging in de eigen omgeving**

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

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Verpleging en verzorging voor kinderen jonger dan 18 jaar**

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

#### **Casemanagement bij dementie**

- als iemand met dementie verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, dan is er vaak ook iemand nodig die dat coördineert: een casemanager. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt of casemanagement nodig is

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

- een arts heeft vooraf vastgesteld dat sprake is van de laatste levensfase (uw huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten)
- een verpleegkundige stelt vast welke zorg nodig is. De zorg is bedoeld om de kwaliteit van uw leven in deze periode zo goed mogelijk te houden en om uw naasten te ondersteunen
- u krijgt de zorg thuis, in een hospice of bijna-thuis-huis
- de Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt waken alleen als dat om verpleegkundige redenen nodig is

## • Hier kunt u terecht

- voor de indicatiestelling: een hbo-verpleegkundige of hbo-kinderverpleegkundige die is aangesloten bij een netwerk<sup>1</sup> dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert
- voor de zorg: een verpleegkundige of verzorgende individuele gezondheidszorg
- voor zorg aan een kind jonger dan 18 jaar: ook een kinderverpleegkundige

## • Wat niet vergoed wordt

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

## • Andere vergoedingen

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

## • Zorgverlener zonder contract

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

### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

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

## • Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

### Eigen risico

**Nee, geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Help me even: het eigen risico

## • Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

**Ja, altijd**

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

## Toestemming

### Ja, in sommige gevallen

U moet voor deze zorg vooraf toestemming van ons hebben:

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

[Help me even: toestemming vragen](#)

## • Laatste puntjes...

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals zorg die uw gemeente regelt.

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de verpleging en verzorging die verpleegkundigen en verzorgenden normaal gesproken verlenen in verband met de geneeskundige zorg die u nodig heeft. Of als u een verhoogd risico heeft om die zorg nodig te hebben. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden

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

### Zorg regelen? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

## Uitleg

1. Netwerk: Bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, verpleegkundig platform of samenwerking van thuiszorgorganisaties

### ● **Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)**

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

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

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

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

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

De precieze voorwaarden staan in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2024.

U vraagt een Zvw-pgb aan met het aanvraagformulier. Als wij het formulier hebben ontvangen, bellen wij u op voor een 'bewuste keuze gesprek'. Daarin bespreken we uw aanvraag, en gaan wij na of alles voor u en voor ons duidelijk is.

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

#### ● **Hier kunt u terecht**

Dat leest u in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2024.

#### ● **Wat niet vergoed wordt**

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

#### ● **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

##### **Eigen risico**

**Nee, geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Help me even: het eigen risico

## ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

#### Ja, altijd

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

### Toestemming

#### Ja, toestemming

U vraagt ons vooraf toestemming met het [aanvraagformulier](#). Als we die goedkeuren, krijgt u een toestemmingsbrief. [Help me even: toestemming vragen](#)

## ● Laatste puntjes...

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals zorg die uw gemeente regelt.

### U bent er zelf verantwoordelijk voor dat u goede zorg krijgt

Lees daarom vooraf goed het [reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2024](#). Daarin staat waar u allemaal aan moet denken. Meer informatie vindt u ook op [www.pgb.nl](http://www.pgb.nl).

### Soms moet u het declaratieformulier Zvw-pgb gebruiken

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

### ● Eerstelijns verblijf

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt eerstelijns verblijf als:

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

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

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

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg<sup>1</sup>
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die standaard aanwezig zijn in de instelling waar u verblijft

#### ● Hier kunt u terecht

- instelling voor eerstelijns verblijf
- speciale afdeling voor eerstelijns verblijf in een verpleeghuis
- 'huisartsenbedden' in een ziekenhuis

Er is in ieder geval 24 uur per dag een verpleegkundige<sup>2</sup> dichtbij beschikbaar.

#### ● Wat niet vergoed wordt

- opname om uw mantelzorg te ontlasten (respitzorg). Hiervoor gaat u naar het zorgloket van uw gemeente
- verblijf voor Geriatrische revalidatie of voor zorg rond de bevalling
- opname en zorg als u een indicatie heeft voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz): het zorgkantoor is dan uw aanspreekpunt

#### ● Andere vergoedingen

Geneesmiddelen, Hulpmiddelen en Verbandmiddelen als u tijdens uw verblijf andere geneesmiddelen, hulp- of verbandmiddelen nodig heeft dan die standaard in de instelling aanwezig zijn.

Moet u tijdelijk in de buurt van een gespecialiseerd ziekenhuis overnachten omdat u een hoog risico loopt die gespecialiseerde zorg direct nodig te hebben? Dan geldt de vergoeding Ziekenhuisopname.

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

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

- **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Ja, voor een deel**

Zorg door de huisarts valt niet onder uw eigen risico. Voor het verblijf zelf, en andere zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico wel. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Ja, een indicatie**

Die indicatie krijgt u van uw huisarts of medisch specialist.

**Toestemming**

**Ja, in sommige gevallen**

Als u langer dan 3 maanden eerstelijns verblijf nodig heeft, moet u ons vooraf toestemming vragen. Maar niet als het om zorg in de laatste levensfase gaat. [Help me even: toestemming vragen](#)

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

**Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname**

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

**Uitleg**

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Verpleegkundige: Deze moet minimaal hbo-gediplomeerd zijn

### ● Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar

**Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen of door uw houding? Een fysio- of oefentherapeut kan vaststellen wat er aan de hand is en u behandelen of begeleiden bij uw herstel.**

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt fysio- en oefentherapie als u jonger dan 18 jaar bent:

- bij behandeling van een aandoening op de lijst chronische fysiotherapie. Soms geldt wel een maximale behandeltermijn
- bij behandeling van een aandoening die niet op deze lijst staat: 9 behandelingen per kalenderjaar. En nog eens 9 als u wel verbetering merkt maar nog niet van uw klachten af bent

#### **Heeft u Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra?**

Bewuste Keuze Start vergoedt 3 behandelingen fysio- of oefentherapie als de basisverzekering (nog) niet vergoedt. Bewuste Keuze Extra vergoedt er 6.

U kunt ook kiezen voor een online behandeltraject<sup>1</sup> via de Fysiochecknu app. Bewuste Keuze Start vergoedt dan 3 hele trajecten. En Bewuste Keuze Extra 6. Combineren mag ook. Bijvoorbeeld bij Bewuste Keuze Start 2 behandelingen fysio- of oefentherapie en 1 online behandeltraject via de Fysiochecknu app.

U moet de fysio- of oefentherapie wel nodig hebben om medische redenen, en dus niet om bijvoorbeeld beter te kunnen sporten.

#### ● Hier kunt u terecht

Voor zorg uit de Bewuste Keuze Basisverzekering:

- fysiotherapeut<sup>2</sup>
- kinderfysiotherapeut<sup>3</sup> of kinderoefentherapeut<sup>4</sup>
- manueel therapeut<sup>5</sup>
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar<sup>6</sup>
- bekkenfysiotherapeut<sup>7</sup> of bekkenoefentherapeut<sup>8</sup>
- oedeemfysiotherapeut<sup>9</sup>
- huidtherapeut<sup>10</sup>: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit Bewuste Keuze Start en Bewuste Keuze Extra kunt u ook terecht bij:

- een psychosomatisch fysiotherapeut<sup>11</sup> of psychosomatisch oefentherapeut<sup>12</sup>
- Fysiochecknu app voor een online behandeltraject

#### ● Andere vergoedingen

- Voorwaardelijk toegelaten zorg, voor fysio- en oefentherapie na ernstige COVID-19
- Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar, behandelingen die u voor uw 18e verjaardag heeft gehad tellen wel mee voor het in die vergoeding genoemde maximum aantal behandelingen

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

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



- **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Nee, geen eigen risico**

Vanaf uw 18e verjaardag betaalt u wel eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Ja, in sommige gevallen**

Voor de 2e serie van 9 behandelingen, bij een aandoening die niet op de lijst chronische fysiotherapie staat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, medisch specialist<sup>13</sup>, jeugdarts, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>14</sup>.

**Toestemming**

**Ja, in sommige gevallen**

Als u fysio- of oefentherapie krijgt op een andere locatie dan de praktijk van uw therapeut of bij u thuis, bijvoorbeeld op school, moet u vooraf toestemming van ons hebben. Wij geven alleen toestemming als daar een medische reden voor is. [Help me even: toestemming vragen](#)

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de fysiotherapie en oefentherapie die fysio- en oefentherapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Uitleg

1. Online behandeltraject: Het geheel van digitale fysiotherapie voor uw klacht. Dit bestaat uit online consulten, digitaal contact met de fysiotherapeut en een persoonlijk oefenprogramma
2. Fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
3. Kinderfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als kinderfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
4. Kinderoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als kinderoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
5. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
6. Oefentherapeut Mensendieck of Cesar: Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici
7. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
8. Bekkenoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
9. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
10. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en een actieve agb-code hebben
11. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
12. Psychosomatisch oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
13. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
14. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

### ● Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

**Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen of door uw houding? Een fysio- of oefentherapeut kan vaststellen wat er aan de hand is en u behandelen of begeleiden bij uw herstel.**

Heeft u lichte klachten? Of wilt u klachten voorkomen? Dan kunt u met de [Fysiochecknu app](#) ook zelf aan de slag. Doe de online fysio check en u krijgt een persoonlijk oefenprogramma in de app.

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt fysio- en oefentherapie als u 18 jaar of ouder bent bij:

1. aandoeningen op de [lijst chronische fysiotherapie](#)
2. etalagebenen
3. artrose in heup of knie
4. COPD
5. urine-incontinentie
6. reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19

Ook vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering een valpreventieve beweeginterventie.

We leggen dit verderop uit.

#### **Heeft u Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra?**

Bewuste Keuze Start vergoedt 3 behandelingen fysio- of oefentherapie als de basisverzekering (nog) niet vergoedt. Bewuste Keuze Extra vergoedt er 6.

Voor fysiotherapie kunt u ook kiezen voor een online behandeltraject<sup>1</sup> via de Fysiochecknu app. Bewuste Keuze Start vergoedt dan 3 hele trajecten. En Bewuste Keuze Extra 6. Combineren mag ook. Bijvoorbeeld bij Bewuste Keuze Start 2 behandelingen fysio- of oefentherapie en 1 online behandeltraject fysiotherapie via de Fysiochecknu app.

U moet de fysio- of oefentherapie wel nodig hebben om medische redenen, en dus niet om bijvoorbeeld beter te kunnen sporten.

Wilt u meer weten over de vergoeding uit de Bewuste Keuze Basisverzekering?

#### 1. **aandoeningen lijst chronische fysiotherapie**

Heeft u behandeling nodig voor een aandoening op de [lijst chronische fysiotherapie](#)? De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt fysio- en oefentherapie vanaf de 21e behandeling. De eerste 20 behandelingen betaalt u dus zelf. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.

#### 2. **etalagebenen**

Bij etalagebenen (vernauwde slagaderen in de benen) vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding (looptraining), vanaf de 1e behandeling. Maar alleen als een arts heeft vastgesteld dat u 'perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine'<sup>2</sup> heeft. U krijgt maximaal 37 behandelingen vergoed, over een periode van maximaal 12 maanden.

#### 3. **artrose in heup of knie**

Bij artrose in heup of knie vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding vanaf de 1e behandeling. De basisverzekering vergoedt maximaal 12 behandelingen, over een periode van 12 maanden.

### 4. COPD

Bij COPD vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. Maar alleen als een arts heeft vastgesteld dat u COPD in GOLD<sup>3</sup>-stadium II of hoger heeft. De basisverzekering vergoedt een aantal behandelingen, afhankelijk van de klasse waarin u valt (de arts moet die dus ook vaststellen):

- klasse A: 1 keer maximaal 5 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden
- klasse B1: maximaal 27 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 3 behandelingen per 12 maanden
- klasse B2, C en D: maximaal 70 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 52 behandelingen per 12 maanden

### 5. urine-incontinentie

Bij urine-incontinentie vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering 1 keer maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie, vanaf de 1e behandeling

### 6. reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19

Bij reumatoïde artritis en axiale spondyloartritis, en na ernstige COVID-19, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering soms fysiotherapie. De voorwaarden staan in Voorwaardelijk toegelaten zorg. U moet bijvoorbeeld meedoen aan onderzoek.

### Valpreventieve beweeginterventie

Meestal biedt uw gemeente een valpreventief trainingsprogramma aan. Soms vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering een valpreventieve beweeginterventie. Dat is zo als:

- er bij u een hoog valrisico is vastgesteld in de valrisicotest, en
- uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg een valrisicobeoordeling heeft gedaan, en
- uit die valrisicobeoordeling is gebleken dat u begeleiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut nodig heeft door lichamelijke of psychische problemen

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt alleen door ons erkende valpreventieve beweeginterventies.

Heeft u een valpreventieve beweeginterventie gedaan en heeft u er nog een nodig? Dan vergoeden wij die alleen als de start ervan minimaal 12 maanden later is dan de start van de vorige interventie.

### ● Hier kunt u terecht

Voor fysiotherapie of oefentherapie uit de Bewuste Keuze Basisverzekering:

- fysiotherapeut<sup>4</sup>
- manueel therapeut<sup>5</sup>
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar<sup>6</sup>
- bekkenfysiotherapeut<sup>7</sup> of bekkenoefentherapeut<sup>8</sup>
- geriatriefysiotherapeut<sup>9</sup> of geriatrie-oefentherapeut<sup>10</sup>
- oedeemfysiotherapeut<sup>11</sup>
- huidtherapeut<sup>12</sup>: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor een valpreventieve beweeginterventie: een fysio- of oefentherapeut die bij de erkende valpreventieve beweeginterventies genoemd staat.

Voor zorg uit Bewuste Keuze Start en Bewuste Keuze Extra kunt u ook terecht bij:

- een psychosomatisch fysiotherapeut<sup>13</sup> of psychosomatisch oefentherapeut<sup>14</sup>
- Fysiochecknu app voor een online behandeltraject

### • **Andere vergoedingen**

- Als u nog geen 18 jaar bent, geldt de vergoeding Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar. Behandelingen die u voor uw 18e verjaardag heeft gehad, tellen wel mee voor het hierboven genoemde maximum aantal behandelingen.
- Heeft u een ongeval<sup>15</sup> gehad? Dan kunt u misschien gebruik maken van de vergoeding Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval.

### • **Zorgverlener zonder contract**

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

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

### • **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

##### **Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

#### **Eigen risico**

##### **Ja, in de meeste gevallen**

Behandelingen die de basisverzekering vergoedt, vallen onder uw eigen risico. Dat geldt dus ook voor de valpreventieve beweeginterventie. Behandelingen die Bewuste Keuze Start en Bewuste Keuze Extra vergoeden, vallen niet onder uw eigen risico. Help me even: het eigen risico

### • **Wat u nodig heeft**

Check even of wat hieronder staat voor u geldt. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### **Voorschrift of verwijzing**

##### **Ja, in sommige gevallen**

Alleen voor de valpreventieve beweeginterventie. Daarvoor moet u vooraf een verwijzing hebben van uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg.

#### **Toestemming**

##### **Ja, in sommige gevallen**

Als u fysio- of oefentherapie krijgt op een andere locatie dan de praktijk van uw therapeut of bij u thuis, bijvoorbeeld op uw werk, moet u vooraf toestemming van ons hebben. Wij geven alleen toestemming als daar een medische reden voor is. Help me even: toestemming vragen

### • **Laatste puntjes...**

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafspraak die u niet nakomt (no show).

#### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de fysiotherapie en oefentherapie die fysio- en oefentherapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Uitleg

1. Online behandeltraject: Het geheel van digitale fysiotherapie voor uw klacht. Dit bestaat uit online consulten, digitaal contact met de fysiotherapeut en een persoonlijk oefenprogramma
2. Fontaine: Een indeling voor de ernst van vaatlijden (zoals etalagebenen). Deze gaat van stadium I (geen klachten) tot stadium IV (weefselafsterving)
3. GOLD: Een wereldwijd gebruikte indeling voor de ernst van COPD. Deze gaat van stadium I (licht) tot stadium IV (zeer ernstig)
4. Fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
6. Oefentherapeut Mensendieck of Cesar: Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici
7. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
8. Bekkenoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
9. Geriatriefysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatriefysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
10. Geriatrie-oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatrie-oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
11. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
12. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en een actieve agb-code hebben
13. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
14. Psychosomatisch oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
15. Ongeval: Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op je lichaam, buiten je wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft veroorzaakt

### ● **Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval (vanaf 18 jaar)**

Heeft u een ongeval gehad? Bijvoorbeeld aangereden in het verkeer? Dan kan fysio- of oefentherapie nodig zijn.

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering maximaal 18 behandelingen fysio- of oefentherapie. Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering fysio- of oefentherapie meestal niet. Ook niet na een ongeval.

#### **Heeft u Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra?**

Heeft u fysio- of oefentherapie nodig na een ongeval? Dan vergoeden Bewuste Keuze Start en Bewuste Keuze Extra maximaal 14 behandelingen in maximaal 12 maanden vanaf de dag van het ongeval. Deze vergoeding geldt voor maximaal 1 ongeval per kalenderjaar.

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw lichaam, buiten uw wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft veroorzaakt. Een sportblessure zoals een zweepslag is dus geen ongeval. Of rugklachten na het optillen van iets of iemand.

Er gelden 6 voorwaarden:

- u bent 18 jaar of ouder
- het ongeval gebeurde toen u Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra had
- het ongeval gebeurde in Nederland
- uw klachten zijn ontstaan door het ongeval
- uw fysio- of oefentherapeut heeft een contract met ons
- u vraagt ons toestemming voor de behandelingen direct nadat uw arts, fysio- of oefentherapeut heeft vastgesteld dat u fysio- of oefentherapie nodig heeft voor uw klachten. Dus voordat u (verder) in behandeling gaat

Wij vergoeden alleen de behandelingen die nodig zijn voor herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dus alleen om van de klachten te herstellen die direct door het ongeval zijn ontstaan. Er is geen recht op vergoeding als de indicatie voor behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Heeft u daarnaast nog andere klachten? Of zijn de klachten die u al had, verergerd door het ongeval? Dan geldt daarvoor niet deze vergoeding Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval. Maar de vergoeding [Fysiotherapie en oefentherapie](#).

Heeft u aan het eind van het jaar nog geen 14 behandelingen gehad en lopen uw behandelingen door in het volgende kalenderjaar? Dan vergoeden we de verdere behandelingen alleen als u in dat jaar ook Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra heeft.

#### ● **Wat niet vergoed wordt**

Wij vergoeden geen fysio- of oefentherapie als het ongeval gebeurde:

- als gevolg van uw eigen alcohol- of drugsgebruik
- terwijl u niet de gebruikelijke beschermingsmaatregelen had genomen. Bijvoorbeeld het dragen van uw autogordel of het dragen van scheenbeschermers bij sport
- bij het beoefenen van gevaarlijke sporten of activiteiten, zoals parachutespringen, kitesurfen, raften, deltavliegen, paragliding, parasailing, zweefvliegen, skispringen, waterskiën, abseilen, bungeejumpen en bouldering
- bij het beoefenen van sportactiviteiten waarvoor u wordt betaald

- **Andere vergoedingen**

Heeft u geen ongeval gehad? Of na uw ongeval ook andere klachten? Dan geldt de vergoeding [Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar](#).

- **Zorgverlener zonder contract**

Fysio- of oefentherapie na een ongeval krijgt u niet vergoed als u kiest voor een zorgverlener zonder contract.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

- **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Nee, geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of wat hieronder staat voor u geldt. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

**Toestemming**

**Ja, toestemming**

Voor deze zorg moet u vooraf toestemming van ons hebben. Die toestemming moet u vragen direct nadat uw arts, fysio- of oefentherapeut heeft vastgesteld dat u fysio- of oefentherapie nodig heeft voor uw klachten. Dus voordat u (verder) in behandeling gaat. [Help me even: toestemming vragen](#)

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show). En dat u moet meewerken als wij zorgkosten bij een aansprakelijke persoon of verzekeraar willen terugvragen.

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de fysiotherapie en oefentherapie die fysio- en oefentherapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

**Geef ons machtigingsnummer door aan uw fysio- of oefentherapeut**

Als wij toestemming geven, ontvangt u van ons een machtiging. Daarin staat een machtigingsnummer. Geef dit nummer door aan uw fysio- of oefentherapeut. Die moet het nummer vermelden bij de declaratie.



### ● Medisch-specialistische revalidatie

Heeft u door ziekte of een ongeval (tijdelijk) problemen met bijvoorbeeld bewegen? Dan kan revalidatie helpen om zo goed mogelijk verder te gaan met uw leven.

#### ● Dit krijgt u vergoed

Revalideren kan vaak in de 'eerstelij'. Daarmee bedoelen we dat u fysiotherapie, oefentherapie of Ergotherapie krijgt. Maar soms is uw situatie te complex. Dan krijgt u medisch-specialistische revalidatie.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische revalidatie door een revalidatiearts. Die stelt een indicatie en bepaalt wat voor u de beste behandeling is.

Stelt de revalidatiearts vast dat u intensieve behandeling nodig heeft door een team van verschillende zorgverleners? Dan is dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dat vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering als u aan alle 7 voorwaarden hieronder voldoet:

1. u heeft problemen met bewegen, communiceren, uw denkvermogen of gedrag. Dit komt door stoornissen of aandoeningen in het bewegingsapparaat, het zenuwstelsel, het hart- of longstelsel, of oncologische aandoeningen
2. u heeft problemen op meer gebieden (bijvoorbeeld mobiliteit, zelfverzorging en communicatie), en die problemen hangen met elkaar samen
3. behandeling door een team van verschillende zorgverleners geeft beter resultaat om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen
4. adequate behandeling in de eerste lijn (door bijvoorbeeld huisarts, psycholoog en fysiotherapeut) levert naar verwachting onvoldoende resultaat op
5. u kunt door deze zorg zelfstandig blijven functioneren, of zoveel zelfstandigheid behouden die met uw beperkingen redelijkerwijs mogelijk is. Of u kunt bijvoorbeeld weer geheel of gedeeltelijk functioneren binnen uw gezin, school of werk
6. de onderbouwing van de indicatiestelling voldoet aan de indicatiecriteria en de handleiding stepped care uit het Standpunt<sup>1</sup> 'Medisch-specialistische revalidatiezorg: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' uit 2023
7. een revalidatiearts is eindverantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de revalidatiezorg

Krijgt u interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en is opname noodzakelijk voor betere of snellere resultaten? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook de opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum<sup>2</sup>.

#### ● Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- revalidatiecentrum<sup>2</sup>

#### ● Andere vergoedingen

- Fysiotherapie en oefentherapie of Ergotherapie voor revalidatie in de eerstelij
- Geriatrische revalidatie voor revalidatie voor ouderen die uit het ziekenhuis komen

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

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

- **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Ja, een verwijzing**

Voordat u naar de revalidatiearts gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist<sup>3</sup>.

**Toestemming**

**Ja, in sommige gevallen**

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen contract hebben? Dan moet u voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie zonder opname vooraf toestemming van ons hebben. [Help me even: toestemming vragen](#)

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

**Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening**

Voor zorg in een zbc<sup>4</sup> krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

### **Uitleg**

1. Standpunt: Dit staat in hoofdstuk 6 en in Bijlage C van het Standpunt. In een Standpunt legt het Zorginstituut Nederland vast wat verzekerde zorg is
2. Revalidatiecentrum: Een instelling voor medisch-specialistische zorg die gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie
3. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
4. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

### ● Geriatrische revalidatie

**Moet u revalideren? Dan krijgt u fysiotherapie, oefentherapie of ergotherapie. Of, bij complexere problemen, medisch-specialistische revalidatie. Bent u al op leeftijd? Dan moet de revalidatie wat rustiger en anders opgebouwd worden. Daarvoor is geriatrische revalidatie.**

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt geriatrische revalidatie voor maximaal 6 maanden als normale of medisch-specialistische revalidatie te zwaar voor u is, en 1 van de volgende situaties voor u geldt:

- u bent opgenomen in het ziekenhuis voor behandeling door de medisch specialist<sup>1</sup> en de geriatrische revalidatie start binnen een week na uw ontslag uit het ziekenhuis
- u heeft plotselinge gezondheidsklachten gekregen waardoor u niet meer mobiel bent, of u kunt zich niet meer redden. Een medisch specialist heeft u voor de klachten behandeld maar uw klachten zijn daarmee nog niet verholpen. Die stelt dan vast of u geriatrische revalidatie nodig heeft. Of een specialist ouderengeneeskunde kan dit doen als u thuis bent, of opgenomen in een instelling voor eerstelijns verblijf

Het doel van de revalidatie is dat u zo herstelt, dat u weer terug naar huis kunt. Soms gaat dat in stapjes. U slaapt dan bijvoorbeeld thuis, maar gaat overdag nog naar de instelling voor behandeling.

De zorg krijgt u van een team specialisten, bijvoorbeeld een fysio- en ergotherapeut, samen met een verpleegkundige. Een specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor uw behandeling.

Bijna altijd zal uw arts of de transferverpleegkundige de mogelijkheid van geriatrische revalidatie met u bespreken terwijl u nog in het ziekenhuis ligt.

#### ● Hier kunt u terecht

- verpleeghuis, revalidatiecentrum of vergelijkbare instelling

#### ● Wat niet vergoed wordt

- revalidatiezorg die u nodig heeft, als u voor opname in het ziekenhuis in een Wlz instelling woonde en daar ook behandeling kreeg

#### ● Andere vergoedingen

- Medisch-specialistische revalidatie

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

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

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### **Eigen bijdrage**

##### **Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

##### **Eigen risico**

##### **Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

#### Ja, een indicatie

Voordat u gaat revalideren, heeft u een indicatie nodig:

- bij opname in ziekenhuis: van de medisch specialist in overleg met een specialist ouderengeneeskunde
- zonder opname in ziekenhuis: van de klinisch geriater, internist-ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde. Er moet dan een geriatrisch onderzoek gedaan zijn

### Toestemming

#### Ja, in sommige gevallen

Als u langer dan 6 maanden geriatrische revalidatie nodig heeft. Wij moeten de aanvraag ontvangen voordat de 6e maand van uw revalidatie voorbij is. Meestal regelt de arts dit voor u. [Help me even: toestemming vragen](#)

## ● Laatste puntjes...

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de revalidatiezorg die specialisten ouderengeneeskunde normaal gesproken verlenen aan kwetsbare patiënten, met meerdere gezondheidsproblemen, die alleen een lager trainingstempo aankunnen. Het doel is terugkeer naar de thuissituatie. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Uitleg

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

## ● Ergotherapie

**Kunt u dagelijkse handelingen niet meer goed doen door lichamelijke of psychische problemen? Een ergotherapeut kan u helpen weer zo zelfstandig mogelijk te functioneren.**

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal 10 uur ergotherapie per kalenderjaar.

Samen met de ergotherapeut werkt u eraan om dat wat niet meer goed gaat, toch weer mogelijk te maken. U krijgt advies, instructie, training of behandeling om uw doelen te bereiken.

### ● Hier kunt u terecht

- ergotherapeut

### ● Andere vergoedingen

Voor ergotherapie na ernstige COVID-19 geldt de vergoeding [Voorwaardelijk toegelaten zorg](#).

### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### **Eigen risico**

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### **Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

#### **Toestemming**

**Ja, in sommige gevallen**

Als u ergotherapie krijgt op een andere locatie dan de praktijk van uw therapeut of bij u thuis, bijvoorbeeld op school of op uw werk, moet u vooraf toestemming van ons hebben. Wij geven alleen toestemming als daar een medische reden voor is. [Help me even: toestemming vragen](#)

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die ergotherapeuten normaal gesproken verlenen en die als doel heeft om uw zelfredzaamheid en zelfzorg te verbeteren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

## ● Prenatale screening

**Wilt u tijdens uw zwangerschap de kans laten bepalen dat uw kindje een aangeboren afwijking heeft, zoals een open ruggetje of het syndroom van Down? Dat kan met prenatale screening.**

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt:

- counseling: gesprek(ken) met uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog over de verschillende soorten prenatale screening en de voor- en nadelen daarvan
- NIPT<sup>1</sup>, als u daarvoor een medische indicatie heeft, bijvoorbeeld door uw leeftijd, verloop van een eerdere zwangerschap of erfelijke aandoening in de familie. U kunt deze test laten doen als u tussen de 9 en 14 weken zwanger bent

Met 13 en 20 weken kunt u een echo laten uitvoeren. Die betaalt de overheid. Voor de 13-weeken echo moet u wel meedoen aan wetenschappelijk onderzoek.

U kiest zelf of u prenatale screening wilt, en welke vorm.

Blijkt uit de NIPT of echo een verhoogde kans op een aangeboren aandoening bij uw ongeboren kindje? Of is er een andere medische indicatie? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering prenataal vervolgonderzoek. Bijvoorbeeld een vlokcentest, een vruchtwaterpunctie of een uitgebreidere echo (geavanceerd ultrageluidonderzoek).

De overheid heeft een [website](#) met informatie over prenatale screening.

### NIPT zonder medische indicatie

U kunt de NIPT ook krijgen zonder medische indicatie. Die betaalt de overheid. Uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog vraagt de test voor u aan.

In het buitenland geldt de vergoeding van de overheid niet. Dan moet u de NIPT zonder medische indicatie zelf betalen.

### ● Hier kunt u terecht

- verloskundige
- huisarts
- gynaecoloog
- voor NIPT: bij een bloedprikpost (via uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog)

### ● Zorgverlener zonder contract

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

### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.



### • Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor prenatale screening betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### Eigen risico

**Meestal niet, maar in sommige gevallen wel**

Het eigen risico geldt niet voor:

- counseling
- NIPT
- geavanceerd ultrageluidsonderzoek
- vlokentest
- vruchtwaterpunctie

Het eigen risico geldt wel voor:

- aanvullend onderzoek, zoals chromosoomonderzoek dat naast de vlokentest of vruchtwaterpunctie in rekening wordt gebracht

[Help me even: het eigen risico](#)

### • Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### Voorschrift of verwijzing

**Ja, in sommige gevallen**

Van uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog voor de NIPT of prenataal vervolgonderzoek.

#### Toestemming

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

### • Laatste puntjes...

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show). En wat u allemaal aan ons moet doorgeven, zoals de geboorte van uw kind.

#### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de prenatale screening die verloskundigen en medisch specialisten normaal gesproken als onderdeel van verloskundige zorg verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

#### Uitleg

1. NIPT: Niet-invasieve prenatale test (een bloedonderzoek)

### ● Zwangerschap en bevalling

**Bent u zwanger? Dan heeft u extra zorg voor uzelf en uw ongeboren kindje nodig.**

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt het hele traject van begeleiding en zorg tijdens uw zwangerschap en rond uw bevalling, tot en met de controles daarna.

#### **Tijdens uw zwangerschap**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt begeleiding en zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Meestal gaat u naar een verloskundige, of soms uw huisarts. Die vertelt u alles over Prenatale screening en over wat u kunt verwachten tijdens uw zwangerschap. En bereidt u voor op de bevalling.

Krijgt u problemen tijdens uw zwangerschap, zoals hoge bloeddruk of zwangerschapsdiabetes? Of heeft u een verhoogde kans op problemen tijdens uw zwangerschap of bevalling? Dan neemt de gynaecoloog de begeleiding over. En bevalt u in het ziekenhuis op medische indicatie.

#### **Rond uw bevalling**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt begeleiding en zorg tijdens en na uw bevalling. Dat is de verloskundige zorg door uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Maar ook de hulp daarbij van een kraamverzorgende of verpleegkundige ('partusassistentie'). Er zijn 3 situaties:

1. u bevalt thuis
2. u bevalt in een geboortecentrum<sup>1</sup>, of in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische indicatie
3. u bevalt in een ziekenhuis op medische indicatie

We leggen het uit.

#### 1. **U bevalt thuis**

Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering de verloskundige zorg door uw verloskundige of huisarts. Als er medische problemen zijn en u toch naar het ziekenhuis moet, dan krijgt u dat ook vergoed. Dan geldt situatie 3.

#### 2. **U bevalt in een geboortecentrum, of in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische indicatie**

Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering de verloskundige zorg. Maar let op: u betaalt een eigen bijdrage voor de kraamzorg. Hoeveel dat is, leest u in de vergoeding Kraamzorg.

Zijn er medische problemen, waardoor u alsnog in het ziekenhuis moet bevallen? Dan neemt het ziekenhuis de zorg over en geldt situatie 3. U betaalt dan geen eigen bijdrage.

#### 3. **U bevalt in een ziekenhuis op medische indicatie**

Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering de verloskundige zorg door de gynaecoloog. Is Ziekenhuisopname nodig? Die vergoeden wij ook.

#### ● Hier kunt u terecht

- tijdens uw zwangerschap: verloskundige, huisarts of (bij medische indicatie) gynaecoloog
- voor uw bevalling: thuis, geboortecentrum of (polikliniek van het) ziekenhuis

#### ● Wat niet vergoed wordt

- kraampakket
- steriele waterinjecties
- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum

- **Andere vergoedingen**

- [Prenatale screening](#)
- [Kraamzorg](#)

- **Zorgverlener zonder contract**

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

**Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

- **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Ja, in sommige gevallen**

Voor verloskundige zorg betaalt u geen eigen bijdrage, voor de kraamzorg wel. U betaalt een hogere eigen bijdrage als u in de polikliniek van het ziekenhuis bevult zonder medische indicatie, of in het geboortecentrum.

In andere gevallen is er een lagere eigen bijdrage voor kraamzorg thuis. De bedragen vindt u in de vergoeding [Kraamzorg. Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Ja, in sommige gevallen**

Het eigen risico geldt niet voor verloskundige zorg. Wel voor hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Ja, in sommige gevallen**

Als u naar de gynaecoloog gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of verloskundige. Voor acute zorg<sup>2</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

**Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show). En wat u allemaal aan ons moet doorgeven, zoals de geboorte van uw kind.

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de verloskundige zorg die verloskundigen en medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### **Uitleg**

1. Geboortecentrum: Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd
2. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

## ● Kraamzorg

**Heeft u net een kindje gekregen? Een kraamverzorgende verzorgt u en uw pasgeboren kindje na de bevalling. In de eerste dagen daarna helpt die met de verzorging van uw baby en geeft informatie en advies.**

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt kraamzorg na de bevalling. U krijgt minimaal 24 en maximaal 80 uur, verspreid over maximaal 6 weken vanaf uw bevalling. Hoeveel uren kraamzorg u precies krijgt, en waar, hangt af van uw persoonlijke situatie en waar u bevalt. Uw kraamzorgorganisatie of geboortecentrum stelt dit vast op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg<sup>1</sup>.

Voor kraamzorg betaalt u 1 of meer eigen bijdragen. Er zijn er 2:

- a de eigen bijdrage voor kraamzorg thuis, deze is € 5,10 per uur (eigen bijdrage a)
- b de eigen bijdrage voor kraamzorg als u in de polikliniek bevalt zonder medische noodzaak, of voor kraamzorg in het geboortecentrum (eigen bijdrage b). Deze bestaat uit 2 delen:
  - € 20 per persoon per dag (dus € 40 voor moeder en 1 kind samen)
  - de extra kosten als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 143 per persoon per dag

Bevalt u van 1 kind? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering dus € 246 (2 x € 143 - € 40) per dag. De rest betaalt u zelf, als eigen bijdrage.

Welke eigen bijdrage of eigen bijdragen u in welke situatie betaalt, leggen we hieronder uit.

#### 1. Bent u thuis bevallen?

Dan stelt uw kraamzorgorganisatie het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben. Hier geldt eigen bijdrage a.

#### 2. Bent u bevallen in een ziekenhuis zonder medische indicatie?

Dan krijgt u de eerste kraamzorguren in het ziekenhuis. Als u weer thuis bent, stelt de kraamzorgorganisatie het aantal uren kraamzorg vast dat u en uw baby thuis nog nodig hebben. Voor de dag van de bevalling geldt eigen bijdrage b. Voor kraamzorg thuis in de dagen erna geldt eigen bijdrage a.

#### 3. Bent u zonder medische problemen bevallen in een geboortecentrum?

Soms gaat u snel met uw baby naar huis. Dan stelt uw kraamzorgorganisatie het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben. Soms mag u een paar dagen blijven, dan stelt het geboortecentrum het aantal uren kraamzorg vast. Voor de dag van de bevalling geldt eigen bijdrage b. Voor de kraamzorg thuis in de dagen erna geldt eigen bijdrage a.

#### 4. Bent u bevallen in het ziekenhuis met medische indicatie?

Dan stelt uw kraamzorgorganisatie na thuiskomst het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben. Hier geldt eigen bijdrage a voor de kraamzorg thuis. Voor de dagen in het ziekenhuis betaalt u geen eigen bijdragen.

### Heeft u Bewuste Keuze Extra?

Bewuste Keuze Extra vergoedt maximaal € 250 per bevalling:

- eigen bijdrage a voor kraamzorg thuis
- eigen bijdrage b bij bevallen zonder medische noodzaak in het ziekenhuis, of in het geboortecentrum
- aanvullende kraamzorg, als u om medische redenen meer kraamzorg nodig heeft dan de basisverzekering vergoedt

## ● Hier kunt u terecht

- kraamzorgorganisatie (thuis)
- geboortecentrum<sup>2</sup>
- ziekenhuis

## ● Wat niet vergoed wordt

- kraampakket: u kunt het kraampakket wel via ons [regelen](#)
- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum
- vervoerskosten die uw kraamzorgorganisatie of de kraamverzorgende apart rekent: deze kosten zitten al in het kraamzorgtarief

## ● Zorgverlener zonder contract

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

### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

## ● Wat u zelf betaalt

U betaalt een deel van de kraamzorg zelf. Dat is wettelijk zo geregeld.

### Eigen bijdrage

#### Ja, bijna altijd

- eigen bijdrage a
- eigen bijdrage b

[Help me even: de eigen bijdrage](#)

### Eigen risico

#### Nee, geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

#### Nee, geen voorschrift of verwijzing

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

### Toestemming

#### Nee, geen toestemming, maar vraag kraamzorg wel op tijd aan

Vraag kraamzorg op tijd aan. Dit kan eenvoudig [online](#) bij de kraamzorgorganisatie van uw keuze. Komt u er niet uit? Bel dan met onze Kraamzorg Service (088 668 97 05). Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

### Voor aanvullende kraamzorg heeft u een medische verklaring nodig

Heeft u aanvullende kraamzorg nodig? Dan heeft u een verklaring van de behandelend arts of verloskundige nodig waaruit de medische noodzaak blijkt. Die verklaring stuurt u mee met uw declaratie.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show). En wat u allemaal aan ons moet doorgeven, zoals de geboorte van uw kind.

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de kraamzorg die kraamverzorgenden normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

**Kraamzorg volgens Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg**

Het kraamcentrum of het geboortecentrum stelt het aantal uren kraamzorg vast volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. In de loop van 2024 zal een nieuw protocol voor de indicatie gaan gelden: de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM). In de testfase van dit nieuwe protocol mag het kraamcentrum of geboortecentrum het KLIM ook gebruiken. Als die methodiek officieel gaat gelden, dan moet het kraamcentrum of geboortecentrum die gebruiken.

**Uitleg**

1. Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg: Momenteel wordt een nieuw protocol getest: de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM). In de testfase mag het kraamcentrum of geboortecentrum ook deze KLIM gebruiken.
2. Geboortecentrum: Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd

### ● Geneesmiddelen

**De basisverzekering vergoedt de meeste medicijnen.**

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt vrijwel alle gangbare geneesmiddelen die u op recept krijgt. En de dienstverlening en de begeleiding van de apotheek die daarbij hoort. Alle geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs). Op [medicijnkosten.nl](https://medicijnkosten.nl) kunt u zien of uw geneesmiddel is opgenomen in het gvs. Daar staat ook per geneesmiddel welke voorwaarden gelden, of er een maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

Wat de Bewuste Keuze Basisverzekering precies vergoedt, zetten we hieronder op een rij. En leggen we verder uit in ons reglement Farmaceutische zorg 2024. Dit reglement maakt dus ook onderdeel uit van deze vergoeding.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. geneesmiddelen die in [bijlage 1](#) van de Regeling zorgverzekering staan. In die bijlage staan bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen. Zijn er onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Soms moet u voor een geneesmiddel aan specifieke voorwaarden voldoen, bijvoorbeeld een bepaalde ziekte hebben. Dat staat in [bijlage 2](#) van de Regeling zorgverzekering
2. geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('doorgeleverde bereidingen'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag
3. geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald. Uw arts vraagt dit speciaal voor u aan als u een zeldzame ziekte heeft
4. bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen voor rationele farmacotherapie. Dat betekent dat we uit onderzoek weten dat de behandeling met het geneesmiddel, in de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) die voor u geschikt is, goed werkt. En die behandeling ook het meest economisch is voor de basisverzekering.

Onder de vergoeding van 1 vallen heel veel geneesmiddelen. Vaak zijn het onderling vervangbare geneesmiddelen. Ze hebben dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm. Maar er zijn verschillende fabrikanten die hun eigen middel op de markt brengen. Met hun eigen prijs. In [bijlage 1](#) van de Regeling zorgverzekering zijn de onderling vervangbare medicijnen in groepen (clusters) bij elkaar gezet. En is een vergoedingslimiet bepaald. Alles boven die vergoedingslimiet moet u zelf betalen. Dat is de eigen bijdrage.

Voor de meeste van die clusters van [bijlage 1](#) wijzen wij alle generieke geneesmiddelen<sup>1</sup> aan. Van de apotheek krijgt u op basis van uw recept en medische situatie het meest passende geneesmiddel mee. Wij maken daarover afspraken met de apotheken. Als u bij die apotheken een ander geneesmiddel wilt, kunt u dat bespreken met uw arts of met de apotheek.

Voor enkele van deze clusters wijzen wij 1 of meer specifieke geneesmiddelen aan. Dat betekent dat we voor dat cluster alleen die aangewezen geneesmiddelen vergoeden. Die specifiek aangewezen middelen vallen niet onder uw eigen risico. Maar voor de dienstverlening van de apotheek die daarbij hoort, zoals de terhandstelling of een begeleidingsgesprek, geldt uw eigen risico wel. De aangewezen geneesmiddelen staan op onze lijst voorkeursgeneesmiddelen. Deze lijst kunnen wij in de loop van het jaar wijzigen of uitbreiden.



Is een ander geneesmiddel dan wij hebben aangewezen voor u medisch gezien nodig? Dus een merkgeneesmiddel of een ander middel dan op onze lijst voorkeursgeneesmiddelen staat? Dan schrijft uw arts dat, zo nodig met uitleg, op het recept. En vergoeden wij dat geneesmiddel toch. U betaalt daarover wel eigen risico.

### ● Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

### ● Wat niet vergoed wordt

Dit vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering niet:

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijvende gevallen
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen
- maagzuurremmers, als u deze niet chronisch moet gebruiken
- de volgende zelfzorggeneesmiddelen als u die niet chronisch moet gebruiken: laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, tegen diarree of droge ogen, of om de maag te legen. Dit geldt ook voor geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm (zoals een pil, drankje, zetpil of pleister)
- alle andere zelfzorggeneesmiddelen

### ● Andere vergoedingen

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende middelen ook niet. Maar Bewuste Keuze Extra wel:

- vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis

Voor sommige geneesmiddelen gelden ook andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders:

- Dieetpreparaten
- voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen
- Anticonceptie

### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

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

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

##### **Ja, in sommige gevallen**

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Boven dit bedrag vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering de eigen bijdragen. Help me even: de eigen bijdrage

#### **Eigen risico**

##### **Ja, meestal**

Voor de specifiek aangewezen geneesmiddelen op onze lijst voorkeursgeneesmiddelen geldt geen eigen risico. Voor alle andere (aangewezen) geneesmiddelen uit de basisverzekering geldt het eigen risico wel. Het eigen risico geldt ook als de Bewuste Keuze Basisverzekering uw eigen bijdragen boven € 250 vergoedt. [Help me even: het eigen risico](#)

### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een voorschrift of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### **Voorschrift of verwijzing**

##### **Ja, een voorschrift**

Van uw behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>2</sup>.

#### **Toestemming**

##### **Ja, in sommige gevallen**

De geneesmiddelen waarvoor u ons vooraf toestemming moet vragen staan in een overzicht. [Help me even: toestemming vragen](#)

### ● Laatste puntjes...

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

#### **Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis**

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de [Medisch specialist](#) of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

#### **Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die vaak uw geneesmiddelen**

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen geneesmiddelen daarbij.

#### **U krijgt een vaste afleverhoeveelheid mee**

Per recept vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

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

### **Uitleg**

1. Generieke geneesmiddelen: een generiek geneesmiddel heeft dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm als het originele merkgeneesmiddel, maar komt van een andere fabrikant
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

### ● Diëtetiek (dieetadvies)

Heeft u advies nodig over voeding en gezondheid omdat u bijvoorbeeld een ziekte, eetprobleem of voedselallergie heeft? Of omdat u een klacht heeft die met voeding te maken heeft, zoals ernstige darmklachten? Een diëtist geeft voorlichting en advies over voeding, dieet en eetgewoonten.

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt 3 uur diëtetiek per kalenderjaar:

1. bij overgewicht:
  - uw BMI<sup>1</sup> is minstens 30 kg/m<sup>2</sup>, of
  - uw BMI is tussen 25 en 30 kg/m<sup>2</sup> én u loopt extra risico door bijvoorbeeld een ziekte (zoals hart- en vaatziekte)
2. als er een andere medische reden is  
Heeft u een ander medisch probleem waarvoor het nodig is een diëtist te raadplegen? Dan kan de huisarts u naar de diëtist verwijzen. U kunt ook zelf zonder verwijzing naar de diëtist.

Heeft u diabetes, een hart- of vaatziekte, of COPD? En ontvangt u hiervoor ketenzorg met diëtetiek, dan telt dit niet mee in het maximum van 3 uur.

Ketenzorg krijgt u via uw huisarts. Bij ketenzorg werken zorgverleners intensief samen om u zorg te geven. Ook de diëtist. U krijgt van hen samen één behandelplan.

#### ● Hier kunt u terecht

- diëtist

#### ● Wat niet vergoed wordt

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

#### ● Andere vergoedingen

- Voorwaardelijk toegelaten zorg, voor diëtetiek na ernstige COVID-19
- Huisartsenzorg, voor diëtetiek als onderdeel van ketenzorg bij diabetes, hart- of vaatziekten, of COPD

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

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

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

##### Eigen risico

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Dat geldt niet voor diëtetiek als onderdeel van ketenzorg. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

**Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we diëtetiek met een medische reden die diëtisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

**Uitleg**

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

### ● Dieetpreparaten

**Kunt u met gewone of aangepaste voeding niet genoeg voedingsstoffen binnen krijgen? Bij ziekte of ondervoeding kunnen dieetpreparaten dan helpen, omdat ze een andere vorm en andere samenstelling dan normale voeding hebben.**

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt dieetpreparaten als u aan 2 voorwaarden voldoet.

Voorwaarde 1:

- u heeft een stofwisselingsstoornis, opnamestoornis (resorptiestoornis) of voedselallergie, of
- u bent ondervoed door een ziekte of er is een risico dat dit gebeurt en dit is gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument, of
- u heeft dieetpreparaten nodig volgens de richtlijnen van artsen en diëtisten

Voorwaarde 2:

- aangepaste normale voeding is niet geschikt voor u, en bijzondere dieetvoeding die in de winkel te koop is ook niet

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt dan 'polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten'. Deze termen verwijzen naar de samenstelling van het dieetpreparaat.

#### ● Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts
- gespecialiseerde leverancier

#### ● Wat niet vergoed wordt

- dieetpreparaten tijdens de proefperiode (de periode waarin u een dieetpreparaat probeert voordat een allergie wordt vastgesteld)
- dieetproducten, zoals glutenvrije pasta, suikervrije jam en afslankrepen, die u koopt bij een supermarkt of drogist

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### **Eigen risico**

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## ● Wat u nodig heeft

Check even of u een voorschrift of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

#### Ja, een voorschrift

Van uw huisarts, of een [artsenverklaring dieetpreparaten](#) van uw arts, medisch specialist<sup>1</sup>, verpleegkundig specialist, physician assistant<sup>2</sup> of diëtist.

### Toestemming

#### Ja, in sommige gevallen

Voor dieetpreparaten bij een voedselallergie (ook wel koemelkallergie) met milde klachten moet u in 3 gevallen toestemming van ons hebben:

- als uw kind 2 jaar of ouder is, of
- als uw kind tussen 1 en 2 jaar is en meer dan 500 ml dieetvoeding per dag nodig heeft, of
- als uw kind tussen 0 en 1 jaar is en meer dan 1.000 ml dieetvoeding per dag nodig heeft

[Help me even: toestemming vragen](#)

## ● Laatste puntjes...

### Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat het reglement Farmaceutische zorg van toepassing is, én de algemene regels.

### Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die meestal de dieetpreparaten

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen dieetpreparaten daarbij.

#### Uitleg

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

### ● Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Goed zorgen voor uw gebit op jonge leeftijd voorkomt problemen als u ouder bent.

#### ● Dit krijgt u vergoed

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering deze tandartsbehandelingen:

- controle (preventief tandheelkundig onderzoek), 1 keer per jaar
- extra controles als die nodig zijn
- incidentele consulten
- verwijderen van tandsteen
- fluoridebehandeling van het blijvende gebit, 2 keer per jaar
- extra fluoridebehandelingen als die nodig zijn
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag)
- behandeling van tandvleesproblemen
- verdoving
- wortelkanaalbehandeling
- vullingen
- zorg bij klachten aan het kaakgewricht
- uitneembare prothetische voorzieningen (zoals een plaatje en een kunstgebit)
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve implantaten
- röntgenfoto's, behalve die voor orthodontie
- kaakoverzichtsfoto, behalve die voor orthodontie

Bij de materiaal- en techniekkosten van een kunstgebit vergoeden wij het marktconforme bedrag. In ons [overzicht materiaal- en techniekkosten](#) staat een indicatie hiervan. Zijn de materiaal- en techniekkosten van het kunstgebit hoger? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Bij de beoordeling vragen wij uw zorgverlener om een toelichting.

Is voor behandeling bij de kaakchirurg opname nodig? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook de [Ziekenhuisopname](#).

#### ● Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus
- kaakchirurg<sup>1</sup>

Voor de meeste mondzorg sluiten wij geen contracten. Wel voor kaakchirurgie. Wilt u naar een kaakchirurg waarmee wij geen contract hebben? Dat kan, maar wij vergoeden uw zorg dan niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### ● Wat niet vergoed wordt

- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97<sup>2</sup>)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- niet-restauratief behandelen van gaatjes (cariës) in het melkgebit (M05)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)



### • **Andere vergoedingen**

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

- [Fronttandvervanging](#)
- [Bijzondere tandheekunde](#)

### • **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### **Eigen risico**

**Nee, geen eigen risico**

Tot uw 18e verjaardag betaalt u geen eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

### • **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### **Voorschrift of verwijzing**

**Ja, in sommige gevallen**

Alleen als u naar de kaakchirurg gaat. Dan moet u vooraf een verwijzing hebben van uw huisarts, tandarts, medisch specialist of jeugdarts. Voor acute zorg<sup>3</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

#### **Toestemming**

**Ja, in sommige gevallen**

U moet vooraf toestemming van ons hebben voor:

- 3e en volgende fluoridebehandeling(en) in hetzelfde kalenderjaar
- kaakoverzichtsfoto
- transplantatie van een eigen tand of kies (autotransplantaat)
- behandelingen bij de kaakchirurg die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie<sup>4</sup> staan
- zorg onder volledige narcose
- kunstgebit waarvan de materiaal- en techniekkosten hoger zijn dan de bedragen in ons [overzicht materiaal- en techniekkosten](#)
- vervangen van een kunstgebit dat minder dan 5 jaar oud is
- klikgebit, en het repareren of rebasen (opvullen) van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheekunde (CBT)

[Help me even: toestemming vragen](#)

### • **Laatste puntjes...**

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

#### **Uitleg**

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
2. E97: De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts
3. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
4. Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

### ● Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

**Bent u 18 jaar of ouder en wilt u zich verzekeren voor tandheelkundige zorg? Dat kan met Bewuste Keuze Tand!**

#### ● Dit krijgt u vergoed

Vanaf 18 jaar vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering niet. En orthodontie alleen in heel bijzondere gevallen.

#### Heeft u Bewuste Keuze Tand?

Die vergoedt 75% van algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of voor bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder. Maar orthodontie niet.

#### ● Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

#### ● Wat niet vergoed wordt

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (A20<sup>1</sup>, A30)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandeling van witte vlekken (M80, M81)
- MRA<sup>2</sup> (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- orthodontie
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)

#### ● Andere vergoedingen

- Tandheelkundige zorg na een ongeval
- Tandheelkundige zorg tot 18 jaar
- Fronttandvervanging
- Bijzondere tandheelkunde
- Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

##### Eigen risico

**Nee, geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Help me even: het eigen risico

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

**Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

**Uitleg**

1. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van uw tandarts
2. MRA: Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA

### ● Tandheelkundige zorg na een ongeval

Heeft u een ongeval gehad, bijvoorbeeld een bal tegen uw gezicht of een val van uw fiets? Dan kan het nodig zijn de schade aan uw gebit te herstellen.

#### ● Dit krijgt u vergoed

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de **Bewuste Keuze Basisverzekering** de meeste tandheelkundige zorg. Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering die zorg meestal niet. Ook niet na een ongeval.

#### Heeft u Bewuste Keuze Start, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Tand?

Die vergoeden maximaal € 10.000 per kalenderjaar, voor maximaal 1 ongeval<sup>1</sup>. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of gedeeltelijk kunstgebit.

Verder geldt:

- het ongeval moet gebeurd zijn terwijl u Bewuste Keuze Start, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Tand had
- wij vergoeden de behandelingen tot 1 jaar na het ongeval

Heeft u naast Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra ook Bewuste Keuze Tand? Dan kunt u de vergoedingen uit die verzekeringen niet bij elkaar optellen. U kunt deze vergoeding maar 1 keer gebruiken. En krijgt dus nooit meer dan € 10.000 per kalenderjaar.

Wij vergoeden alleen de behandelingen die nodig zijn voor herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dus alleen om de schade aan uw gebit te herstellen die direct door het ongeval is ontstaan. Er is geen recht op vergoeding als de indicatie voor behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Moest een tand bijvoorbeeld toch al vervangen worden door een kroon? Dan geldt niet deze vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval. Bewuste Keuze Start en Bewuste Keuze Extra vergoeden dit niet. Bewuste Keuze Tand vergoedt dit soms wel. Dat staat in Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

#### ● Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

#### ● Wat niet vergoed wordt

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (A20<sup>2</sup>, A30)
- behandeling van schade aan uw gebit door een gebeurtenis waarbij duidelijk is dat deze kan ontstaan. Zoals bijten op een hard voorwerp of het niet dragen van een gebitsbeschermer waar dat regel is
- behandeling van schade aan uw gebit die is ontstaan of verergerd door eten

#### ● Andere vergoedingen

- Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
- Tandheelkundige zorg tot 18 jaar
- Fronttandvervangning
- Bijzondere tandheerkunde
- Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar

- **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Nee, geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

**Toestemming**

**Ja, toestemming**

Voor vergoeding van tandheelkundige zorg na een ongeval uit Bewuste Keuze Start, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Tand moet u vooraf toestemming van ons hebben. Bij spoedeisende zorg mag dit achteraf. De volgende gegevens moeten bij uw aanvraag zitten: een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener, behandelplan, begroting en (röntgen)foto's. [Help me even: toestemming vragen](#)

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

**Uitleg**

1. Ongeval: Met ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw gebit, buiten uw wil, waarbij onmiddellijk schade aan uw gebit ontstaat
2. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van uw tandarts

### ● Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar

Natuurlijk probeert u zo lang mogelijk uw gebit gezond te houden. Maar soms zal uw tandarts u aanraden een kunstgebit te nemen.

#### ● Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering het volledige, uitneembare kunstgebit. Die vervangt alle tanden en kiezen in uw boven- of onderkaak, en u kunt het uit uw mond halen. Een gedeeltelijk kunstgebit, waarbij u nog wel tanden en kiezen in die kaak heeft, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering niet. Dat valt onder de vergoeding [Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar](#).

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt 4 soorten volledige, uitneembare kunstgebitten:

1. een immediaatprothese: een tijdelijk kunstgebit dat u krijgt na het trekken van alle tanden en kiezen. U draagt het tot uw mond genezen is
2. een gewone prothese (vervangingsprothese, niet op implantaten): het kunstgebit dat u krijgt ná de immediaatprothese
3. een overkappingsprothese (niet op implantaten): een kunstgebit dat over uw eigen tandwortels wordt geplaatst
4. een kunstgebit op implantaten: een klikgebit

U krijgt een gedeeltelijke vergoeding. Dit is een percentage van de totale kosten inclusief materiaal- en techniekkosten. Dus de kosten van de tandarts of de tandprotheticus en de materiaal- en techniekkosten. Bij het gebit op implantaten tellen ook de magneetjes, staafjes of drukknoppen die boven het tandvlees uitsteken mee in de totale kosten.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt deze percentages van de totale kosten (inclusief materiaal- en techniekkosten):

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of de onderkaak: 75%
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 90%
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 92%
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 83%

Het percentage dat de Bewuste Keuze Basisverzekering niet vergoedt, is uw eigen bijdrage. Heeft u [Bewuste Keuze Tand](#)? Dan vergoedt die nog een deel van uw eigen bijdrage, als u de maximale vergoeding nog niet heeft opgebruikt.

Ook bij de materiaal- en techniekkosten van uw kunstgebit vergoeden wij het marktconforme bedrag. In ons [overzicht materiaal- en techniekkosten](#) staat een indicatie hiervan. Zijn de materiaal- en techniekkosten van uw kunstgebit hoger? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Bij de beoordeling vragen wij uw zorgverlener om een toelichting.

#### En uw implantaten dan?

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt die alleen als u een heel erg geslonken kaak zonder tanden heeft. Dan geldt de vergoeding [Bijzondere tandheelkunde](#). Heeft u die geslonken kaak niet, dan vergoedt [Bewuste Keuze Tand](#) gedeeltelijk.

#### En als uw kunstgebit niet meer past of kapot is?

Dan kunt u het laten repareren of rebasen (opvullen) door een tandprotheticus of tandarts. Heeft u het kunstgebit nog geen 4 maanden? Dan hoeft u daar niet voor te betalen. Daarna vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering reparatie en rebasen voor 90%.

- **Hier kunt u terecht**

- tandarts
- tandprotheticus

- **Andere vergoedingen**

- de Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt soms implantaten onder uw klikgebit, dat valt onder de vergoeding [Bijzondere tandheekkunde](#)
- als u jonger dan 18 jaar bent, vallen gebitsprotheses onder de vergoeding [Tandheekkundige zorg tot 18 jaar](#)

- **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

### **Eigen bijdrage**

#### **Ja, eigen bijdrage**

U betaalt een percentage van de totale kosten zelf:

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of onderkaak: 25%
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 10%
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 8%
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 17%

De nummers verwijzen naar de opsomming hierboven. Bewuste Keuze Tand vergoedt een deel van deze eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

### **Eigen risico**

#### **Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### **Voorschrift of verwijzing**

#### **Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

### **Toestemming**

#### **Ja, in sommige gevallen**

Voor de volgende zorg moet u toestemming van ons hebben:

- kunstgebit (1, 2 of 3 uit de opsomming hierboven) waarvan de materiaal- en techniekkosten hoger zijn dan de bedragen in ons [overzicht materiaal- en techniekkosten](#)
- vervangen van een kunstgebit (2 of 3 uit de opsomming hierboven) als dat minder dan 5 jaar oud is
- klikgebit (4 uit de opsomming hierboven)
- repareren of rebasen van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheekkunde (CBT)

[Help me even: toestemming vragen](#)



- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### ● Fronttandvervangning

**Ontbreken uw blijvende snij- of hoektanden en bent u jonger dan 23 jaar? Dan kan uw tandarts of een kaakchirurg die vervangen.**

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt het vervangen van 1 of meer blijvende snij- of hoektanden als:

- die helemaal ontbreekt of ontbreken door een ongeval, of omdat ze niet zijn aangelegd
- u jonger dan 23 jaar bent
- uw tandarts voor uw 18e verjaardag heeft vastgesteld dat vervanging nodig is, en
- de reparatie gedaan wordt met niet-plastisch materiaal zoals een kroon of een brug (inclusief implantaten die daarbij nodig zijn)

Voldoet u niet aan deze voorwaarden? Dan vergoeden Bewuste Keuze Start, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Tand het vervangen van 1 of meer blijvende snij- of hoektanden soms (gedeeltelijk). Maar alleen als uw tandarts de zorg uitvoert.

#### ● Hier kunt u terecht

- tandarts
- kaakchirurg<sup>1</sup>

Voor de meeste mondzorg sluiten wij geen contracten. Wel voor kaakchirurgie. Wilt u naar een kaakchirurg waarmee wij geen contract hebben? Dat kan, maar wij vergoeden uw zorg dan niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### ● Andere vergoedingen

Als u (ook) andere ernstige gebitsproblemen heeft, geldt de vergoeding [Bijzondere tandheelkunde](#).

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

##### **Eigen risico**

**Ja, eigen risico (vanaf 18 jaar)**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

#### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

##### **Voorschrift of verwijzing**

**Ja, in sommige gevallen**

Als u voor deze zorg naar de kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet, heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of huisarts. Voor acute zorg<sup>2</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

##### **Toestemming**

**Ja, toestemming**

Voor deze zorg moet u vooraf toestemming van ons hebben. [Help me even: toestemming vragen](#)

### ● Laatste puntjes...

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

#### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de mondzorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

#### **Uitleg**

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
2. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

### ● **Kaakchirurgie vanaf 18 jaar**

**Moet u geopereerd worden aan uw mond of kaak? Dan kunt u naar de kaakchirurg.**

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt chirurgische tandheelkundige zorg. Bijvoorbeeld bij een moeilijk te verwijderen verstandskies of problemen met uw kaak. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook röntgenonderzoek dat voor uw behandeling nodig is.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook uw Ziekenhuisopname.

#### ● **Hier kunt u terecht**

- kaakchirurg<sup>1</sup>, in het ziekenhuis of een zbc<sup>2</sup>

#### ● **Wat niet vergoed wordt**

- chirurgie aan het tandvlees (parodontale chirurgie)
- trekken van tanden en kiezen als uw tandarts dat kan doen
- implantaten (behalve als het gaat om Bijzondere tandheelkunde of om Fronttandvervanging)

#### ● **Andere vergoedingen**

- Bijzondere tandheelkunde, als u naar de kaakchirurg moet voor een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking
- Tandheelkundige zorg tot 18 jaar (kaakchirurgie valt daaronder als u jonger dan 18 jaar bent)

#### ● **Zorgverlener zonder contract**

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

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

#### ● **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

#### **Eigen risico**

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Help me even: het eigen risico

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Ja, een verwijzing**

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van uw tandarts, orthodontist, huisarts of medisch specialist<sup>3</sup>. Voor acute zorg<sup>4</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

**Toestemming**

**Ja, in sommige gevallen**

Voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen kaakchirurgie<sup>5</sup> staan, moet u vooraf toestemming van ons hebben. [Help me even: toestemming vragen](#)

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard die kaakchirurgen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

**Uitleg**

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
2. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
4. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
5. Limitatieve lijst machtigen kaakchirurgie: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

### ● **Bijzondere tandheelkunde**

Is gewone tandheelkundige zorg niet voldoende, omdat u bijvoorbeeld een bijzondere aandoening heeft aan uw tanden, kaak of mond, of een lichamelijke of geestelijke aandoening? Dan kan extra of andere tandheelkundige zorg (bijzondere tandheelkunde) nodig zijn.

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt bijzondere tandheelkunde in 3 situaties.

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een niet-aangeboren afwijking of probleem van tanden, kaak of mond heeft. Bijvoorbeeld: het ontbreken van tanden of kiezen door een erfelijke oorzaak.
2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. Bijvoorbeeld: ernstige Parkinson, een verstandelijke beperking of extreme angst.
3. Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet krijgen en er zonder bijzondere tandheelkunde geen goed resultaat mogelijk is. Bijvoorbeeld: een orgaantransplantatie of een hartoperatie, waarvoor uw mond ontstekingsvrij moet worden gemaakt.

In situaties 1 en 2 geldt ook nog dat uw gebit zonder bijzondere tandheelkunde niet op de voor u normale manier kan (blijven) functioneren. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de bijzondere tandheelkunde die nodig is om er voor te zorgen dat u de voor u normale tandfunctie terugkrijgt of behoudt.

In situatie 3 vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering bijzondere tandheelkunde die nodig is om de andere behandeling mogelijk te maken én de zorg om uw gebit op de voor u normale manier functionerend te houden.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook uw [Ziekenhuisopname](#).

#### **Implantaten vallen soms onder één van de situaties hierboven**

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

#### **Orthodontie valt meestal niet onder één van de situaties hierboven**

Orthodontie valt alleen onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als:

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

#### ● **Hier kunt u terecht**

- tandarts
- kaakchirurg<sup>1</sup>
- orthodontist
- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

#### ● **Wat u zelf betaalt**

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### **Eigen bijdrage**

##### **Ja, meestal wel**

Zorg die niet rechtstreeks met situatie 1, 2 of 3 te maken heeft, betaalt u zelf. Bijvoorbeeld als u heel erge angst heeft en er een gaatje wordt gevuld. Dan betaalt u zelf het gedeelte dat u betaalt als u geen angst zou hebben.

[Help me even: de eigen bijdrage](#)

## Eigen risico

### Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## • Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

#### Ja, in sommige gevallen

Als u naar een kaakchirurg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) gaat, heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

### Toestemming

#### Ja, toestemming

Voor deze zorg moet u vooraf toestemming van ons hebben. Let op! Wij kunnen de toestemming intrekken als u zich niet aan de instructies van uw zorgverlener houdt. [Help me even: toestemming vragen](#)

## • Laatste puntjes...

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Uitleg

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

### ● Geneeskundige ggz

**Heeft u psychische problemen die de huisarts of POH-ggz niet zelf kan behandelen? Dan kan uw huisarts u doorverwijzen naar de geneeskundige ggz.**

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt geneeskundige ggz vanaf 18 jaar, als er een vermoeden is dat u een psychische stoornis heeft. Of als zo'n stoornis al bij u is vastgesteld. Het moet gaan om een psychische stoornis volgens DSM-5<sup>1</sup>.

De behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog<sup>2</sup> of psychotherapeut. Dat kan soms ook via video-consulten. Ook kunnen e-health programma's onderdeel zijn van de behandeling.

U krijgt voor de behandeling altijd een indicierend en coördinerend regiebehandelaar.

Zij zijn voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt in de verschillende fasen van de behandeling. Soms vervult één persoon allebei deze taken. Een regiebehandelaar kan ook andere behandelaars inzetten en zorgt dan voor goede samenwerking.

#### ● Hier kunt u terecht

Een ggz-praktijk of ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ<sup>3</sup>. Een regiebehandelaar is bijvoorbeeld een psychiater, klinisch psycholoog, gz-psycholoog of klinisch neuropsycholoog. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

#### ● Wat niet vergoed wordt

- behandeling van vlieg angst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het [overzicht therapieën ggz](#)
- behandeling van werkproblemen<sup>4</sup>, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen<sup>5</sup>

#### ● Andere vergoedingen

- Onze [app voor meditatie en mindfulness](#) kan helpen, als u klachten wilt voorkomen
- [Psychische zorg bij de huisarts](#), als uw huisarts of POH-ggz<sup>6</sup> u zelf kan helpen
- [Opname voor geneeskundige ggz](#), als opname in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis nodig is

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.



### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### **Eigen risico**

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### **Voorschrift of verwijzing**

**Ja, een verwijzing**

Voordat u naar een zorgverlener gaat, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, SEH-arts<sup>7</sup> of de straatdokter. Voor acute zorg<sup>8</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u doorverwijzen naar andere geneeskundige ggz. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

#### **Toestemming**

**Ja, in sommige gevallen**

U moet vooraf toestemming van ons hebben als uw zorgverlener geen contract met ons heeft en:

- u meer dan 35 consulten nodig heeft, of
- u esketamine neusspray krijgt voorgeschreven

U vraagt toestemming voordat de behandeling start. Blijkt tijdens de behandeling dat er, tegen de verwachting in, toch meer dan 35 consulten nodig zijn? Dan kunt u ook tijdens de behandeling toestemming vragen. Maar wel voordat het 36e consult start.

### ● Laatste puntjes...

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

#### **Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben**

Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

#### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de geneeskundige ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

## Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg. Daardoor krijgt u de behandeling misschien niet of niet helemaal vergoed.

## Wachttijd? Neem contact op met de ZorgConsulent

U wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachttijd is bij de zorgverlener van uw keuze, kunt u onze [ZorgConsulent](#) vragen te bemiddelen naar een andere zorgverlener. Ook in andere situaties kunt u de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

### Uitleg

1. DSM-5: 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie
2. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
3. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicierend en coördinerend regiebehandelaar zijn
4. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
5. Aanpassingsstoornissen: Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding
6. POH-ggz: Praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg, die werkt in een huisartsenpraktijk en is opgeleid voor het helpen bij psychische klachten
7. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
8. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

### ● Opname voor geneeskundige ggz

Heeft u ernstige psychische problemen die niet zonder opname kunnen worden behandeld? Dan kunt u worden doorverwezen voor een opname voor geneeskundige ggz.

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een behandeling in de ggz, volgens de vergoeding Geneeskundige ggz. Soms is voor de behandeling ook een opname nodig. Dan geldt ook de vergoeding die u nu leest.

Heeft u een indicatie voor geneeskundige ggz en is een opname nodig voor een goed resultaat? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering een ggz-opname vanaf 18 jaar. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook de verpleging en verzorging, paramedische zorg<sup>1</sup>, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij een opname nodig zijn. Krijgt u tijdens de opname dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

#### ● Hier kunt u terecht

Een ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ<sup>2</sup>. Dat is meestal een klinisch psycholoog of psychiater. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

#### ● Wat niet vergoed wordt

- behandeling van werkproblemen<sup>3</sup>, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen<sup>4</sup>
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

##### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

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

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

##### Eigen risico

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Help me even: het eigen risico

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

## **Voorschrift of verwijzing**

### **Ja, een verwijzing**

Voordat u naar een zorgverlener gaat, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, SEH-arts<sup>5</sup> of de straatdokter. Voor acute zorg<sup>6</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u verwijzen voor opname in een (andere) ggz-instelling. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

## **Toestemming**

### **Ja, in sommige gevallen**

U moet vooraf toestemming van ons hebben als uw zorgverlener geen contract met ons heeft.

[Help me even: toestemming vragen](#)

- **Laatste puntjes...**

## **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

## **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de geneeskundige ggz die klinisch psychologen en psychiaters normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Zonder opname als het kan, met opname als het nodig is.

## **Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname**

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

## **Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben**

Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

## **Soms krijgt u uw geneesmiddelen van uw ggz-instelling**

Krijgt u bij uw behandeling geneesmiddelen? Dan vallen die meestal onder de vergoeding Geneesmiddelen. Behalve als de ggz-instelling het geneesmiddel levert. Dan valt het geneesmiddel onder deze vergoeding.

## **Let op bij zorg in het buitenland**

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Daardoor krijgt u misschien niet alles vergoed. En voor een opname in het buitenland moet u altijd vooraf toestemming van ons hebben.

## **Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent**

U wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlijst is bij de zorgverlener van uw keuze, kunt u onze ZorgConsulent vragen u naar een andere zorgverlener te bemiddelen. Ook in andere situaties kunt u de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

## **Uitleg**

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicierend en coördinerend regiebehandelaar zijn
3. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
4. Aanpassingsstoornissen: Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding
5. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

### ● App voor meditatie en mindfulness

**Meer ruimte in uw hoofd met een app voor meditatie en mindfulness.**

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt geen meditatie en mindfulness.

#### **Heeft u Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra?**

Die vergoeden voor maximaal 12 maanden een abonnement voor digitale zelfhulp via een meditatie app die ONVZ aanbiedt. Met deze meditatie app houdt u uzelf mentaal fit. Gebruik de app om rust in uw hoofd te krijgen, beter te slapen of meer te focussen.

Als u de app activeert, kunt u deze tot en met 31 december gebruiken.

#### **Hier kunt u terecht**

- via de ONVZ app krijgt u toegang tot de meditatie app

#### ● Wat niet vergoed wordt

- andere apps dan de app die ONVZ aanbiedt

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### **Eigen risico**

**Nee, geen eigen risico**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: het eigen risico](#)

#### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### **Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U heeft voor toegang tot de meditatie app geen voorschrift of verwijzing nodig.

#### **Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

#### ● Laatste puntjes...

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

#### **Lees eerst meer over de app**

Wilt u aan de slag met meditatie en mindfulness? Lees dan eerst meer over de app die ONVZ aanbiedt. Dan kunt u bepalen of deze app ook echt bij u past.

## ● Anticonceptie

**Wilt u een zwangerschap voorkomen? Met anticonceptie kan dat.**

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende anticonceptiemiddelen, als u jonger dan 21 jaar bent:

1. anticonceptiepil
2. prikpil
3. anticonceptiepleister
4. anticonceptiering
5. anticonceptiestaaftje
6. hormoonspiraaltje
7. koperspiraaltje
8. pessarium

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de middelen met hormonen (1 tot en met 6) ook als u 21 jaar of ouder bent en u endometriose (aandoening van het baarmoederslijmvlies) of bloedarmoede door hevig bloedverlies (menorragie) heeft. En let op: laat u een anticonceptiemiddel plaatsen (of verwijderen) door een gynaecoloog? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist. Uw leeftijd maakt dan niet uit.

### **Heeft u Bewuste Keuze Start?**

Die vergoedt tot maximaal € 50 per kalenderjaar:

- de bovenstaande anticonceptiemiddelen, als u 21 jaar of ouder bent
- de eigen bijdrage, als de basisverzekering de middelen vergoedt

Dit maximale bedrag geldt voor de middelen en de eigen bijdrage samen.

### **Heeft u Bewuste Keuze Extra?**

Die vergoedt de bovenstaande anticonceptiemiddelen en de eigen bijdrage daarvoor helemaal.

### ● Hier kunt u terecht

Anticonceptiemiddelen haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Een anticonceptiestaaftje of spiraaltje laat u plaatsen (of verwijderen) door:

- huisarts
- verloskundige
- gynaecoloog

Let op: bij de gynaecoloog is het anticonceptiestaaftje of spiraaltje onderdeel van de behandeling. U koopt het dan niet zelf.

### ● Zorgverlener zonder contract

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

### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

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

## ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

### Eigen bijdrage

#### Ja, in sommige gevallen

Voor sommige anticonceptiemiddelen met hormonen betaalt u een eigen bijdrage. Deze eigen bijdragen zijn totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Hierin tellen ook de eigen bijdragen van (andere) geneesmiddelen mee. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdragen. Op [medicijnkosten.nl](https://www.medicijnkosten.nl) kunt u zien of er een eigen bijdrage geldt. Bewuste Keuze Start en Bewuste Keuze Extra vergoeden de eigen bijdrage voor anticonceptiemiddelen voor een deel of helemaal. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

### Eigen risico

#### Ja, in sommige gevallen

U betaalt eigen risico voor:

- het anticonceptiemiddel als u 18 jaar of ouder bent en de basisverzekering het middel vergoedt
- het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiestaaftje of spiraaltje door de verloskundige of gynaecoloog als u 18 jaar of ouder bent

Voor het plaatsen en verwijderen bij de huisarts betaalt u geen eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

#### Ja, in de meeste gevallen

Voor anticonceptiemiddelen moet u een voorschrift hebben van uw (huis)arts, medisch specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>1</sup>. Alleen niet voor een pessarium of koperspiraaltje.

Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje of anticonceptiestaaftje door de gynaecoloog moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of verloskundige.

### Toestemming

#### Nee, geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

## ● Laatste puntjes...

### Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat het reglement Farmaceutische zorg van toepassing is, én de algemene regels.

### Het pessarium en koperspiraaltje zijn ook hulpmiddelen

Daarom zijn de [basisregels hulpmiddelen](#) ook van toepassing.

### U krijgt een vaste afleverhoeveelheid mee

Per recept vergoeden wij de kosten van de anticonceptiepil voor maximaal 1 jaar.



## **Uitleg**

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

### ● Audiologische zorg

Heeft u problemen met uw gehoor, bijvoorbeeld dat u een gesprek wel hoort, maar niet goed verstaat? Specialisten in een audiologisch centrum kunnen u verder helpen.

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt deze audiologische zorg:

- onderzoek naar uw gehoor
- advies over het kopen van een hoortoestel
- voorlichting over het gebruik van uw hoortoestel
- psychosociale zorg als u die nodig heeft door gehoorproblemen
- hulp bij het stellen van een diagnose bij taal- en spraakstoornissen voor kinderen

In een audiologisch centrum werkt een team van specialisten op het gebied van gehoorproblemen en problemen die daarmee samenhangen, zoals spraakproblemen.

#### ● Hier kunt u terecht

- audiologisch centrum

#### ● Andere vergoedingen

- [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#)

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### Eigen bijdrage

##### Nee, geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

##### Eigen risico

##### Ja, eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

#### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

##### Voorschrift of verwijzing

##### Ja, een verwijzing

Voordat u naar het audiologisch centrum gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, kinderarts of KNO-arts.

### **Toestemming**

#### **Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

#### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de audiologische zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### ● Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Heeft u ernstige problemen met zien of horen? Of met spraak of taal? Zintuiglijk gehandicaptenzorg kan u dan helpen om zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Die krijgt u van een team van specialisten uit verschillende vakgebieden, bijvoorbeeld een psycholoog, orthopedagoog en ergotherapeut (multidisciplinair).

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt multidisciplinaire zintuiglijk gehandicaptenzorg als 1 van de volgende 3 situaties voor u geldt:

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

De zorg kan bestaan uit onderzoek van uw beperking, maar kan ook gericht zijn op het opheffen of compenseren ervan, door bijvoorbeeld het aanleren van brailleschrift of gebarentaal. Gezinsleden of verzorgers kunnen bij de behandeling betrokken worden, zodat ook zij bijvoorbeeld gebarentaal kunnen leren. Ook het psychisch leren omgaan met uw beperking maakt onderdeel uit van de zorg.

Meestal hoeft u niet opgenomen te worden. Maar als uw behandeling alleen kan slagen met een tijdelijke opname, dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering die ook.

#### ● Hier kunt u terecht

Instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg, die:

- wettelijk is toegelaten voor de zorg en
- een kwaliteitskeurmerk ISO of HKZ heeft

Een multidisciplinair team verleent de zorg.

#### ● Wat niet vergoed wordt

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (bijvoorbeeld een doventolk)
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan volwassen doofblinden en prelinguaal doven<sup>1</sup>

#### ● Andere vergoedingen

Als u blind of slechtziend bent en u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen, geldt de vergoeding Ziekenvervoer.

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### Wilt u naar een zorgverlener met een contract?

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

## ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

### Eigen risico

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### Voorschrift of verwijzing

**Ja, een verwijzing**

Van wie u een verwijzing moet hebben, ligt aan uw beperking:

- bij een auditieve of communicatieve beperking: van een medisch specialist of klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum, volgens de richtlijnen van de FENAC<sup>2</sup>
- bij een visuele beperking: van een medisch specialist, volgens de richtlijnen 'Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing' van het [NOG](#). Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een eenvoudige revalidatievraag? Dan heeft u geen nieuwe verwijzing nodig

Heeft u na de eerste verwijzing een nieuwe zorgvraag, maar is er aan uw aandoening niks veranderd? Dan kan ook uw huisarts of jeugdarts u verwijzen.

### Toestemming

**Ja, in sommige gevallen**

Als u moet worden opgenomen, moet u vooraf toestemming van ons hebben. [Help me even: toestemming vragen](#)

## ● Laatste puntjes...

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van uw beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

### Uitleg

1. Prelinguaal doven: Mensen die doof zijn vanaf de geboorte of heel jonge leeftijd, voordat de taalontwikkeling begint
2. FENAC: Federatie van Nederlandse Audiologische Centra

## ● Logopedie

Heeft u problemen met spreken, ademen of slikken? Een logopedist kan die problemen soms behandelen.

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt logopedie die een geneeskundig doel heeft. Dat betekent dat de behandeling te maken moet hebben met het functioneren van bijvoorbeeld uw mondspieren, stembanden of ademhaling.

### ● Hier kunt u terecht

U kunt terecht bij een logopedist.

**Let op!** Voor 4 behandelingen kunt u alleen terecht bij een gespecialiseerde logopedist:

- behandeling van stotteren
- behandeling van afasie
- preverbale logopedie
- Hanen ouderprogramma

U vindt de gespecialiseerde logopedisten in de registers van de [NVLF](#). Check ook of uw logopedist een contract met ons heeft, in onze [Zorgzoeker](#).

### ● Wat niet vergoed wordt

- behandeling van dyslexie
- behandeling van taalproblemen door dialect of doordat u een andere moedertaal heeft
- behandeling om onderwijs te ondersteunen
- muziektherapie

### ● Andere vergoedingen

Voor logopedie na ernstige COVID-19 geldt de vergoeding [Voorwaardelijk toegelaten zorg](#).

### ● Zorgverlener zonder contract

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

#### **Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) checkt u snel met welke zorgverleners we een contract hebben.

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

##### **Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### **Eigen risico**

##### **Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

**Toestemming**

**Nee, geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de zorg die logopedisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### ● Hulpmiddelen

**Heeft u een hulpmiddel nodig voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging?**

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt hulpmiddelen en verbandmiddelen die u nodig heeft bij het herstel van een ziekte of aandoening, of als u met een ziekte of aandoening moet leven.

Hieronder staat om welke (groepen van) hulpmiddelen het gaat. Via de lijst klikt u door naar de vergoeding. Daar staat waar u recht op heeft en wat de voorwaarden zijn. Bijvoorbeeld of u een voorschrift nodig heeft, of toestemming moet vragen. En hoe het zit met het eigen risico en de eigen bijdrage.

Voor deze hulpmiddelen gelden ook de [basisregels hulpmiddelen](#). Daar staat bijvoorbeeld in dat u hulpmiddelen zorgvuldig moet gebruiken en onderhouden. En hoe het zit met vervanging, reparatie en onderhoud.



# Hulpmiddelen

- [Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers](#)
- [Borstprothesen](#)
- [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#)
- [CPAP-apparaat](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#)
- [Hulphonden](#)
- [Hulpmiddelen bij diabetes](#)
- [Hulpmiddelen bij pijnbestrijding \(TENS\)](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met ademen](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met horen](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met spreken](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [Hulpmiddelen bij trombose](#)
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)
- [Hulpmiddelen voor Anticonceptie](#)
- [Hulpmiddelen voor voeding](#)
- [Incontinentiemateriaal](#)
- [Infuus pomp voor geneesmiddelen](#)
- [Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen](#)
- [Kappen voor schedelbescherming](#)
- [Kortdurende uitleen \(van hulpmiddelen bij problemen met bewegen\)](#)
- [MRA](#)
- [Orthesen](#)
- [Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen](#)
- [Persoonsalarmering](#)
- [Prothesen](#)
- [Pruik](#)
- [Steunkousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen](#)
- [Verbandmiddelen](#)
- [Verbandschoenen](#)
- [Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse](#)
- [Zuurstofapparatuur](#)

## ● **Laatste puntjes...**

### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een onnodig kostbaar hulpmiddel.

### **Soms wordt een hulpmiddel vergoed via het ziekenhuis**

Is een hulpmiddel onderdeel van uw behandeling door de medisch specialist? Of wordt het geïmplantéerd? Dan valt het hulpmiddel onder de vergoeding [Medisch specialist](#). Wij vergoeden het dan niet apart.

### **De overheid heeft een handig overzicht van hulpmiddelen**

Dit is de [hulpmiddelenwijzer](#). Heeft u toch nog vragen? Neem contact met ons op.

## ● Ambulancevervoer

**Moet u met spoed naar het ziekenhuis, of mag u alleen liggend vervoerd worden? Dat kan met een ambulance.**

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een reisafstand van maximaal 200 km (enkele reis). Dus alleen als gebruik van openbaar vervoer, taxi of eigen auto medisch onverantwoord is. In bepaalde gevallen, zoals bij een ongeval, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook vervoer door een (trauma)helikopter.

Het moet gaan om vervoer in de volgende situaties:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg krijgt uit de Bewuste Keuze Basisverzekering
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of een instelling, als u daar vanuit de Wlz onderzoek of behandeling krijgt. Onder behandeling valt ook het aanmeten en passen van een prothese
- als u jonger bent dan 18 jaar: naar een zorgverlener of ggz-instelling waar u zorg krijgt uit de Jeugdwet

In al deze situaties vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering zo nodig ook het vervoer terug naar uw huis. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

### ● Wat niet vergoed wordt

- ambulancevervoer naar dagbesteding of dagbehandeling in een Wlz-instelling

### ● Andere vergoedingen

- [Ziekenvervoer](#)

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

**Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

**Eigen risico**

**Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

Bij niet-spoedeisende zorg regelt uw zorgverlener de ambulance.

**Toestemming**

**Ja, in sommige gevallen**

U moet toestemming van ons hebben voor:

- vervoer over een grotere afstand dan 200 km in niet-spoedeisende situaties
- vervoer met een ander vervoermiddel in niet-spoedeisende situaties

De aanvraag moet uitleggen waarom ambulancevervoer noodzakelijk is, en waarom de grotere afstand of het andere vervoermiddel nodig is. [Help me even: toestemming vragen](#)

### • **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt.

### ● Ziekenvervoer

In sommige situaties vergoedt de basisverzekering uw vervoerskosten naar onder meer het ziekenhuis. U krijgt dan ziekenvervoer. Dit vervoer vindt plaats per auto, taxi of openbaar vervoer, waarbij u tijdens het vervoer geen zorg nodig heeft. Zoals dat wel het geval is bij ambulancevervoer. Eerder noemden we dit zittend ziekenvervoer.

Als u meer dagen achter elkaar behandeld moet worden, vergoedt de basisverzekering ook logeerkosten.

#### ● Dit krijgt u vergoed

##### Vervoer

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ziekenvervoer over maximaal 200 km enkele reis, als minimaal 1 van de volgende situaties voor u geldt:

- u krijgt nierdialyse
- u krijgt chemotherapie, immuuntherapie of bestraling (radiotherapie) bij kanker (oncologische behandeling)
- u kunt zich alleen in een rolstoel verplaatsen
- u heeft een blijvend beperkt gezichtsvermogen waardoor u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen
- u bent jonger dan 18 jaar en u heeft intensieve kindzorg<sup>1</sup>
- u krijgt Geriatrische revalidatie
- u krijgt dagbehandeling in een groep als onderdeel van een zorgprogramma bij Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

Zijn deze situaties niet op u van toepassing, maar heeft u door een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd ziekenvervoer nodig? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering soms op grond van de zogenoemde hardheidsclausule. Dit hangt af van hoe vaak u moet reizen en van de reisafstand. Om te beoordelen of u volgens de hardheidsclausule recht heeft op ziekenvervoer gebruiken we de volgende formule:

$(\text{aantal maanden}) \times (\text{aantal keren per week}) \times (\text{aantal weken per maand}) \times (\text{aantal km enkele reis}) \times 0,25$  (= wegingsfactor)

Is de uitkomst gelijk aan of groter dan 250 dan bestaat recht op ziekenvervoer. U moet wel vooraf toestemming van ons hebben. Denkt u dat dit voor u geldt of wilt u dat wij het voor u uitrekenen? Neem dan contact met ons op.

In alle situaties hierboven vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering het vervoer:

- naar een zorgverlener of instelling, waar u zorg krijgt die de Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt (bij nierdialyse en oncologische behandeling: voor de behandeling zelf en de afspraken die daarbij horen, zoals consulten, onderzoeken en controles, nadat de diagnose is gesteld en het behandelplan is opgesteld)
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of instelling, als u daar onderzoek of behandeling krijgt die de Wlz vergoedt (ook: het aanmeten en passen van een prothese)

In die situaties vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook:

- vervoer terug naar huis, of naar de plek waar u verzorgd kunt worden als u thuis niet de nodige verzorging kunt krijgen
- vervoer van een begeleider als u jonger bent dan 16 jaar, of als dat noodzakelijk is en u 16 jaar of ouder bent

Wat u vergoed krijgt:

- auto: € 0,38 per km
- openbaar vervoer: volledig, op basis van 2e klasse
- (rolstoel)taxi: volledig, als u gebruik maakt van Transvision. Bij een ander taxibedrijf maximaal € 1,04 per kilometer dat u in de taxi zit

## Logeren

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt logeren in plaats van ziekenvervoer als:

- de Bewuste Keuze Basisverzekering het vervoer zou vergoeden, en
- u 3 of meer dagen achter elkaar naar uw zorgverlener moet

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal € 89 per betaalde overnachting in de buurt van uw ziekenhuis of praktijk van uw zorgverlener. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook uw vervoer van uw huis naar uw logeerverblijf en terug. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

### • Hier kunt u terecht

- Transvision<sup>2</sup>, als u kiest voor de taxi en u wilt dat uw vervoerder de toestemming en declaratie voor u regelt
- auto, openbaar vervoer of (ander) taxibedrijf, maar dan moet u wel zelf de toestemming, betaling en declaratie bij ONVZ regelen

### • Wat niet vergoed wordt

- parkeerkosten en andere bijkomende kosten
- vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen of blijft logeren en de begeleider alleen terugreist
- vervoer als u voor dagbesteding of dagbehandeling naar een Wlz-instelling gaat
- bij logeren: (extra) kosten voor overnachting(en) van een begeleider
- bij logeren: kosten voor maaltijden en andere extra kosten

### • Andere vergoedingen

- Orgaantransplantatie, als u donor bent en een orgaan of weefsel afstaat aan iemand anders wordt vervoer in sommige gevallen ook vergoed
- Opname voor geneeskundige ggz, als dagbesteding tijdens uw opname onderdeel uitmaakt van uw behandeling wordt het vervoer daar naartoe ook vergoed
- Ziekenhuisopname, als u tijdelijk in de buurt van een gespecialiseerd ziekenhuis moet overnachten omdat u een hoog risico loopt die gespecialiseerde zorg direct nodig te hebben

### • Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### Eigen bijdrage

##### Ja, eigen bijdrage

U betaalt voor deze zorg een eigen bijdrage. Hoe hoog die is, ligt eraan of u kiest voor vervoer of logeren:

- voor vervoer: € 118 per kalenderjaar voor vervoer naar en van uw zorgverlener, of bij logeren: voor het vervoer naar en van uw logeeradres
- voor logeren zelf: geen eigen bijdrage, maar alle kosten boven de maximale vergoeding per dag betaalt u zelf

U betaalt deze eigen bijdrage niet in de volgende situaties:

- als u tussen 2 instellingen vervoerd moet worden tijdens een opname, die de Bewuste Keuze Basisverzekering of de Wlz vergoedt
- als u in een Wlz-instelling opgenomen bent en naar een zorgverlener moet voor specialistisch onderzoek of specialistische behandeling, die de Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt
- als u met een Wlz-indicatie opgenomen bent en naar een zorgverlener moet voor een tandheelkundige behandeling, die de Wlz vergoedt

[Help me even: de eigen bijdrage](#)

## **Eigen risico**

### **Ja, eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## ● **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

### **Voorschrift of verwijzing**

#### **Nee, geen voorschrift of verwijzing**

Uw arts moet wel een deel van het aanvraagformulier invullen.

### **Toestemming**

#### **Ja, toestemming**

U moet voor ziekenvervoer en logeren vooraf toestemming van ons hebben. Let op! Dat is ook zo voor vervoer over een grotere afstand dan 200 km, met een ander vervoersmiddel of met een (extra) begeleider. [Help me even: toestemming vragen](#)

### **Regel het taxivervoer via Transvision**

Wilt u reizen per taxi? Kies voor gemak en schakel Transvision in. Zij regelen het taxivervoer en declareren de kosten bij ons. Vraag wel eerst [toestemming](#) bij ons. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30. Na de telefonische intake bij hen kunt u uw ritten ook online boeken via hun reserveringstool. Zorg dat u dit minstens 24 uur van te voren doet. Dat hoeft niet als het spoed heeft.

## ● **Laatste puntjes...**

### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals zorg die de gemeente voor u moet regelen.

### **We gaan voor autovervoer uit van de optimale route**

Het aantal kilometers berekenen wij met [Google Maps](#). Wij vergoeden alleen de kilometers waarbij u zelf passagier bent.

### **Declareer met het declaratieformulier ziekenvervoer**

Wilt u ziekenvervoerskosten declareren? Gebruik het [declaratieformulier ziekenvervoer](#). Op het formulier staat wat u moet meesturen.

### **Uitleg**

1. Intensieve kindzorg: Dat betekent: u heeft verpleging en verzorging nodig door complexe lichamelijke problemen of een lichamelijke handicap. U heeft ook continu toezicht nodig, of er moet altijd verpleegkundige zorg dichtbij zijn
2. Transvision: Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30

### ● Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

In sommige landen loopt u extra risico op infectieziekten, bijvoorbeeld hepatitis of malaria. U kunt zich hiertegen laten vaccineren, of (meestal tegen malaria) medicijnen slikken.

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt geen vaccinaties of preventieve geneesmiddelen voor reizen naar het buitenland.

#### Heeft u Bewuste Keuze Start?

Dan krijgt u geen vergoeding voor buitenlandvaccinaties of preventieve geneesmiddelen.

#### Heeft u Bewuste Keuze Extra?

Die vergoedt maximaal € 100 per kalenderjaar aan consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor de volgende infectieziekten:

- hepatitis A en B
- difterie, tetanus en polio (dtp)
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningokokken
- rabiës
- malaria

#### ● Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- [GGD](#)
- [thuisvaccinatie.nl](https://thuisvaccinatie.nl)
- vaccinatiecentrum

#### ● Wat niet vergoed wordt

- het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- extra kosten voor een consult of vaccinatie aan huis
- andere middelen die aangeraden worden bij een reis naar het buitenland, zoals DEET en ORS (middel tegen uitdroging bij diarree of braken)

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### Eigen bijdrage

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### Eigen risico

**Nee, geen eigen risico**



Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

Ja, in sommige gevallen

Voor preventieve geneesmiddelen en vaccins die u zelf bij de apotheek haalt, moet u een voorschrift (recept) hebben.

**Toestemming**

Nee, geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

### ● Buitenland: spoedeisende zorg

Bent u in het buitenland en heeft u onverwachts zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of plotselinge ziekte? Dat is spoedeisende zorg, dus zorg die u onverwachts nodig heeft en meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Zodat u uw reis of verblijf niet hoeft af te breken.

#### ● Dit krijgt u vergoed

##### **Vergoeding volgens de Bewuste Keuze Basisverzekering**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt spoedeisende zorg in het buitenland tot maximaal de wettelijke of marktconforme prijs in Nederland. Als bij de vergoedingen staat dat de Bewuste Keuze Basisverzekering die zorg vergoedt.

##### **Of: vergoeding volgens regels van het land waar u zorg krijgt**

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de regels van het land waar u zorg krijgt. Door gebruik te maken van uw Europese zorgpas (EHIC) of Verdragsformulier 111.

##### **Heeft u Bewuste Keuze Start?**

Dan krijgt u geen aanvullende vergoeding voor spoedeisende zorg in het buitenland.

##### **Heeft u Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis?**

Vertrekt u voor maximaal 180 dagen naar het buitenland? En heeft u daar onvoorzien<sup>1</sup> spoedeisende zorg nodig? Dan vergoeden Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis:

- zorgkosten die voor eigen rekening blijven, als de zorg onder de basisverzekering valt en duurder was dan als u de zorg in Nederland had gekregen. Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis vergoeden deze zorg tot maximaal de wettelijke of marktconforme prijs<sup>2</sup>. De vergoeding volgens de basisverzekering maakt hiervan deel uit
- geneesmiddelen die in Nederland of het land van uw behandeling geregistreerd zijn, maar die de basisverzekering niet vergoedt
- middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 250 per kalenderjaar
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen

Heeft uw zorgverlener in het buitenland een garantie nodig dat ONVZ de zorgkosten vergoedt? Of dat ONVZ een voorschot betaalt? Met Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis regelt onze alarmcentrale dat voor u, als u daarom vraagt. Maar alleen als de Bewuste Keuze Basisverzekering, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis die zorgkosten vergoedt.

Heeft u geneesmiddelen nodig die u op uw verblijfplaats niet kunt krijgen? Als het mogelijk is regelt onze alarmcentrale dan toezending daarvan, als u daarom vraagt. Maar alleen als de Bewuste Keuze Basisverzekering, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis die geneesmiddelen vergoedt.

##### **Regeling bij zwangerschap en bevalling**

Als u tijdens een zwangerschap naar het buitenland reist, kunnen er medische complicaties optreden in uw zwangerschap of bij de bevalling. Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis vergoedt de zorg voor die complicaties als deze niet te voorzien waren.

Wij zien de reguliere zorg rond zwangerschap en bevalling als voorziene zorg. U kunt daarvoor geen gebruik maken van de vergoedingen van Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis. Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis vergoeden ook geen zorg voor complicaties rond uw zwangerschap en bevalling waarop u een verhoogd risico loopt door uw reis. Dat is zo in de volgende situaties:

- als u bij vertrek naar het buitenland als zwangere een verhoogd gezondheidsrisico of verloskundige risicofactor heeft
- bij reizen naar de tropen, malaria- of gele koortsgebieden, en gebieden met een verhoogd risico op infectie met het zikavirus
- bij vliegvlagen na de 36e week van uw zwangerschap

### ● Hier kunt u terecht

Een zorgverlener die in de door de overheid gebruikte registers staat in het land waar u uw behandeling krijgt. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan in dat land, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

### ● Wat niet vergoed wordt

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)

Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis vergoeden daarnaast ook niet:

- eigen risico dat u moet betalen

### ● Andere vergoedingen

Voor zorg waarvan u al wist dat u die moet krijgen, en zorg die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg.

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### Eigen bijdrage

##### Ja, in sommige gevallen

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook in het buitenland. Kiest u voor vergoeding volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt? Dan betaalt u een eigen bijdrage als die regels dat bepalen. Help me even: de eigen bijdrage

#### Eigen risico

##### Ja, meestal

Valt de zorg in Nederland onder uw eigen risico? Dan geldt dat ook voor de zorg in het buitenland. Kiest u voor vergoeding volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt? Dan betaalt u eigen risico als die regels dat bepalen. Help me even: het eigen risico

### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### Voorschrift of verwijzing

##### Nee, geen voorschrift of verwijzing

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

### **Toestemming**

**Nee, geen toestemming.** Maar u moet wel contact opnemen met de alarmcentrale

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan moet u zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance<sup>3</sup>. Doet u dat niet, dan kan dat gevolgen hebben voor de vergoeding.

### ● **Laatste puntjes...**

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

#### **U geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens**

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over uw behandeling of repatriëring.

#### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

#### **Langer dan 180 dagen naar het buitenland? Dan geen vergoeding van Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis**

Als u voor langer dan 180 dagen naar het buitenland vertrekt, dan geldt de aanvullende vergoeding van Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis niet. Ook niet de eerste 180 dagen na uw vertrek.

#### **Uitleg**

1. Onvoorzien: Zorg die medisch gezien niet kan wachten, omdat direct ingrijpen nodig is. De zorg was bij vertrek niet te verwachten
2. Marktconforme prijs: Dit is het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling voor dezelfde zorg rekenen
3. Alarmcentrale Zorgassistance: +31 88 668 97 67

### ● **Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg**

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. Dat is zorg die gepland kan worden, maar die u niet meteen nodig heeft. Lees wel wat hieronder staat, want de Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt dat niet altijd, of niet alles.

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt niet-spoedeisende zorg in het buitenland tot onze maximale vergoedingen, als bij de [vergoedingen](#) staat dat de Bewuste Keuze Basisverzekering die zorg vergoedt. De voorwaarden die daar staan, gelden ook als u voor de zorg naar het buitenland gaat.

Zorg in het buitenland is vaak duurder dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland boven onze maximale vergoedingen in 2 situaties. Als u zorg nodig heeft die de Bewuste Keuze Basisverzekering wel vergoedt maar:

1. u moet daar gezien uw medische situatie te lang op wachten, of
2. u kunt die in Nederland niet krijgen

Woont u in een [EU- of EER-land](#) of Zwitserland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is in die situaties soms vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u de behandeling krijgt.

#### ● **Wat niet vergoed wordt**

- zorg die niet voldoet aan de voorwaarden van de Bewuste Keuze Basisverzekering
- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

#### **Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?**

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de [vergoeding](#) als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt.

#### **Let op! Wij hebben geen contracten met zorgverleners in het buitenland**

Kiest u voor een zorgverlener in het buitenland? Dan vergoeden wij uw zorg mogelijk niet helemaal. Ook voor de maximale vergoedingen kijkt u bij de betreffende [vergoeding](#). Gaat u bijvoorbeeld naar een medisch specialist in het buitenland? Kijk dan bij de vergoeding [Medisch specialist](#) voor de maximale vergoedingen. Aan sommige zorgverleners in het buitenland vergoeden wij de zorg rechtstreeks. U krijgt dan van ons een rekening voor de kosten boven de maximale vergoeding.

#### ● **Andere vergoedingen**

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding [Buitenland: spoedeisende zorg](#).

### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

#### **Eigen bijdrage**

##### **Ja, in sommige gevallen**

Als u in Nederland voor de zorg een eigen bijdrage zou moeten betalen, is dat ook zo als u de zorg in het buitenland krijgt. Of, als u kiest voor vergoeding volgens plaatselijke regels, als u volgens die regels een eigen bijdrage moet betalen. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

#### **Eigen risico**

##### **Ja, meestal**

Als de zorg in Nederland onder uw eigen risico valt, is dat ook zo als u die zorg in het buitenland krijgt. [Help me even: het eigen risico](#)

### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

#### **Voorschrift of verwijzing**

##### **Ja, bijna altijd**

Als u voor de zorg of het geneesmiddel in Nederland een verwijzing of voorschrift nodig heeft, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

#### **Toestemming**

##### **Ja, in sommige gevallen**

Voor zorg in het buitenland moet u toestemming van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor zorg met opname of dagopname<sup>1</sup>
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen (ook als u vergoeding wilt volgens de regels van het land waar u de behandeling krijgt)

[Help me even: toestemming vragen](#)

Ook als er geen toestemming nodig is, raden we u aan om ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Zo voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf.

### ● Laatste puntjes...

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

#### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

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

### **Een second opinion kan ook**

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering die second opinion. Daarbij gelden onze maximale vergoedingen.

#### **Uitleg**

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

### ● Repatriëring

Wordt u tijdens een reis ernstig ziek, of heeft u ernstig letsel door een ongeval? Dan geldt voor de medische zorg die u nodig heeft de vergoeding **Buitenland: spoedeisende zorg**. Het kan zijn dat onze alarmcentrale Zorgassistance vindt dat er een medische noodzaak is om u naar een Nederlands ziekenhuis te vervoeren voor bijvoorbeeld (vervolg)behandeling of verder herstel. Dat noemen we repatriëring.

Heeft u zorg in het buitenland nodig? Dan moet u zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Dit kan 24/7 via telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67.

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt soms het vervoer. Dan geldt de vergoeding Ambulancevervoer.

##### **Heeft u Bewuste Keuze Start?**

Dan krijgt u geen vergoeding voor repatriëring.

##### **Heeft u Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis?**

Vertrekt u voor maximaal 180 dagen naar het buitenland? Dan vergoeden Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis:

- vervoer naar een ziekenhuis in Nederland met de medische begeleiding die daarbij hoort
- extra kosten van verblijf tot maximaal € 150 per dag, als u ergens anders naartoe vervoerd moet worden maar dat om medische redenen nog niet kan

Maar alleen als onze alarmcentrale Zorgassistance dit regelt.

#### ● Hier kunt u terecht

- onze alarmcentrale Zorgassistance<sup>1</sup>

#### ● Wat niet vergoed wordt

- vervoer naar huis, als dat door uw ziekte of letsel niet kan met het geplande vervoermiddel
- vervoer naar huis, als u dat zelf wilt, maar onze alarmcentrale dat niet nodig vindt

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage. Help me even: de eigen bijdrage

##### **Eigen risico**

**Nee, geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Als de basisverzekering het vervoer vergoedt, geldt het eigen risico wel. Help me even: het eigen risico



- **Wat u nodig heeft**

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

**Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U heeft voor repatriëring geen verwijzing nodig.

**Toestemming**

**Ja, toestemming**

Onze alarmcentrale Zorgassistance bepaalt of repatriëring nodig is. En regelt dit. Als u de repatriëring zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alles vergoed. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**U geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens**

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over uw behandeling of repatriëring.

**Langer dan 180 dagen naar het buitenland? Dan geen vergoeding van Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis**

Als u voor langer dan 180 dagen naar het buitenland vertrekt, dan geldt de vergoeding van Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis niet. Ook niet de eerste 180 dagen na uw vertrek.

**Uitleg**

1. Alarmcentrale Zorgassistance: +31 88 668 97 67

### ● Vergoeding bij overlijden in het buitenland

Niemand wil natuurlijk dat het gebeurt, maar soms overlijdt iemand tijdens een verblijf in het buitenland.

Heeft u zorg in het buitenland nodig? Dan moet u zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Dit kan 24/7 via telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67.

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering kent geen vergoeding bij overlijden in het buitenland.

##### **Heeft u Bewuste Keuze Start?**

Dan geldt geen vergoeding bij overlijden in het buitenland.

##### **Heeft u Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis?**

Vertrekt u voor maximaal 180 dagen naar het buitenland? En komt u daar te overlijden? Dan vergoeden Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis 1 van de volgende mogelijkheden:

- uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van uw familieleden in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500. We vergoeden voor de reis met de auto € 0,27 per kilometer, vliegreis economy class en openbaar vervoer laagste klasse, of
- vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat uw nabestaanden kiezen, maar alleen als onze alarmcentrale Zorgassistance dit regelt

#### ● Hier kunt u terecht

- onze alarmcentrale Zorgassistance<sup>1</sup>

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### **Eigen bijdrage**

**Nee, geen eigen bijdrage**

Voor deze dienst betaalt u geen eigen bijdrage. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

##### **Eigen risico**

**Nee, geen eigen risico**

Deze dienst valt niet onder uw eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

#### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

##### **Voorschrift of verwijzing**

**Nee, geen voorschrift of verwijzing**

U heeft voor deze dienst geen verwijzing nodig.

##### **Toestemming**

**Nee, geen toestemming. Maar iemand moet wel contact opnemen met de alarmcentrale**

Bij uw overlijden moet iemand zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Als anderen het vervoer zelf regelen, wordt mogelijk niet alles vergoed. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

- **Laatste puntjes...**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

**Langer dan 180 dagen naar het buitenland? Dan geen vergoeding van Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis**

Als u voor langer dan 180 dagen naar het buitenland vertrekt, dan geldt de vergoeding van Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis niet. Ook niet de eerste 180 dagen na uw vertrek.

**Uitleg**

1. Alarmcentrale Zorgassistance: +31 88 668 97 67

### ● Vergoeding in bijzondere gevallen

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de zorg die in de [vergoedingen](#) staat.

In bijzondere gevallen vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook andere zorg. Dit moet zorg zijn die normaal hetzelfde of een beter resultaat geeft dan de zorg die bij de vergoedingen staat. En het mag geen zorg zijn die nooit verzekerd is. U moet ons vooraf toestemming vragen.

De [ZorgConsulent](#) kan u hier meer over vertellen.

#### ● Wat u zelf betaalt

Soms moet u een eigen bijdrage of eigen risico betalen. Dat is wettelijk zo geregeld.

##### **Eigen bijdrage**

##### **Ja, in sommige gevallen**

Als voor die zorg een eigen bijdrage geldt. U vindt dat terug in de vergoedingen. [Help me even: de eigen bijdrage](#)

##### **Eigen risico**

##### **Ja, meestal**

Als het gaat om zorg die onder uw eigen risico valt. U vindt dat terug in de vergoedingen. [Help me even: het eigen risico](#)

#### ● Wat u nodig heeft

Check even of u een verwijzing of iets anders nodig heeft. Anders loopt u misschien toch nog vergoeding mis.

##### **Voorschrift of verwijzing**

##### **Ja, in de meeste gevallen**

U moet een voorschrift of verwijzing hebben als dat staat in de [vergoeding](#) voor de zorg die u wilt.

##### **Toestemming**

##### **Ja, toestemming**

Voor deze zorg moet u vooraf toestemming van ons hebben. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Vraag [toestemming](#) voordat u met de behandeling begint.

#### ● Laatste puntjes...

##### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In [deze regels](#) staan dingen in die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een zorgafpraak die u niet nakomt (no show).

##### **Wacht eerst onze beslissing af**

Wij geven in principe geen toestemming als u de zorg al (voor een deel) heeft gekregen.