

# Vergoedingen ONVZ Vrije Keuze

## ● Inhoudsopgave

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Huisarts en gezond blijven</b>                         | <b>4</b>  |
| Huisarts (huisartsenzorg)                                 | 4         |
| Diagnostiek voor eerstelijns zorg                         | 6         |
| Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)  | 8         |
| Voetzorg  | 11        |
| Psychische zorg bij de huisarts                           | 14        |
| Trombosedienst  | 16        |
| Griep prik  | 17        |
| Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)  | 19        |
| Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen               | 22        |
| Stoppen met roken   | 25        |
| Preventie cursussen                                       | 27        |
| Preventief onderzoek                                      | 30        |
| Overgangsconsulente                                       | 33        |
| <b>Ziekenhuis en medisch specialist</b>                   | <b>34</b> |
| Medisch specialist  | 34        |
| Ziekenhuisopname  | 37        |
| Plastische chirurgie                                      | 40        |
| Vruchtbaarheidsbehandelingen                              | 43        |
| In-vitrofertilisatie (ivf)                                | 45        |
| Erfelijkheidsonderzoek                                    | 48        |
| Borstkanker: aanvullend onderzoek                         | 50        |
| Orgaantransplantatie en -donatie                          | 52        |
| Dialyse   | 54        |
| Mechanische beademing                                     | 56        |
| Voorwaardelijk toegelaten zorg                            | 57        |
| Second opinion  | 59        |
| Verblijf in een logeerkamer                               | 61        |
| Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder                   | 63        |
| Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort                   | 64        |
| Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na | 67        |
| <b>Verpleging en verzorging</b>                           | <b>70</b> |
| Verpleging en verzorging in de eigen omgeving             | 70        |
| Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)                         | 73        |
| Eerstelijns verblijf                                      | 75        |
| Vervangende mantelzorg                                    | 78        |
| Hulp bij mantelzorg                                       | 80        |
| Huishoudelijke hulp                                       | 82        |
| Hospice   | 84        |
| <b>Bewegen</b>  | <b>86</b> |
| Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar                | 86        |

|  |            |
|--|------------|
| Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar     | 89         |
| Beweegprogramma's                                | 93         |
| Loophulpmiddelen                                 | 95         |
| Zwemmen voor 50+                                 | 97         |
| <b>Revalidatie en herstel</b>                    | <b>98</b>  |
| Medisch-specialistische revalidatie              | 98         |
| Geriatrische revalidatie                         | 101        |
| Ergotherapie                                     | 104        |
| Zorghotel  | 106        |
| Kuuroord   | 108        |
| Therapeutisch kamp voor jongeren                 | 109        |
| <b>Zwangerschap, bevalling en kind</b>           | <b>110</b> |
| Prenatale screening                              | 110        |
| Zwangerschap en bevalling                        | 112        |
| Kraamzorg  | 115        |
| Kraampakket                                      | 119        |
| Bevalling-TENS                                   | 120        |
| Borstvoeding: lactatiekundige                    | 121        |
| Zorg bij adoptie                                 | 123        |
| Plaswekker                                       | 125        |
| <b>Medicijnen en dieet</b>                       | <b>126</b> |
| Geneesmiddelen basisverzekering                  | 126        |
| Geneesmiddelen aanvullende verzekering           | 130        |
| Diëtetiek  | 133        |
| Dieetpreparaten                                  | 135        |
| <b>Mond en gebit</b>                             | <b>137</b> |
| Tandheelkundige zorg tot 18 jaar                 | 137        |
| Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar               | 140        |
| Tandheelkundige zorg na een ongeval              | 144        |
| Orthodontie tot 18 jaar                          | 147        |
| Orthodontie vanaf 18 jaar                        | 149        |
| Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar      | 151        |
| Fronttandvervanging                              | 154        |
| Kaakchirurgie vanaf 18 jaar                      | 156        |
| Bijzondere tandheeskunde                         | 158        |
| ExpertClean tandenborstel                        | 161        |
| <b>Psychische zorg</b>                           | <b>163</b> |
| Geneeskundige ggz                                | 163        |
| Opname voor geneeskundige ggz                    | 166        |
| <b>Anticonceptie</b>                             | <b>169</b> |
| Anticonceptie                                    | 169        |
| Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie) | 172        |
| <b>Alternatief</b>                               | <b>174</b> |
| Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg          | 174        |
| <b>Horen, zien en spreken</b>                    | <b>176</b> |
| Audiologische zorg                               | 176        |
| Orthoptie  | 177        |

|   |            |
|---|------------|
| Zintuiglijk gehandicaptenzorg                       | 179        |
| Logopedie   | 181        |
| Bril, (contact)lenzen en ooglaseren                 | 183        |
| Stottertherapie                                     | 185        |
| <b>Hulpmiddelen</b>                                 | <b>187</b> |
| Hulpmiddelen  | 187        |
| Steunpessarium                                      | 190        |
| <b>Huid en haar</b>                                 | <b>191</b> |
| Acnebehandeling                                     | 191        |
| Camouflage-instructie                               | 193        |
| Elektrische epilatie en laserbehandeling            | 195        |
| Psoriasisdagbehandeling                             | 197        |
| <b>Vervoer</b>                                      | <b>198</b> |
| Ambulancevervoer                                    | 198        |
| Ziekenvervoer                                       | 200        |
| <b>Zorg in het buitenland en reizen</b>             | <b>205</b> |
| Buitenland: spoedeisende zorg                       | 205        |
| Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg      | 208        |
| Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen | 211        |
| <b>Compensatie en verhaal</b>                       | <b>213</b> |
| Vergoeding in bijzondere gevallen                   | 213        |
| Verhaalsbijstand bij letselschade                   | 214        |

## ● Huisarts (huisartsenzorg)

Zorg begint bij de huisarts.

### ● Vergoeding per verzekering

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| Basisverzekering          | 100%            |
| Aanvullende verzekeringen | Geen vergoeding |

### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u gezondheidsproblemen? Of vragen over uw gezondheid? Dan is uw huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt.

#### **Soms behandelt de huisarts u**

De huisarts bespreekt uw vragen en klachten met u en stelt een diagnose. En laat uw bloed onderzoeken, of ander onderzoek doen, als dat nodig is. Meestal kan de huisarts u zelf behandelen. Soms wordt u doorverwezen naar een andere zorgverlener, zoals een fysiotherapeut of een specialist.

#### **Soms behandelen andere zorgverleners u**

Vaak werken in de praktijk van de huisarts nog andere zorgverleners: de praktijkondersteuners. Bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige, een longverpleegkundige of een psycholoog. Zij kunnen u zelfstandig behandelen, onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

#### **Soms behandelen de huisarts en andere zorgverleners u samen**

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

#### **Spoedzorg: eerst de huisarts of de huisartsenpost**

Gaat het om een levensbedreigende situatie? Dan belt u 112. Voor andere spoedeisende vragen belt u eerst met uw huisarts. Is uw huisartsenpraktijk gesloten? Dan belt u met de huisartsenpost. Daar beoordelen ze hoe dringend uw hulpvraag is en welke zorgverlener u het beste kan helpen. Soms is een advies van de huisartsenpost genoeg. Is dat niet het geval? Dan vragen ze u om langs te komen. Als dat nodig is, krijgt u van de huisartsenpost een verwijzing voor de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Komt u bij de spoedeisende hulp zonder verwijzing? Dan kunt u niet altijd terecht of moet u langer wachten.

Al deze zorg samen is huisartsenzorg. De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt die.

Voor sommige vormen van huisartsenzorg gelden extra voorwaarden, of andere. Daarom staan deze apart vermeld:

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

Individuele geneeskundige zorg bij infectieziekten en tuberculose vergoeden wij ook als u daarvoor naar een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding gaat. Deze werkt meestal bij de GGD.

### **Andere vergoedingen**

Gaat u op reis? Er is een aparte vergoeding voor vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor (vakantie)reizen.

Voor preventief medisch onderzoek kunt u meestal ook gewoon bij de huisarts terecht. Wilt u meer doen aan preventie? Er zijn aparte vergoedingen voor (ander) Preventief onderzoek, Preventiecurcussen en de Griepvrikk.

### ● **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

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

#### **Het eigen risico**

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

### ● **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En ook dat de Vrije Keuze Basisverzekering geen keuringen (zoals een rijbewijs- of aanstellingskeuring) vergoedt.

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

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

### ● Diagnostiek voor eerstelijns zorg

Als de huisarts of andere eerstelijns zorgverlener extra onderzoek nodig vindt.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| Basisverzekering          | 100%            |
| Aanvullende verzekeringen | Geen vergoeding |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Bij gezondheidsproblemen gaat u meestal eerst naar uw huisarts. Deze bespreekt uw vragen en klachten met u. Als dat nodig is, doet de huisarts lichamelijk onderzoek. En probeert zo vast te stellen wat er precies aan de hand is en wat de oorzaak is van uw klachten (de diagnose).

Soms heeft de huisarts voor een goede diagnose extra onderzoek nodig. Bijvoorbeeld bloedonderzoek, een hartfilmpje of een röntgenfoto. Dit kan vaak in de praktijk zelf. Dan hoort het bij de huisartsenzorg. Als het onderzoek niet in de huisartsenpraktijk kan, stuurt de huisarts u naar een laboratorium, een bloedprikpost of de polikliniek van het ziekenhuis. Dan geldt voor het extra onderzoek de vergoeding die u nu leest.

Naast de huisarts kan ook de verloskundige of een andere hieronder genoemde zorgverlener vragen om zo'n onderzoek of foto voor een goede diagnose. We noemen het daarom diagnostiek voor eerstelijns zorg, of eerstelijnsdiagnostiek. De huisarts, verloskundige of andere zorgverlener krijgt de uitslag van het onderzoek en kan u dan verder behandelen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze diagnostiek als het gaat om:

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

De vergoeding geldt alleen als de diagnostiek wordt aangevraagd door:

- uw huisarts
- uw verloskundige, als dat nodig is voor zorg rondom zwangerschap en bevalling
- de jeugdarts, als dat nodig is voor zorg aan kinderen van 0 tot 4 jaar
- een specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten, als dat nodig is voor huisartsenzorg (ook tijdens Eerstelijns verblijf)
- een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding, als dat nodig is voor individuele zorg bij (een risico op) deze ziekten

Als bijvoorbeeld de fysiotherapeut of bedrijfsarts de diagnostiek nodig vindt, dan moet u daarvoor dus eerst langs uw huisarts.

**De diagnostiek wordt uitgevoerd door:**

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

Voor diagnostiek in verband met Prenatale screening gelden andere voorwaarden. Daarom staat deze apart vermeld.

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor diagnostiek voor eerstelijnszorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Het eigen risico**

Voor diagnostiek voor eerstelijnszorg geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

### **Uitleg**

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

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

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

#### ● Vergoeding per verzekering

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| Basisverzekering          | 100%            |
| Aanvullende verzekeringen | Geen vergoeding |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Kwetsbare mensen met gezondheidsproblemen wonen steeds vaker gewoon thuis. Bijvoorbeeld als iemand ouder wordt met meerdere gezondheidsproblemen tegelijk, of als iemand een chronische ziekte krijgt bij een verstandelijke beperking. Dat maakt de huisartsenzorg soms ingewikkeld. Dan kan de huisarts een specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten inschakelen om mee te denken. Of voor aanvullende behandeling doorverwijzen naar zo'n arts. Een kinderarts kan dat ook doen.

De zorg van de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten noemen we geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp). De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de gzsp in 3 vormen.

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

De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten adviseert de huisarts. Dan ziet u zelf deze zorgverlener niet.

#### **Consult en behandeling**

De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten neemt de zorg, helemaal of voor een deel, over van de huisarts of kinderarts. De arts voert enkele gesprekken met u. En als meer zorg nodig is dan stelt de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten samen met u een zorgprogramma op. Daarin staat aan welke behandeldoelen u samen gaat werken, en hoe. Dat kan zijn om nieuwe vaardigheden te leren, om te zorgen dat uw klachten niet verergeren, of om te leren omgaan met uw beperkingen. 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

Als u zelfstandig thuis woont en overdag behoefte heeft aan extra zorg, kan ook dagbehandeling in een groep deel uitmaken van het zorgprogramma. Die dagbehandeling krijgt u in een instelling, zoals een verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten. U krijgt dan zorg in een groep die helpt bij het bereiken van uw behandeldoel. Binnen dat zorgprogramma kunnen ook anderen u behandelen. Maar de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten blijft uw eerste aanspreekpunt. En die blijft verantwoordelijk voor uw totale behandeling. Voor mensen met gedragsproblemen kan ook één van de volgende zorgverleners eerste aanspreekpunt 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 zorg nodig heeft van een fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, logopedist of diëtist? Dan valt die zorg ook onder uw zorgprogramma. Maar wij vergoeden die uit een van de 'Andere vergoedingen'. Let op dat de Vrije Keuze Basisverzekering de eerste 20 behandelingen fysiotherapie en oefentherapie niet vergoedt.

## Hier kunt u terecht

Voor deze zorg kunt u via uw huisarts of kinderarts terecht bij de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten. Uw huisarts werkt vaak al samen met deze zorgverleners. Soms werken zij in de huisartsenpraktijk, of bijvoorbeeld in een verpleeghuis of andere instelling.

## Dit wordt niet vergoed

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

## Andere vergoedingen

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

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

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## ● Dit moet u zelf doen

### U moet een verwijzing van de huisarts of kinderarts hebben

De huisarts of kinderarts maakt de afweging of dit voor u de juiste zorg is. Als een verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>2</sup> in de huisartsenpraktijk werkt, kan die dit ook namens de huisarts doen.

### **Soms moet u vooraf toestemming laten vragen**

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

### ● **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten normaal gesproken verlenen als specifieke geneeskundige zorg voor deze doelgroep. Bij dagbehandeling in een groep is dat ook de zorg zoals klinisch psychologen die 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 een vorm van dagbesteding, maar heeft dit geen medisch doel binnen uw zorgprogramma? Dan moet de gemeente dit voor u regelen. U kunt hiervoor bij het zorgloket van uw gemeente terecht.

#### **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

Extra aandacht voor uw voeten of uw looppatroon.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Jaarlijkse voetcontrole<br>Bij verhoogd risico op voetulcera: voetcontrole en voetzorg |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>          | € 200 voor andere voetzorg en zolen<br>Max. per kalenderjaar                           |
| <b>Topfit</b>           | € 500 voor andere voetzorg en zolen<br>Max. per kalenderjaar                           |
| <b>Superfit</b>         | 100% voor andere voetzorg, € 500 voor zolen<br>Max. per kalenderjaar                   |

### ● Wat u vergoed krijgt

Er kunnen verschillende redenen zijn om uw voeten extra aandacht te geven. Een afwijkende stand van uw voeten of uw manier van lopen kan voetklachten geven. Dan kan een podoloog of podotherapeut u misschien helpen met advies of met podotherapeutische zolen. Of, bij een voetafwijking, met steunzolen. Die mag u ook bij een orthopedisch schoentechnicus laten aanmeten.

Soms zijn uw voeten extra kwetsbaar door een ziekte. Of door een medische behandeling. Goede voetzorg kan dan problemen voorkomen. Soms levert de huisarts deze zorg zelf. Soms vraagt de huisarts een podotherapeut of pedicure.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt voetzorg, maar alleen als u een verhoogd risico heeft op wondjes of zweren aan uw voeten (voetulcera) als gevolg van een ziekte of medische behandeling. U kunt dan een jaarlijkse voetcontrole laten doen. Uw huisarts onderzoekt uw voeten en stelt het risicoprofiel vast. Een podotherapeut kan dit ook doen.

Dit risicoprofiel zegt iets over de kwetsbaarheid van uw voeten. Er zijn 4 risicoprofielen volgens de Sims classificatie: 0, 1, 2 en 3. Hoe hoger het risicoprofiel, hoe meer zorg u nodig heeft. De huisarts of podotherapeut bepaalt uw risicoprofiel aan de hand van de volgende kenmerken:

- minder gevoel in uw voet (verlies van protectieve sensibiliteit)
- problemen met de doorbloeding van de voet (perifeer arterieel vaatlijden)
- een verhoogde kwetsbaarheid van de huid of verhoogde druk op de huid in uw voet

Heeft u bij de voetcontrole risicoprofiel 1 gekregen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering alleen de jaarlijkse voetcontrole.

## Huisarts en gezond blijven

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

- uitleg over 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

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden:

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

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

### Hier kunt u terecht

Voor voetzorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

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

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

- podotherapeut<sup>1</sup>
- pedicure<sup>2</sup>
- medisch pedicure<sup>3</sup>
- paramedisch chiropodist<sup>4</sup>

Voor andere voetzorg uit de aanvullende verzekering:

- podotherapeut<sup>1</sup>
- registerpodoloog<sup>5</sup>
- podoposturaal therapeut<sup>6</sup>

Voor steunzolen kunt u ook nog terecht bij de orthopedisch schoentechnicus<sup>7</sup>.

### Dit wordt niet vergoed

- voetzorg als u geen verhoogd risico heeft op voetulcera (risicoprofiel 0)
- voetverzorging zoals eelt verwijderen of nagels knippen
- extra kosten voor behandeling aan huis of in een instelling

### Andere vergoedingen

Voor orthopedische aanpassing van de schoen geldt de vergoeding Orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen.

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor voetzorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Geen eigen risico**

Voor voetzorg geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**Het risicoprofiel en de agb-code moeten op de rekening staan**

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

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

## Uitleg

1. Podotherapeut: Deze moet een actieve agb-code hebben
2. Pedicure: Deze moet in het Kwaliteitsregister Pedicures staan, met aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet' en een actieve agb-code hebben
3. Medisch pedicure: Deze moet in het Kwaliteitsregister Pedicures, het Register Paramedische Voetzorg of het Kwaliteitsregister van KABIZ staan en een actieve agb-code hebben
4. Paramedisch chiropodist: Deze moet in het Register Paramedische Voetzorg staan en een actieve agb-code hebben
5. Registerpodoloog: Deze moet in het Kwaliteitsregister van KABIZ staan en een actieve agb-code hebben
6. Podoposturaal therapeut: Deze moet in het Kwaliteitsregister van KABIZ staan en een actieve agb-code hebben
7. Orthopedisch schoentechnicus: Deze moet een actieve agb-code hebben

### ● Psychische zorg bij de huisarts

Iedereen is wel eens somber, of ziet het even niet meer zitten. Maar soms heeft u professionele hulp nodig.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |                 |
|----------------------------------|-----------------|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%            |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u gezondheidsproblemen? Dan is uw huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt. Ook als het gaat om psychische klachten.

De huisarts ondersteunt u bij lichte psychische klachten. Bijvoorbeeld als u zich somber, gespannen of eenzaam voelt. In een huisartsenpraktijk werkt vaak een praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg (POH-ggz). Die is opgeleid voor het helpen van mensen met psychische klachten. De praktijkondersteuner kan gesprekken met u voeren, maar ook internetprogramma's inzetten bij de behandeling. Soms krijgt u geneesmiddelen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt psychische zorg door de huisarts of door de POH-ggz voor alle leeftijden.

In de gesprekken gaat de huisarts of de POH-ggz ook na of zij u wel de juiste zorg kunnen geven. Misschien heeft u meer of andere zorg nodig, bijvoorbeeld omdat uw klachten door een psychische stoornis komen. Dan verwijst de huisarts u door, naar de [Geneeskundige ggz](#). En geldt die vergoeding.

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan verwijst de huisarts u naar de jeugd-ggz. Voor deze zorg is de gemeente verantwoordelijk. Uw huisarts weet naar welke zorgverleners u kan worden verwezen.

#### **Dit wordt niet vergoed**

- bewegingsgerichte therapie
- anonieme behandeling via internet

#### **Andere vergoedingen**

De aanvullende verzekeringen vergoeden ook andere zorg die u misschien kan helpen bij psychische klachten. Zo vergoeden Startfit en hoger [Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg](#). Optifit en hoger vergoeden [Preventiecurssussen](#), zoals runningtherapie of een slaapcursus.

Wilt u stoppen met roken? Ook daarbij kunt u [ondersteuning](#) krijgen.

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor psychische zorg van de huisarts of de POH-ggz betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Geen eigen risico**

Voor psychische zorg van de huisarts of de POH-ggz geldt geen eigen risico.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

## ● Trombosedienst

Gebruikt u antistollingsmiddelen? Dan moet u regelmatig uw bloed (laten) controleren.

### ● Vergoeding per verzekering

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| Basisverzekering          | 100%            |
| Aanvullende verzekeringen | Geen vergoeding |

### ● Wat u vergoed krijgt

Bij trombose stolt het bloed op het verkeerde moment of op de verkeerde plaats. Zo kunnen bloedpropjes ontstaan die de bloedvaten afsluiten. Antistollingsmiddelen (bloedverdunners) gaan dit tegen.

Als u antistollingsmiddelen gebruikt, moet u regelmatig de stollingstijd van uw bloed (laten) controleren. Daarvoor krijgt u meestal te maken met de trombosedienst. Die heeft prikposten waar u bloed kunt laten prikken, of komt bij u thuis. Controleert u zelf de stollingstijd? Dan kan de trombosedienst u meetapparatuur geven en u helpen bij het gebruik ervan.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt:

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

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

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

### Andere vergoedingen

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

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de trombosedienst betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Het eigen risico

Voor zorg van de trombosedienst geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

#### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u de zorg krijgt, moet u een verwijzing hebben van uw (huis)arts of medisch specialist.

### ● Goed om te weten

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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



## ● Griep prik

Als u de jaarlijkse griepgolf wilt ontlopen.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding |
| <b>Benfit</b>           | Jaarlijks       |
| <b>Optifit</b>          | Jaarlijks       |
| <b>Topfit</b>           | Jaarlijks       |
| <b>Superfit</b>         | Jaarlijks       |

### ● Wat u vergoed krijgt

Iedereen kan griep (influenza) krijgen. Voor sommige mensen kan griep ernstige gevolgen hebben. Bijvoorbeeld voor mensen met een longaandoening, diabetes of een hartziekte, en voor mensen boven de 60 jaar. Valt u in zo'n risicogroep? Dan heeft u recht op een griep prik (griepvaccinatie) via het Nationaal Programma Grieppreventie. Meestal krijgt u dan een oproep van de huisarts.

Bent u geen risicopatiënt? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Benfit en hoger 1 keer per kalenderjaar een griep prik.

#### Hier kunt u terecht

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

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor de griep prik betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Geen eigen risico

Voor de griep prik geldt geen eigen risico.

### ● Dit moet u zelf doen

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

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

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

**Meer informatie vindt u bij het RIVM**

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

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

Voor een blijvende verbetering van uw eetgewoontes en beweeggedrag.

#### ● **Vergoeding per verzekering**

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | 100% gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)                                 |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | € 250 voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's samen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | € 500 voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's samen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | 100% voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's                                 |

#### ● **Wat u vergoed krijgt**

Heeft u overgewicht? En daardoor een groter risico op ziekte? Dan is een gecombineerde leefstijlinterventie misschien iets voor u. Met een gecombineerde leefstijlinterventie (gli) werkt u toe naar een blijvend gezonde leefstijl. Het is een combinatie van advies en begeleiding bij gezondere voeding en eetgewoontes, meer bewegen en gedragsverandering.

##### **Meestal via uw huisarts**

Meestal bespreekt de huisarts zo'n gli met u, maar ook uw medisch specialist kan dat doen. Bent u enthousiast? Dan krijgt u een verwijzing naar een gli-begeleider<sup>1</sup>, bijvoorbeeld een leefstijlcoach. Vaak is dat een zorgverlener waarmee uw huisarts (buiten de huisartsenpraktijk) al samenwerkt. Deze begeleidt u in een speciaal ontwikkeld programma. Dat duurt meestal zo'n 2 jaar, en volgt u voor een groot deel in een groep. De precieze duur en inhoud verschillen per programma. Dit bespreekt uw gli-begeleider vooraf met u. De huisarts of medisch specialist die u verwijst, blijft betrokken. Uw gli-begeleider houdt de huisarts of medisch specialist op de hoogte van de resultaten.

##### **Wel de coaching, niet de beweging**

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

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt de gli als u:

- ouder bent dan 16 jaar, en
- gemotiveerd bent om het complete programma van zo'n 2 jaar te doorlopen, en
- een BMI<sup>2</sup> heeft
  - van 30 kg/m<sup>2</sup> of hoger, of
  - van 25-30 kg/m<sup>2</sup> met daarbij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes type II of een aanwezige ziekte die samenhangt met het overgewicht

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

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

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

### **Aanvullende beweegprogramma's (voor alle leeftijden)**

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden een beweegprogramma voor deelnemers aan een gli. Een beweegprogramma kan interessant zijn als u deelneemt aan een gli, maar het nog niet lukt om bij een beweegactiviteit zoals een wandelgroep of sportvereniging aan te sluiten.

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

### **Hier kunt u terecht**

Voor de gecombineerde leefstijlinterventie:

- een leefstijlcoach<sup>4</sup> met wie uw huisarts samenwerkt in de zorggroep
- een andere gli-begeleider<sup>1</sup> met een eigen praktijk die bij de erkende gecombineerde leefstijlinterventies genoemd staat

Voor het beweegprogramma:

- fysiotherapeut
- oefentherapeut Cesar of Mensendieck
- thuiszorgorganisatie

### **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 de huisarts u doorverwijzen voor bijvoorbeeld fysiotherapie of oefentherapie, Diëtetiek, naar de Medisch specialist of voor psychologische ondersteuning zoals Geneeskundige ggz. Dat kan dan naast het gli-programma plaatsvinden.

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

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

## ● Wat u zelf betaalt

### **Geen eigen bijdrage**

Voor de gli en het beweegprogramma betaalt u geen eigen bijdrage.

### **Geen eigen risico**

Voor de gli en het beweegprogramma geldt geen eigen risico. Als de huisarts u doorverwijst voor andere klachten, bijvoorbeeld naar de diëtist of psycholoog, geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

## ● Dit moet u zelf doen

### **Voor de gli moet u een verwijzing hebben**

U moet een verwijzing hebben van uw huisarts of medisch specialist.

### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Wij vergoeden de gli (en het verblijf als dat erbij hoort) alleen als wij toestemming hebben gegeven voordat u hieraan begint. Soms regelt uw zorgverlener dat voor u.

## ● Goed om te weten

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

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

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

### **Voor het beweegprogramma kunnen wij om een verklaring van uw zorgverlener vragen**

Dat doen wij als wij niet kunnen vaststellen of u aan de voorwaarden voor een beweegprogramma voldoet. Soms kunnen wij dat aan uw andere declaraties zien. Maar door de privacyregels mogen wij die in principe niet (zonder uw toestemming) voor dat doel gebruiken.

### **Uitleg**

1. Gli-begeleider: Dat kan een leefstijlcoach, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of diëtist zijn
2. 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
3. Niet goed ingestelde diabetes: Dat is zo als het HbA1c-gehalte boven de NHG-streefwaarde is
4. Leefstijlcoach: Deze moet als leefstijlcoach geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister van KABIZ, KRF NL of Stichting Keurmerk fysiotherapie, of in het Kwaliteitsregister Paramedici

### ● Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen

Voor een blijvende verbetering van eetgewoontes en bewegedrag.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | 100%<br>Centrale zorgverlener met gecombineerde leefstijlinterventie (gli)                    |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | € 250 voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's samen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | € 500 voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's samen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | 100% voor beweegprogramma bij gli en andere beweegprogramma's                                 |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Is uw kind jonger dan 18 jaar en heeft het overgewicht? En daardoor een groter risico op ziekte? Dan kan uw kind een programma volgen om toe te werken naar een blijvend gezonde leefstijl. Verschillende zorgverleners werken daarin samen met het kind om niet alleen medische, maar ook sociale en psychische problemen aan te pakken. Ook het gezin of de verzorgers worden daarbij betrokken. Een centrale zorgverlener (CZV) coördineert en begeleidt dit. We noemen dat een ketenaanpak.

##### **De centrale zorgverlener (CZV)**

De huisarts, kinderarts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige stelt vast of sprake is van overgewicht met een groter risico op ziekte. En verwijst dan door naar de CZV. Tijdens de intake kijkt de CZV of er naast medische ook andere problemen zijn die een rol spelen bij het overgewicht. De CZV kijkt welke hulp nodig is en stelt een plan van aanpak op, het zorgplan. Daarna volgt de CZV het verloop van het plan en motiveert het kind en het gezin. Als dat nodig is bespreekt de CZV ook deelname aan een gecombineerde leefstijlinterventie (gli). Deze totale ketenaanpak duurt meestal zo'n 2,5 jaar.

##### **Gecombineerde leefstijlinterventie (gli)**

De gli voor kinderen is altijd op maat en duurt meestal zo'n 2 jaar. Het programma bestaat uit advies en begeleiding op het gebied van voeding, eetgewoontes, beweging en is gericht op een blijvende gedragsverandering.

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

# Huisarts en gezond blijven

De vergoeding geldt alleen als uw kind:

- jonger is dan 18 jaar, en
- samen met het gezin gemotiveerd is om het complete programma voor de ketenaanpak te volgen, en
- een BMI<sup>1</sup> heeft
  - van 30 kg/m<sup>2</sup> of hoger, of
  - van 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

De vergoeding geldt alleen als:

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

Soms blijkt uit de intake dat het beter is om de start van de gli uit te stellen omdat andere problemen een blijvende gedragsverandering in de weg staan. In een tussenperiode van maximaal 6 maanden wordt gekeken naar andere hulpverlening (door onder andere de gemeente) op dit vlak. Als dat nodig is, kan deze periode verlengd worden. Na de tussenperiode kijkt de CZV of de gli nog moet plaatsvinden. Blijkt na deze tussenperiode dat het doel van het zorgplan niet meer bereikt gaat worden binnen afzienbare termijn? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de CZV niet meer. En ook de gli niet.

## Aanvullende beweegprogramma's (voor alle leeftijden)

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

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

## Hier kunt u terecht

Voor de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas:

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

Voor het beweegprogramma:

- fysiotherapeut
- oefentherapeut Cesar of Mensendieck
- thuiszorgorganisatie

## Dit wordt niet vergoed

- de gli voor kinderen als uw kind 16 jaar of ouder is en al een Gecombineerde leefstijlinterventie voor volwassenen volgt
- begeleiding bij beweegactiviteiten en de beweegactiviteiten zelf
- zorg die 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](#). Dat kan dan naast de ketenaanpak plaatsvinden. Wil uw kind op een andere manier aan de leefstijl werken? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden [Preventiecurstussen](#) voor 'gezond gewicht' en een Therapeutisch kamp voor jongeren met overgewicht.

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

### Geen eigen bijdrage

Voor de CZV, de gli en het beweegprogramma betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Voor de CZV, de gli en het beweegprogramma geldt geen eigen risico.

## ● Dit moet u zelf doen

### Voor de centrale zorgverlener moet u een verwijzing hebben

Voordat u met uw kind naar de centrale zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van de huisarts, kinderarts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige.

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de begeleiding en coördinatie van de CZV en de gli alleen als wij vooraf [toestemming](#) hebben gegeven. U vraagt ons toestemming na de intake, maar voordat de begeleiding begint.

U moet ons ook vooraf toestemming vragen voor verlenging van de tussenperiode van 6 maanden tussen intake en gli.

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### 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

We weten allemaal dat roken ongezond is. Wij ondersteunen u bij het stoppen met roken.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Stoppen-met-rokenprogramma, met nicotinevervangers/geneesmiddelen<br>1 keer per kalenderjaar                            |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | € 150 voor stoppen met roken en andere preventiecurssussen, uit vergoeding Preventiecurssussen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | € 250 voor stoppen met roken en andere preventiecurssussen, uit vergoeding Preventiecurssussen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | € 325 voor stoppen met roken en andere preventiecurssussen, uit vergoeding Preventiecurssussen<br>Max. per kalenderjaar |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Wilt u graag stoppen met roken en lukt dat niet alleen? Dan kan uw huisarts, verloskundige of medisch specialist<sup>1</sup> u helpen met korte ondersteunende adviezen. Waar u dan recht op heeft, staat in die vergoedingen.

Voor intensievere begeleiding kunt u meedoen aan een stoppen-met-rokenprogramma. Dat is gericht op stoppen met roken door verandering van uw gedrag. Professionals helpen u met advies, persoonlijke coaching, telefonische coaching of een groepstraining. Eventueel in combinatie met nicotinevervangers, zoals nicotinepleisters of nicotine zuig- of kauwtabletten, of met geneesmiddelen zoals Nortrilen, Zyban of Champix.

Voor een stoppen-met-rokenprogramma kunt u terecht bij:

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

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt:

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

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden ook stoppen met roken. Die staat bij [Preventiecurssussen](#).

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor het stoppen-met-rokenprogramma (inclusief voorgeschreven nicotinevervangers en geneesmiddelen) betaalt u geen eigen bijdrage.

**Geen eigen risico**

Voor het stoppen-met-rokenprogramma (inclusief voorgeschreven nicotinevervangers en geneesmiddelen) geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**U heeft geen verwijzing nodig**

Voor het stoppen-met-rokenprogramma heeft u geen verwijzing nodig.

**Voor nicotinevervangers en geneesmiddelen moet u een voorschrift (recept) hebben**

Voor nicotinevervangers en geneesmiddelen die bij de behandeling horen moet u een voorschrift hebben van uw huisarts. Of van een medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Die laatste 3 moeten een aanvraagformulier invullen. U stuurt dit formulier mee met uw declaratie.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

**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

## ● Preventiecursussen

Fit worden en fit blijven.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding   |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | 75% cursussen eerste hulp en 100% overige cursussen, samen tot € 150<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | 75% cursussen eerste hulp en 100% overige cursussen, samen tot € 250<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | 75% cursussen eerste hulp en 100% overige cursussen, samen tot € 325<br>Max. per kalenderjaar |

### ● Wat u vergoed krijgt

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

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden preventiecursussen. Cursussen voor eerste hulp voor 75%, de overige cursussen voor 100%. Maar altijd tot de maximale vergoeding per kalenderjaar. De maximale bedragen staan hierboven. De cursussen waar het om gaat staan hieronder. In de loop van het jaar kunnen daar cursussen bijkomen.

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

#### **Stoppen met roken (100%)**

- lasertherapie
- Allen Carr-training
- training De Opluchting (videotraining, e-mailtraining of open training van één dag)

#### **Zwangerschap (100%)**

- cursus borstvoeding door een lactatiekundige<sup>1</sup>
- zwangerschapscursus door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of door de Vereniging Samen Bevalen<sup>2</sup>, of de cursus YVLO-ZwangerFit door een (bekken)fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, ingeschreven in het [YVLO-register](#)
- zwangerschapsyoga door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, of door een gekwalificeerde yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland
- cursus om weer fit te worden na de bevalling door een thuiszorgorganisatie, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck

# Huisarts en gezond blijven

## Gezond gewicht (100%)

- cursus gezonde voeding en gezond gewicht door een thuiszorgorganisatie
- cursus van een gewichtsconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN), of van een diëtist aangesloten bij de Nederlandse Vereniging Diëtisten (NVD) of de Diëtisten Coöperatie Nederland (DCN)
- Happy Weight
- programma's Van Klacht naar Kracht, Bewegen op Recept en BigMove aangeboden door een gezondheidscentrum of GGD (vergoeding van de eigen bijdrage)

## Mentale fitheid (100%)

- weerbaarheidstraining voor kinderen tot 16 jaar door een psycholoog
- Kanjertraining door een praktijk met een licentie voor de Ouder- en Kindtraining
- Steviger in je schoenen staan door het Instituut Stema Opleidingen & Coaching
- Sta Sterk training ontwikkeld door Stichting Omgaan met Pesten
- runningtherapie om depressie te voorkomen door een gecertificeerd runningtherapeut die lid is van de Beroepsvereniging Runningtherapie Nederland (BRTN)

## Zelfmanagement (100%)

- cursus Beter Slapen of Slapen kun je leren door een thuiszorgorganisatie
- online cursus Beter Slapen door Somnio.nl
- cursus Leren omgaan met een chronische ziekte van jezelf of een gezinslid door een thuiszorgorganisatie, patiëntenvereniging of GGD
- cursus Valpreventie door een fysiotherapeut of oefentherapeut (die kan ook van een thuiszorgorganisatie zijn) als uw gemeente geen passend aanbod heeft

## Eerste hulp (75%)

- basis-, herhaal- en vervolgcursus EHBO of kinder-EHBO door een organisatie aangesloten bij KNV EHBO, bij Nationale Bond EHBO of gecertificeerd door het Oranjekruis, het Nederlandse Rode Kruis of NIKTA
- cursus EHBO Basis, EHBO bij kinderen, EHBO bij volwassenen en EHBO Top van Livis
- basiscursus reanimeren of AED (automatische externe defibrillator) gecertificeerd door de Nederlandse Reanimatie Raad, gecertificeerd door het Rode Kruis of gegeven door een reanimatiepartner van de Hartstichting
- basiscursus Stop de bloeding – Red een leven door een gecertificeerde instructeur
- Mental Health First Aid (MHFA: Eerste hulp bij psychische problemen): de cursus MHFA standaard of YMHFA (jeugd) door een gecertificeerde trainer van MHFA

## Dit wordt niet vergoed

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

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze preventiecursussen betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Voor deze preventiecursussen geldt geen eigen risico.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

**Uitleg**

1. Lactatiekundige: Een lactatiekundige die volwaardig lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of van de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB)
2. Vereniging Samen Bevalen: Een geregistreerde zwangerschapsdocent Samen Bevalen

## ● Preventief onderzoek

Onderzoek naar uw gezondheid als de basisverzekering dat niet vergoedt.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Bij medische reden, uit vergoedingen Huisarts, Medisch specialist of Erfelijkheidsonderzoek   |
| <b>Startfit</b>         | 1 persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck<br>Max. per kalenderjaar  |
| <b>Benfit</b>           | 1 persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck<br>Max. per kalenderjaar  |
| <b>Optifit</b>          | 1 persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck. En 50% van andere gezondheidschecks en sportmedisch onderzoek, samen tot max. € 200<br>Max. per kalenderjaar   |
| <b>Topfit</b>           | 1 persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck. En tot max. € 350:<br>• 50% van andere gezondheidschecks of sportmedisch onderzoek<br>• 100% van farmacogenetisch onderzoek<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | 1 persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck. En tot max. € 500:<br>• 50% van andere gezondheidschecks of sportmedisch onderzoek<br>• 100% van farmacogenetisch onderzoek<br>Max. per kalenderjaar |

### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u gezondheidsproblemen? Of vragen over uw gezondheid? Dan is de huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt. Heeft u geen klachten, maar wilt u wel uw gezondheid laten onderzoeken? Dan geldt deze vergoeding voor preventief onderzoek.

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

#### **Onze persoonlijke gezondheidscheck of sportcheck**

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

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

#### **Een andere gezondheidscheck of sportmedisch onderzoek**

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook andere checks en uitgebreidere onderzoeken voor 50% tot een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

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

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

### Farmacogenetisch onderzoek

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

Bij farmacogenetisch onderzoek gaat een laboratorium met dna-onderzoek na of een geneesmiddel bij u zal werken, en welke dosis voor u het beste is. Uw arts schrijft het onderzoek voor en vraagt het aan, of weet waar u terecht kunt. Wij vergoeden het farmacogenetisch onderzoek als het gaat om een voor u nieuw geneesmiddel, en als het onderzoek past binnen de adviezen van de KNMP<sup>1</sup>. Uw arts weet of dat zo is. Het zogenoemde dna-paspoort valt ook onder dit farmacogenetisch onderzoek.

### Hier kunt u terecht

- voor onze gezondheidschecks of sportcheck: de door ons gecontracteerde aanbieders
- voor een andere gezondheidscheck of uitgebreider onderzoek: huisarts of medisch specialist
- voor sportmedisch onderzoek of sportmedische keuring: een sportarts
- voor een duikkeuring: een duikerarts<sup>2</sup>
- voor farmacogenetisch onderzoek: laboratorium voor farmacogenetisch onderzoek

### Dit wordt niet vergoed

- bevolkingsonderzoek<sup>3</sup>
- onderzoek dat u voor of via uw werkgever of sportvereniging laat doen

### Andere vergoedingen

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

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

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

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

### Geen eigen risico

Voor preventief onderzoek uit deze vergoeding geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**Soms moet op de rekening staan wie het onderzoek uitvoert**

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

**Voor farmacogenetisch onderzoek moet u een voorschrift van uw arts hebben**

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

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

**Voor meer informatie kunt u terecht bij de ZorgConsulent**

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

**Onze gezondheidscheck is niet geschikt voor kinderen**

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

### Uitleg

1. KNMP: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
2. Duikerarts: Deze moet Nederlands gecertificeerd zijn door het NICDA of Europees gecertificeerd zijn door ECHM/ECB. U vindt een gecertificeerde duikerarts op [www.mijnduikerarts.nl](http://www.mijnduikerarts.nl)
3. Bevolkingsonderzoek: Dat is preventief medisch onderzoek dat de overheid aanbiedt en betaalt, bijvoorbeeld voor borstkanker of darmkanker. Als u er aan mee kunt doen, krijgt u vanzelf bericht



## ● Overgangsconsulente

Ondersteuning tijdens de overgang.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding                               |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                               |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding                               |
| <b>Optifit</b>          | € 200 voor consulten<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | € 350 voor consulten<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | € 500 voor consulten<br>Max. per kalenderjaar |

### ● Wat u vergoed krijgt

In de overgang (menopauze) verandert uw lichaam door hormoonwisselingen. U kunt te maken krijgen met bijvoorbeeld opvliegers, emotionele schommelingen en slaapproblemen. Maar ook in andere levensfasen kunt u klachten krijgen. Een overgangsconsulente geeft u voorlichting, advies en zorg.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden consulten door een overgangsconsulente. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

#### Hier kunt u terecht

Een overgangsconsulente aangesloten bij:

- [Care for Women](#), of
- [Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten](#)

#### Dit wordt niet vergoed

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

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de overgangsconsulente betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Geen eigen risico

Voor zorg van de overgangsconsulente geldt geen eigen risico.

### ● Goed om te weten

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

## ● Medisch specialist

De medisch specialist werkt meestal in het ziekenhuis. Daarom wordt deze zorg ook wel ziekenhuiszorg genoemd.

### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%<br>De meeste ziekenhuiszorg |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding                  |

### ● Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist<sup>1</sup>. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>2</sup>) of in een eigen praktijk.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. En is als behandelaar verantwoordelijk voor uw zorgvraag. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Bijvoorbeeld een scan of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de verantwoordelijke behandelaar ook een SEH-arts<sup>3</sup>, een verpleegkundig specialist of een physician assistant<sup>4</sup> zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg<sup>5</sup>, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

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

Voor sommige behandelingen gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld. Bijvoorbeeld:

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

#### **Dit wordt niet vergoed**

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

#### **Andere vergoedingen**

Deze behandelingen krijgt u soms wel in het ziekenhuis, maar ze vallen niet onder de vergoeding die u nu leest:

- Kaakchirurgie
- Geneeskundige ggz
- Opname voor geneeskundige ggz

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende zorg niet. De aanvullende verzekering soms wel:

- [Aanvullende diagnostiek bij borstkanker](#)
- [Sterilisatie of een hersteloperatie daarvan](#)

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de medisch specialist betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Voor zorg van de medisch specialist geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## ● Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist<sup>6</sup> zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg<sup>7</sup> is geen verwijzing nodig.

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

In drie situaties moet u vooraf toestemming vragen:

- 1 Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg<sup>8</sup> staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf [toestemming](#) hebben gegeven.
- 2 U moet ons toestemming vragen voor controle, onderzoek of behandeling in een aantal zbc<sup>2</sup>'s. 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 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 ons [toestemming](#) vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat we nooit meer vergoeden dan de marktconforme prijs.

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

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

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

Voor zorg in een zbc<sup>2</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. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland.

## Een second opinion kan ook

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

## Wachtlĳst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

### 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. 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. 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. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
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

Soms is een opname in het ziekenhuis nodig om beter te worden.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | 100%<br>Max. 3 jaar  |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding  |
| <b>Topfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Superfit</b>         | € 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort |
| <b>Zorgplan</b>         | € 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort |

### ● Wat u vergoed krijgt

Kleinere operaties en onderzoeken vinden meestal plaats op de polikliniek van een ziekenhuis of in dagopname<sup>1</sup>. U kunt dan dezelfde dag weer naar huis.

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist<sup>2</sup> of de kaakchirurg<sup>3</sup> in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg<sup>4</sup>
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

Soms is opname in het ziekenhuis niet meer nodig. Maar heeft u nog wel een hoog risico op ernstige complicaties waarbij direct medisch-specialistische zorg nodig is. Bijvoorbeeld als u CAR-T celtherapie ondergaat voor een agressieve vorm van lymfeklierkanker. Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook verblijf dichtbij het ziekenhuis, als uw eigen huis te ver weg is. Bij dat verblijf is geen verpleging, verzorging of paramedische zorg nodig. De vergoeding hiervoor is maximaal € 89 per dag.

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

### Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>5</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 zijn nog andere soorten zorg waarvoor u kunt worden opgenomen. Daarom staan deze apart vermeld:

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

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## ● Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist<sup>6</sup> zijn. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg<sup>7</sup> is geen verwijzing nodig.

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg<sup>8</sup> staan, vergoeden wij de opname alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

Soms moet u ons ook toestemming vragen als u wordt opgenomen 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 ons vooraf toestemming vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de opname niet.

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat we nooit meer vergoeden dan de marktconforme prijs.

### Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de ziekenhuisopname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

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

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen 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. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Voor een geplande opname in het buitenland moet u bijvoorbeeld vooraf toestemming van ons hebben.

#### **Uitleg**

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis
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. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
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

## ● Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | In bepaalde gevallen   |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij lichamelijke functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen</li><li>• Correctie flaporen tot 18 jaar</li></ul> |
| <b>Topfit</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij lichamelijke functiestoornis</li><li>• Correctie flaporen tot 18 jaar</li></ul>  |
| <b>Superfit</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij lichamelijke functiestoornis</li><li>• Correctie flaporen tot 18 jaar</li></ul>  |

### ● Wat u vergoed krijgt

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Maar plastische chirurgie is veel meer. Het kan ook gaan om operaties om een aangeboren afwijking te herstellen. Of om het lichaam te herstellen na een ongeluk, zoals bij brandwonden. Ook als er bij een medische behandeling een litteken overblijft waar u last van heeft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

Hieronder leest u wanneer de Vrije Keuze Basisverzekering of aanvullende verzekering plastische chirurgie vergoedt. Wat de basisverzekering vergoedt, moet 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 **Vrije 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, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslachte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
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: een lip-, kaak- en gehemeltepleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urinewegen en geslachtsorganen
8. het veranderen van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg<sup>4</sup>, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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



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

Optifit vergoedt plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als het gaat om correctie van bovenoogleden of om het vervangen van borstprothesen

Topfit en Superfit vergoeden plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

## Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist<sup>5</sup>, zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten 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.

## Dit wordt niet vergoed

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

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor plastische chirurgie betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

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

## ● Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Bij acute zorg<sup>7</sup> is geen verwijzing nodig.

### Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg<sup>8</sup> staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

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

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.

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

### ● Goed om te weten

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

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

Voor zorg in een zbc<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.

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

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

#### **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

Als het niet lukt om zwanger te worden.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Tot 43 jaar<br>Bij ivf alleen 1e, 2e en 3e poging, uit vergoeding Ivf |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benefit</b>          | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding   |
| <b>Topfit</b>           | 4e en 5e poging ivf (tot 43 jaar), uit vergoeding Ivf                 |
| <b>Superfit</b>         | Extra pogingen ivf (tot 43 jaar), uit vergoeding Ivf                  |

### ● Wat u vergoed krijgt

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.

Voldoet u aan de volgende 2 voorwaarden?

- u bent als vrouw jonger dan 43 jaar, en
- u hebt een kinderwens, maar zwanger worden lukt al lange tijd niet door een medische oorzaak

Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering:

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

Voor Ivf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

#### **Dit wordt niet vergoed**

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

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**U moet vooraf een verwijzing hebben**

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

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

**We kijken naar de kans op zwangerschap**

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt vruchtbaarheidsbehandelingen alleen als zwanger worden lange tijd niet lukt. De huisarts verwijst u dan naar de gynaecoloog. De leeftijd van de vrouw en de kwaliteit van het sperma zijn belangrijk voor de kans op zwangerschap. De gynaecoloog bepaalt een indicatie van die kans. De 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>1</sup> krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

**Uitleg**

1. 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)

Reageerbuisbevruchting.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Tot 43 jaar, 3 pogingen<br>Na doorgaande zwangerschap opnieuw 3 pogingen |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding  |
| <b>Topfit</b>           | Tot 43 jaar, poging 4 en 5   |
| <b>Superfit</b>         | Tot 43 jaar, extra pogingen  |

### ● Wat u vergoed krijgt

Als zwanger worden lange tijd niet lukt, kan de huisarts u uiteindelijk doorverwijzen naar de medisch specialist. Die bespreekt met u of u bijvoorbeeld in-vitrofertilisatie (ivf) of een andere vruchtbaarheidsbehandeling nodig heeft. Bij ivf vindt de bevruchting buiten het lichaam plaats. Als bij ivf een zaadcel in de eicel wordt geïnjecteerd, spreken we van een icsi<sup>1</sup>-behandeling. Wij vergoeden ivf en icsi, als u een medische indicatie heeft voor deze zorg.

Voor elke keer dat u zwanger wilt worden, vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** de 1e, 2e en 3e poging ivf of icsi. De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden extra pogingen ivf of icsi. Topfit vergoedt de 4e en 5e poging. Superfit vergoedt ook nog de pogingen daarna.

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

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

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

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

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

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 bij implantatie van een ingevroren embryo

### **Er gelden leeftijdsgrenzen**

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

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

De basis- en aanvullende verzekering vergoeden ivf en icsi alleen als dit in uw geval zinnig is. Dat betekent voor de eerste 3 pogingen:

- 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

Voor de 4e of volgende poging geldt:

- dat de basisverzekering de eerste 3 pogingen heeft vergoed, en
- dat er sprake is van voldoende follikelvorming, eicel-opbrengst én opbrengst van in-vitro-embryo's bij die eerdere pogingen ivf of icsi. Daarbij mag geen sprake zijn van onvoldoende opgewerkte spermacellen of premature ovariële insufficiëntie (POI)

### **Hier kunt u terecht**

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

### **Dit wordt niet vergoed**

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

## ● **Wat u zelf betaalt**

### **Geen eigen bijdrage**

Voor ivf betaalt u geen eigen bijdrage.

### **Het eigen risico**

Het eigen risico geldt alleen voor de 1e, 2e en 3e poging ivf. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

Wilt u voor ivf of icsi naar het buitenland? Een deel van de ivf- of icsi-behandeling vindt plaats tijdens dagopname<sup>3</sup>. Daarom moet u ons vooraf toestemming vragen.

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

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

### Let op bij zorg in het buitenland

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

### Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

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

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

Voor zorg in een 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. Icsi: Intracytoplasmatische sperma-injectie
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. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis
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

## ● Erfelijkheidsonderzoek

Heb ik kans op een erfelijke ziekte? Kan ik het doorgeven?

### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%<br>Erfelijkheidsonderzoek en -advies |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding                           |

### ● Wat u vergoed krijgt

Erfelijkheidsonderzoek kan antwoord geven op de vraag of u (kans op) een erfelijke ziekte of aandoening heeft, en of u die kunt doorgeven.

Het onderzoek kan bestaan uit medisch onderzoek, laboratoriumonderzoek of stamboomonderzoek. Advies over erfelijke ziekte en psychosociale begeleiding rond erfelijkheid horen daar ook bij.

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

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt erfelijkheidsonderzoek en -advies.

#### Hier kunt u terecht

- klinisch-genetisch centrum. Dit wordt ook wel centrum voor erfelijkheidsonderzoek genoemd

#### Dit wordt niet vergoed

- onderzoek om ouderschap vast te stellen

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor erfelijkheidsonderzoek betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Het eigen risico

Voor erfelijkheidsonderzoek geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

#### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

### ● Goed om te weten

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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



### **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

### ● **Borstkanker: aanvullend onderzoek**

Meer zekerheid bij de keuze van een vervolgbehandeling.

#### ● **Vergoeding per verzekering**

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| <b>Basisverzekering</b> | Oncotype DX     |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding |
| <b>Optifit</b>          | MammaPrint      |
| <b>Topfit</b>           | MammaPrint      |
| <b>Superfit</b>         | MammaPrint      |
| <b>OntzorgPlus</b>      | MammaPrint      |

#### ● **Wat u vergoed krijgt**

Als u de diagnose borstkanker heeft gekregen, beslist u samen met uw medisch specialist over uw behandeling. Dan kan het ook gaan over chemotherapie.

Is er twijfel of chemotherapie in uw geval toegevoegde waarde heeft? Soms kunnen de testen MammaPrint of Oncotype DX helpen bij de beslissing. Deze testen kijken naar de genactiviteit in de tumor. De uitslag geeft aan of de kans op uitzaaiingen of terugkeer van de tumor hoog of laag is.

Of een van deze testen voor u geschikt is, kunt u bespreken met uw medisch specialist. Dit hangt onder meer af van de soort borstkanker, het stadium en de eigenschappen van de tumor.

Diagnose en behandeling van borstkanker vallen onder de vergoeding Medisch specialist. De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt die zorg. En Oncotype DX als dat voor u nodig is.

Vindt uw medisch specialist dat MammaPrint nodig is voor een goede beslissing over uw vervolgbehandeling? Dan vergoeden de **aanvullende verzekeringen** Optifit, Topfit, Superfit en OntzorgPlus deze test.

#### ● **Wat u zelf betaalt**

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor de MammaPrint en Oncotype DX betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Het eigen risico**

Voor Oncotype DX geldt het eigen risico. Voor MammaPrint geldt het eigen risico niet.

#### ● **Dit moet u zelf doen**

##### **U moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist**

U hoeft daarvoor zelf niets te doen. Uw medisch specialist regelt de test voor u.

### **Met OntzorgPlus moet u contact met ons opnemen**

Neem voordat u het aanvullend onderzoek krijgt, contact op met onze ZorgConsulent. Die kan ook met u meedenken over andere vragen rondom uw zorg.

- **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### **OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden**

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding.

### ● **Organtransplantatie en -donatie**

Heeft u een nieuw orgaan of weefsel nodig? Of bent u donor voor iemand anders?

#### ● **Vergoeding per verzekering**

|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%                             |
|                                  | Ook de meeste zorg voor de donor |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding                  |

#### ● **Wat u vergoed krijgt**

Bij een organtransplantatie wordt een niet of slecht functionerend orgaan bij een 'ontvanger' vervangen door eenzelfde orgaan van iemand anders, de donor. Een donor kan in leven zijn, bijvoorbeeld bij transplantatie van een nier of een deel van de lever. Weefseltransplantatie komt ook voor. Dan kan het bijvoorbeeld gaan om huid of hoornvlies.

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

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

Heeft uw donor zelf geen basisverzekering (bij ons of een andere zorgverzekeraar), bijvoorbeeld omdat uw donor in het buitenland woont? Dan vergoedt uw Vrije Keuze Basisverzekering ook:

- het openbaar vervoer (2e klas) binnen Nederland van en naar alle hierboven genoemde zorg voor de donor. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto
- vervoer van de donor naar Nederland en terug als de donor in het buitenland woont en transplantatie van nier, beenmerg of lever in Nederland plaatsvindt. Ook vergoeden wij dan de overige kosten die verband houden met de transplantatie en die de donor maakt doordat die in het buitenland woont. De verblijfskosten in Nederland en eventuele inkomsten die de donor misloopt, vergoeden wij niet

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

- uw kosten van openbaar vervoer (2e klas) van en naar alle hierboven genoemde zorg. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto
- uw vervoer naar Nederland en terug, als u in het buitenland woont en transplantatie van nier, beenmerg of lever in Nederland plaatsvindt. Ook vergoeden wij dan de overige kosten die verband houden met de transplantatie en die u maakt doordat u in het buitenland woont. De verblijfskosten in Nederland en eventuele inkomsten die u misloopt, vergoeden wij niet
- 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
- een ander EU- of EER-land<sup>1</sup>
- een 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 u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor zorg bij orgaantransplantatie en -donatie betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

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

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

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

## • Dit moet u zelf doen

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

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

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

### Als donor kunt u sommige onkosten vergoed krijgen

Er is een subsidieregeling als u zelf donor bent. De [Nederlandse Transplantatiestichting](#) voert de subsidieregeling uit en kan u hier meer informatie over geven.

## 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

Als uw nieren niet goed meer werken.

### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%<br>In een instelling of bij u thuis |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding                          |

### ● Wat u vergoed krijgt

Uw nieren halen de afvalstoffen uit uw bloed en regelen de hoeveelheid vocht in uw lichaam. Als uw nieren niet goed werken, kan een behandeling nodig zijn die de nierfunctie vervangt. Die behandeling heet dialyse.

Er zijn 2 vormen van dialyse:

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

Voor de dialyse gaat u naar het ziekenhuis of een dialysecentrum. De dialyse kan ook bij u thuis gebeuren.

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

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

Als u de dialyse thuis doet, krijgt u daarbij meestal ondersteuning van het ziekenhuis of het dialysecentrum waar u onder behandeling bent. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze ondersteuning ook. Het kan gaan om:

- opleiding en psychosociale begeleiding van uzelf en uw familie of mantelzorgers die u helpen bij de thuisdialyse
- 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 dialysetoel)
- deskundige hulp van bijvoorbeeld een verpleegkundige

### **Andere vergoedingen**

Bij thuisdialyse maakt u ook zelf extra kosten. Als er geen andere wettelijke regeling is die dit regelt, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering:

- aanpassingen in en aan de woning die nodig zijn voor de dialyse
- herstel van de woning in de oorspronkelijke staat, als de aanpassingen niet meer nodig zijn
- een bedrag per week voor de extra kosten van water, elektriciteit en onderhoud

Daarvoor geldt de vergoeding Woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse.

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor dialysezorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Het eigen risico**

Voor dialysezorg geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

**Dialyse tijdens vakantie in het buitenland**

Wilt u op vakantie naar het buitenland? Dan wilt u dat goed voorbereiden. Bel onze [ZorgConsulent](#) voor de (vergoedings)mogelijkheden. Ook [Nierpatiënten Vereniging Nederland](#) kan u adviseren.

## ● Mechanische beademing

Als ademen niet meer vanzelf gaat.

### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%<br>In een instelling of bij u thuis |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding                          |

### ● Wat u vergoed krijgt

Bij een ernstige (long)ziekte of als u in coma ligt, kunt u soms niet zelfstandig (voldoende) ademen. Een beademingsapparaat kan dan de ademhaling overnemen. Dit heet ook wel mechanische beademing en gebeurt meestal in een ziekenhuis.

Soms is de mechanische beademing lange tijd, of zelfs levenslang, nodig. Dan kan de beademing ook buiten het ziekenhuis plaatsvinden. Bijvoorbeeld in een verpleeghuis.

Als uw medische situatie dat toelaat krijgt u de beademing thuis. Een centrum voor thuisbeademing begeleidt u en uw familie of mantelzorgers daarbij. Er zijn in Nederland 4 van deze centra, elk met een eigen werkgebied.

Het centrum voor thuisbeademing levert de apparatuur die u thuis nodig heeft. En stelt die voor u in. De verpleegkundigen leren u, uw familie of mantelzorgers hoe u ermee om moet gaan. Verder levert het centrum alle medisch-specialistische zorg en geneesmiddelen die u bij de beademing nodig heeft.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt mechanische beademing:

- in het ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis
- thuis met apparatuur, zorg en begeleiding van het centrum voor thuisbeademing

Bij mechanische beademing thuis krijgt u ook een vergoeding voor stroomkosten (elektriciteitskosten). Die is € 0,06 per uur dat u de beademing nodig heeft (€ 1,44 per dag bij een gebruik van 24 uur).

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor mechanische beademing betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Voor mechanische beademing geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Goed om te weten

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

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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



### ● Voorwaardelijk toegelaten zorg

Meedoen aan onderzoek naar nieuwe behandelingen.

### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100% als u meedoet aan het onderzoek |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding                      |

### ● Wat u vergoed krijgt

De overheid bepaalt welke zorg de basisverzekering vergoedt. Die zorg wordt ook wel 'het basispakket' genoemd.

Omdat de zorg steeds in ontwikkeling is, bepaalt de overheid niet alles in detail. Een algemene grens aan het basispakket is dat zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Als nieuwe zorg daaraan voldoet, kan deze in het basispakket komen zonder dat er steeds een aanpassing van de wettelijke regels nodig is.

Zorginstituut Nederland onderzoekt wat de stand van de wetenschap is, en publiceert daarover. Zo wordt duidelijk wat op een bepaald moment wel en niet in het basispakket zit.

Soms lijkt een behandeling, geneesmiddel of hulpmiddel effectief voor een bepaalde groep patiënten. Maar is er nog niet genoeg onderzoek gedaan om dit met zekerheid te kunnen zeggen. Dan voldoet die zorg nog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De overheid kan de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel dan voor een bepaalde tijd toch toevoegen aan het basispakket. In die periode wordt dan onderzoek gedaan naar de effectiviteit ervan.

Bent u een van de patiënten voor wie de behandeling, het geneesmiddel of het hulpmiddel zou kunnen werken? Dan kunt u deze vergoed krijgen. U moet wel meedoen aan het wetenschappelijk onderzoek.

In het document [voorwaardelijke toelating tot het basispakket](#) staat:

- welke zorg op dit moment voorwaardelijk is toegelaten tot het basispakket
- welke patiënten de zorg kunnen krijgen
- aan welk onderzoek u moet meedoen om de kosten ervan vergoed te krijgen
- voor welke periode de zorg is toegelaten
- waar u terecht kunt

Elke 3 maanden kan de minister nieuwe behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen toelaten. Daarom kan het document in de loop van het jaar worden aangepast.

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor voorwaardelijk toegelaten zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Het eigen risico

Voor voorwaardelijk toegelaten zorg geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

- U moet vooraf een verwijzing hebben**

- Voor u naar het ziekenhuis gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

- **Goed om te weten**

- De algemene regels zijn altijd van toepassing**

- De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

- Niet bij alle ziekenhuizen of zorgverleners krijgt u vergoeding**

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

## ● Second opinion

Als u twijfelt aan de noodzaak van een ingrijpende behandeling.

### ● Vergoeding per verzekering

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| Basisverzekering          | 100%            |
| Aanvullende verzekeringen | Geen vergoeding |

### ● Wat u vergoed krijgt

Twijfelt u over de diagnose die uw huisarts, medisch specialist of andere zorgverlener met u heeft besproken? Of over een voorgestelde behandeling? Dan kunt u de mening van een (andere) arts<sup>1</sup> vragen: een second opinion. Die arts geeft alleen zijn visie en neemt niet de behandeling over.

Een second opinion is bedoeld om u zo goed mogelijk te informeren, voordat u een beslissing neemt over een behandeling. Het is belangrijk om uw wens voor een second opinion eerst te bespreken met uw eigen zorgverlener. Bij die zorgverlener komt u na de second opinion namelijk ook weer terug.

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

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

#### Hier kunt u terecht

- een arts die werkt in hetzelfde vakgebied als de 1e zorgverlener

#### Dit wordt niet vergoed

- een second opinion over de mate waarin u arbeidsongeschikt bent
- kosten voor een kopie van uw medisch dossier, als de 1e zorgverlener of het ziekenhuis die in rekening brengt

#### Andere vergoedingen

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

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor een second opinion betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Het eigen risico

Voor een second opinion over zorg door een huisarts of over verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Voor een second opinion over andere zorg geldt het eigen risico wel. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

**U moet een verwijzing hebben**

Wij vergoeden de second opinion alleen als u daarvoor een verwijzing heeft van een arts. Dit kan uw eigen zorgverlener zijn als dat een arts is. Anders kunt u uw huisarts om een verwijzing vragen.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die de 1e zorgverlener normaal gesproken verleent.

**De ZorgConsulent helpt u**

Voor informatie en advies over een second opinion kunt u ook altijd bij onze ZorgConsulent terecht.

### **Uitleg**

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

### ● Verblijf in een logeerhuis

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

#### ● Vergoeding per verzekering

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

#### ● Wat u vergoed krijgt

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

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

Voor het verblijf betaalt u een bedrag per dag. We noemen dat hierna logeerkosten. Het logeerhuis noemt het bedrag soms 'eigen bijdrage'.

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

##### 1. Ziekenhuisbehandeling van een kind onder de 18 jaar

Wordt uw kind behandeld of opgenomen in het ziekenhuis? De aanvullende verzekering Benfit en hoger en OntzorgPlus van het kind vergoedt de logeerkosten van de ouder, als die ook zo'n verzekering bij ons heeft. Benfit en Optifit vergoeden maximaal € 12,50 per dag, tot maximaal € 260 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de logeerkosten volledig. OntzorgPlus vergoedt de logeerkosten volledig als uw kind wordt opgenomen binnen 1 jaar na een ernstig ongeval of vaststelling van een ernstige aandoening.

### 2. Ziekenhuisopname vanaf 18 jaar

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

### 3. Na transplantatie of behandeling van kanker

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

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

#### Hier kunt u terecht

- logeerafdeling of logeerhuis van het ziekenhuis
- Ronald McDonald Huis

#### Andere vergoedingen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt logeren ook in plaats van:

- [Ziekenvervoer](#)
- [Ziekenhuisopname](#)

#### ● Wat u zelf betaalt

##### De eigen bijdrage

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

##### Geen eigen risico

Voor verblijf in een logeerhuis geldt geen eigen risico.

#### ● Dit moet u zelf doen

##### Met OntzorgPlus moet u contact met ons opnemen

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

#### ● Goed om te weten

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

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

##### Het ziekenhuis weet wat de mogelijkheden zijn

Meestal staat het ook op de website van het ziekenhuis. Informatie over de Ronald McDonald Huizen vindt u bij het [Kinderfonds](#).

##### OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden

De [uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus](#) bepalen uw vergoeding.

### • Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder

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

#### • Vergoeding per verzekering

|                  |   |
|------------------|---|
| Basisverzekering | Geen vergoeding   |
| Startfit         | Geen vergoeding   |
| Benfit           | Geen vergoeding   |
| Optifit          | Geen vergoeding   |
| Topfit           | Geen vergoeding   |
| Superfit         | € 25 per werkdag, vanaf 4e opnamedag<br>Max. per dag, max. 60 werkdagen |

#### • Wat u vergoed krijgt

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

##### Hier kunt u terecht

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

##### Andere vergoedingen

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

#### • Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor kinderopvang bij ziekenhuisopname betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Geen eigen risico

Voor kinderopvang bij ziekenhuisopname geldt geen eigen risico.

#### • Goed om te weten

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

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

##### Heeft u nog geen opvang? De ZorgConsulent helpt u verder

Heeft u geen contract met een erkende kinderopvanginstelling? Dan helpt onze [ZorgConsulent](#) u graag met het zoeken van kinderopvang.

### ● Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

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

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding                  |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding                  |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding                  |
| <b>Topfit</b>           | Geen vergoeding                  |
| <b>Superfit</b>         | € 2.500<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Zorgplan</b>         | € 2.500<br>Max. per kalenderjaar |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Wordt u in het ziekenhuis opgenomen? Dan geldt de vergoeding [Ziekenhuisopname](#).

In veel ziekenhuizen kunt u gebruik maken van extra voorzieningen of service om uw ziekenhuisopname iets aangenamer te maken. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan vergoeden de 4 voorzieningen die hieronder staan. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor al die voorzieningen samen. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Het moet gaan om een ziekenhuisopname in Nederland, België of Duitsland die noodzakelijk is voor onderzoek of behandeling door de [Medisch specialist](#).

Wij vergoeden:

- 1a. een eenpersoonskamer die u op eigen verzoek krijgt in plaats van een meerpersoonskamer. Het gaat dus niet om een eenpersoonskamer die u krijgt omdat u apart moet worden verpleegd, bijvoorbeeld vanwege infectiegevaar, of
- 1b. een compensatie van € 75 per opnamedag als het ziekenhuis wel deze eenpersoonskamers-op-verzoek heeft, maar ze tijdens uw opname niet beschikbaar zijn. In Nederland geldt deze compensatie bij ziekenhuizen in ons [overzicht](#)
2. het luxepakket dat het ziekenhuis aanbiedt. Dat kan zijn voor:
  - bellen met een toestel op uw kamer, binnen Nederland
  - koelkast, gevuld met dranken
  - krant of tijdschrift
  - koffie en thee voor uw bezoek
  - luxe maaltijden of een extra snack
  - gebruik televisie en internet
3. een extra bed op de kamer of extra maaltijd als uw partner tijdens uw opname bij u kan verblijven



4. een bedrag voor parkeerkosten van uzelf of uw bezoek. Bij een opname van maximaal 5 dagen is dit bedrag € 50. Bij een opname van 6 dagen of langer is dit bedrag € 100

### Hier kunt u terecht

- ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>1</sup>) in Nederland, België of Duitsland
- als u buiten Nederland, België of Duitsland woont: een ziekenhuis in ieder land

### Dit wordt niet vergoed

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

### Andere vergoedingen

Assistentie en extra service vóór uw ziekenhuisopname en na ontslag staan apart vermeld.

OntzorgPlus biedt soms ondersteuning thuis bij een spoedopname.

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor extra luxe en comfort bij ziekenhuisopname betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Voor extra luxe en comfort bij ziekenhuisopname geldt geen eigen risico.

## • Dit moet u zelf doen

### De eenpersoonskamer regelt u zelf

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

### Bel ons. Wij kunnen het comfort voor u regelen

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

### Compensatie declareert u met het formulier privékamer

Ziekenhuizen met eenpersoonskamers voor gebruik op eigen verzoek, staan in ons overzicht. Is zo'n kamer tijdens uw opname niet beschikbaar? De compensatie van € 75 per opnamedag declareert u eenvoudig met het formulier privékamer.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### Weten welke ziekenhuizen eenpersoonskamers bieden?

Kijkt u in ons overzicht van de Nederlandse ziekenhuizen waar u terecht kunt voor een eenpersoonskamer. Of u er tijdens een opname gebruik van kunt maken, is afhankelijk van beschikbaarheid op dat moment.

### Ziekenhuisopname in het buitenland?

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

### **Uitleg**

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

### ● **Ziekenhuisopname: assistentie en extra service voor en na**

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

#### ● **Vergoeding per verzekering**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding  |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding  |
| <b>Topfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Superfit</b>         | Assistentie<br>Vervoer heen en terug (€ 0,27 per km)<br>Max. 2 overnachtingen na ontslag<br><br>Overnachting: max. € 100 per nacht |
| <b>Zorgplan</b>         | Assistentie<br>Vervoer heen en terug (€ 0,27 per km)<br>Max. 2 overnachtingen na ontslag<br><br>Overnachting: max. € 100 per nacht |

#### ● **Wat u vergoed krijgt**

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

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

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

## Opname in Nederland

Bij opname in een Nederlands ziekenhuis vergoeden wij:

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

Als u met spoed wordt opgenomen, dan zijn de bovenste 3 niet mogelijk.

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

### a. uitgebreid telefonisch consult bij een medisch specialist

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

### b. begeleiding artsgesprek

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

## Opname in België of Duitsland?

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

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

### **Andere vergoedingen**

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

### ● **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor assistentie en service bij ziekenhuisopname betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

Voor assistentie en service bij ziekenhuisopname geldt geen eigen risico.

### ● **Dit moet u zelf doen**

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

Is de datum van opname bekend? Neem contact op met onze [ZorgConsulent](#) over de mogelijkheden voor assistentie en extra services.

#### **Vervoer regelt u zo**

U laat de Zorgassistent uw vervoer regelen. Of u doet het zelf via taxicentrale Transvision. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30. Na de telefonische intake met Transvision kunt u ook online ritten boeken via hun reserveringstool.

### ● **Goed om te weten**

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

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

#### **We gaan voor autovervoer uit van de optimale route**

Het aantal kilometers berekenen wij met [Google Maps](#). Wij vergoeden alleen de kilometers waarbij u zelf passagier bent.

#### **Opname buiten Nederland, België of Duitsland?**

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

### ● Verpleging en verzorging in de eigen omgeving

Zorg die u in de eigen omgeving krijgt. Bijvoorbeeld verzorging van een wond. Of hulp bij opstaan, wassen en aankleden. De zorg wordt ook wel 'wijkverpleging' genoemd.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding   |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u door uw medische situatie verpleging en verzorging in de eigen omgeving nodig? Dan komt de verpleegkundige of verzorgende naar u toe. Uw eigen omgeving is meestal thuis, maar kan ook tijdelijk ergens anders zijn, bijvoorbeeld als u bij een familielid logeert of op vakantie bent.

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.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt verpleging en verzorging in de eigen omgeving als u geneeskundige zorg nodig heeft of daar een grote kans op is.

Een verpleegkundige beoordeelt welke zorg u nodig heeft, en hoe vaak en hoe lang. De verpleegkundige doet dat in uw eigen omgeving. Dat is meestal bij u thuis. U bent daar zelf bij. Dit heet ook wel 'indicatiestelling'. De verpleegkundige kijkt ook wat u zelf kunt doen. Of kunt leren. En waar een partner of mantelzorger u mee kan helpen. Misschien heeft u alleen een hulpmiddel nodig. Of zorg van een andere zorgverlener, zoals een fysiotherapeut of ergotherapeut. Het kan ook zijn dat niet alle zorg onder deze vergoeding Verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt. Als het bijvoorbeeld om huishoudelijke hulp gaat, dan moet de gemeente dat regelen. De verpleegkundige zet de belangrijkste afspraken over hoe de zorg wordt ingevuld samen met u in een zorgplan.

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

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

Voor kinderen jonger dan 18 jaar geldt deze vergoeding ook. Een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige doet dan de indicatiestelling voor verpleging en eventueel verzorging. Meestal komt u met de kinderverpleegkundige in contact via de kinderarts die uw kind behandelt.

Gaat uw kind naar een verpleegkundig kinderdagopvang of een verpleegkundig kindertehuis? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering het verblijf en de zorg daar. Maar alleen als uw kind continu toezicht nodig heeft, of als er dag en nacht verpleegkundige zorg in de buurt beschikbaar moet zijn.

#### **Casemanagement bij dementie**

Als iemand met dementie verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, dan is er vaak ook iemand nodig die dat coördineert: een casemanager. Dit is een vaste contactpersoon, meestal een verpleegkundige, die zorgt dat alle zorg goed op elkaar wordt afgestemd. Voor casemanagement bij dementie geldt ook de vergoeding die u nu leest. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt of casemanagement nodig is.

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

In de laatste levensfase kan aangepaste zorg nodig zijn. De zorg is bedoeld om de kwaliteit van uw leven in deze periode zo goed mogelijk te houden en om uw naasten te ondersteunen. Dit heet palliatieve terminale zorg. U kunt deze zorg thuis krijgen, maar ook in een hospice of bijna-thuis-huis. De verpleegkundige stelt de indicatie. Een arts moet vooraf hebben bepaald dat sprake is van de laatste levensfase. Dat kan uw huisarts zijn, een medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten. Waken vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering alleen als dat om verpleegkundige redenen nodig is.

### **Hier kunt u terecht**

De indicatiestelling moet worden gedaan door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige of een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige. Die moet zijn aangesloten bij een netwerk<sup>1</sup> dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert.

De zorg wordt gegeven door een verpleegkundige of een verzorgende individuele gezondheidszorg. Of, als het gaat om zorg voor een kind onder de 18 jaar, door een kinderverpleegkundige.

### **Zorgverlener zonder contract**

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#). En u moet ons vooraf toestemming vragen voor de zorg.

### **Zelf meer regie voeren met een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)?**

Uw zorgverlener zorgt ervoor dat u op tijd de juiste zorg krijgt en stuurt meestal de rekening rechtstreeks aan ons. Wilt u dit liever zelf regelen? Dan kunt u een [Persoonsgebonden budget \(Zvw-pgb\)](#) bij ons aanvragen. Met een Zvw-pgb maakt u zelf afspraken met zorgverleners. U betaalt de zorgverleners zelf, en u declareert de kosten bij ons.

### **Dit wordt niet vergoed**

- 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**

Is het nodig dat u tijdelijk wordt opgenomen, maar hoeft dat niet in een ziekenhuis? Dan geldt meestal de vergoeding [Eerstelijns verblijf](#).

Voor (verpleegkundige) zorg rond de bevalling geldt de vergoeding [Zwangerschap en bevalling](#).

Voor verpleegkundige zorg bij medisch-specialistische zorg thuis, zoals [Dialyse](#) of [Mechanische beademing](#) gelden die vergoedingen.

Voor kinderen met een lichamelijke handicap, of met meerdere lichamelijke problemen tegelijk en in sommige andere situaties vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering [Ziekenvervoer](#) van huis naar een zorgverlener en terug.

## ● **Wat u zelf betaalt**

### **Geen eigen bijdrage**

Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving betaalt u geen eigen bijdrage.

## Geen eigen risico

Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving geldt geen eigen risico. Ook niet als u die zorg via een Zvw-pgb vergoed krijgt.

## • Dit moet u zelf doen

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

Dit hangt af van de zorgverlener die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Heeft uw zorgverlener een contract met ons? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij afspraken over de toestemming.
2. Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan moet u vooraf toestemming bij ons vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

Hier 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 Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de herbeoordeling, maar alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Wij kunnen deze andere verpleegkundige aanwijzen. 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)

Zélf meer regie over verpleging en verzorging in uw eigen omgeving.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%, volgens reglement Zvw-pgb |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding                 |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u recht op Verpleging en verzorging in de eigen omgeving? En wilt u zelf meer regie hebben over de zorg die u krijgt? Dan kunt u een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aanvragen. Daarmee kunt u zelf zorgverleners inhuren. Dat kunnen ook 'informele zorgverleners' zijn, zoals familielieden of kennissen.

Met een Zvw-pgb bent u niet alleen verantwoordelijk voor het inhuren, inroosteren en betalen van 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 het nodige van u. Wij kijken daarom samen met u of u aan alle regels kunt voldoen. Of iemand heeft die dit namens u wil doen. Alle voorwaarden staan in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2024. U leest daar ook welke zorgverleners u mag inschakelen en welke tarieven u maximaal mag afspreken.

Wilt u een Zvw-pgb aanvragen? Stuur ons dan het ingevulde aanvraagformulier. Het 'verpleegkundige deel' (deel 1) van het formulier moet door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige worden ingevuld. Of door een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist kindergeneeskunde<sup>1</sup>, als het gaat om zorg voor iemand onder de 18 jaar. Het 'verzekerden deel' (deel 2) moet u zelf invullen. Hierin geeft u aan met welke zorgverleners u de zorg gaat organiseren.

Als wij het formulier hebben ontvangen, bellen wij u 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. Als u de toestemmingsbrief heeft, kunt u contracten afsluiten met uw zorgverleners.

#### **Dit wordt niet vergoed**

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

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Geen eigen risico**

Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving geldt geen eigen risico. Ook niet als u die zorg via een Zvw-pgb vergoed krijgt.

- **Dit moet u zelf doen**

**Een Zvw-pgb moet u bij ons aanvragen**

Wij vergoeden verpleging en verzorging via een Zvw-pgb alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen, via een toestemmingsbrief. Met het aanvraagformulier vraagt u toestemming.

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

Lees daarom vooraf goed het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2024 door. Daarin staat waar u allemaal aan moet denken. Meer informatie vindt u ook op www.pgb.nl.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

U gebruikt dit formulier om rekeningen van informele zorgverleners te declareren. Ook voor formele zorgverleners met een AGB-code die begint met 91. Rekeningen van andere formele zorgverleners kunt u zonder dat formulier declareren.

### Uitleg

1. Verpleegkundig specialist kindergeneeskunde: Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

### ● Eerstelijns verblijf

Als u tijdelijk meer zorg nodig heeft dan thuis mogelijk is. Bijvoorbeeld omdat u herstelt van een zware longontsteking.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | 100%<br>3 maanden, langer na onze toestemming                |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding  |
| <b>Topfit</b>           | € 50 per dag voor extra faciliteiten<br>Max., tijdens opname |
| <b>Superfit</b>         | 100% extra faciliteiten<br>Tijdens opname                    |
| <b>Zorgplan</b>         | 100% extra faciliteiten<br>Tijdens opname                    |

### ● Wat u vergoed krijgt

Kunt u door de zorg die u nodig heeft even niet thuis wonen, maar is opname in het ziekenhuis niet (meer) nodig? Of moet uw medische situatie extra in de gaten gehouden worden? Dan kan de huisarts u tijdelijk laten opnemen voor eerstelijns verblijf.

Tijdens uw opname krijgt u huisartsenzorg, en als dat nodig is verpleging en verzorging. Eerstelijns verblijf is bedoeld voor kortdurend verblijf waarbij u er ernaartoe werkt om weer naar huis te gaan. Dit is anders als de zorg te maken heeft met de laatste levensfase.

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

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt eerstelijns verblijf en de daarbij behorende huisartsenzorg. Als dat volgens uw zorgplan nodig is, krijgt u daarbij ook:

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

Heeft u tijdens het eerstelijns verblijf ook andere geneesmiddelen, hulpmiddelen of verbandmiddelen nodig? Dan gelden daarvoor de vergoedingen Geneesmiddelen basisverzekering, Hulpmiddelen en Verbandmiddelen.

Biedt de instelling waar u verblijft extra faciliteiten aan? De **aanvullende verzekering** Topfit vergoedt hiervoor maximaal € 50 per dag. Superfit en Zorgplan vergoeden de extra faciliteiten volledig. De extra faciliteiten moeten wel te maken hebben met uw verblijf. Dan gaat het om bijvoorbeeld meer keuze bij maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Wij vergoeden (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (zoals kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).

### Hier kunt u terecht

De arts die u laat opnemen, weet waar u terecht kunt voor eerstelijns verblijf. Dit kan bijvoorbeeld een speciale afdeling van een verpleeghuis zijn. Er zijn ook ziekenhuizen met 'huisartsenbedden'. Er is in ieder geval 24 uur per dag een verpleegkundige<sup>2</sup> dichtbij beschikbaar.

### Dit wordt niet vergoed

- opname om uw mantelzorg te ontlasten (respijtzorg). Daarvoor is het zorgloket van uw gemeente het aanspreekpunt
- 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

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

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

Moet uw mantelzorg er even uit? Dan is Vervangende mantelzorg misschien interessant.

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor eerstelijns verblijf betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Voor de zorg van de huisarts en voor extra faciliteiten geldt geen eigen risico. Voor het verblijf en andere zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

## • Dit moet u zelf doen

### U moet een indicatie van de huisarts of de medisch specialist hebben

De huisarts maakt de afweging of dit voor u de juiste zorg is. Zo ja, dan krijgt u een indicatie. Als u uit het ziekenhuis komt, kan ook een medisch specialist de indicatie stellen.

### Voor verblijf van meer dan 3 maanden moet u ons toestemming vragen

Na de 3e maand vergoeden wij de zorg alleen als wij (voor de 3e maand om is) toestemming hebben gegeven. Duurt het verblijf korter dan 3 maanden? Of gaat het om verblijf in de laatste levensfase (palliatieve zorg)? Dan heeft u geen toestemming nodig.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

#### **Uitleg**

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

## ● Vervangende mantelzorg

Kan uw mantelzorger even niet voor u zorgen? Of kunt u als mantelzorger even geen zorg bieden?

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding   |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | € 800<br>Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent   |
| <b>Optifit</b>          | € 1.200<br>Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent   |
| <b>Topfit</b>           | € 2.000<br>Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent   |
| <b>Superfit</b>         | € 2.500<br>Max. per kalenderjaar, via ZorgConsulent   |
| <b>OntzorgPlus</b>      | 2 weken, bij spoedopname na ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening<br>Max. per ernstig ongeval of ernstige aandoening |

### ● Wat u vergoed krijgt

Mantelzorg is onbetaalde, vaak langdurige zorg voor een partner, familielid of vriend(in) met een ziekte of beperking. Bent u mantelzorger, maar moet u er langere tijd tussenuit? Of kan uw mantelzorger voor langere tijd geen zorg bieden? Bijvoorbeeld door vakantie of een medische behandeling? Dan kunt u vervangende mantelzorg krijgen.

Heeft u een vervangende mantelzorger nodig? Bespreek dan eerst met de gemeente van degene die de mantelzorg krijgt op welke manier zij u kunnen ondersteunen.

Biedt de gemeente u geen vervangende mantelzorg? En heeft de mantelzorger 3 maanden of langer minimaal 8 uur per week mantelzorg gegeven? Neem dan contact op met de [ZorgConsulent](#) om een vervangende mantelzorger te regelen.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden vervangende mantelzorg die de ZorgConsulent voor u regelt. Als u mantelzorg krijgt, of als u mantelzorger bent. Heeft u allebei zo'n aanvullende verzekering? Dan keren wij de vergoeding voor die situatie 1 keer per kalenderjaar uit. Zijn dit niet dezelfde aanvullende verzekeringen? Dan geldt de hoogste vergoeding. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat bovenaan deze vergoeding.

De aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt vervangende mantelzorg als u zelf mantelzorger bent en door een ernstig ongeval of een ernstige aandoening onverwacht in het ziekenhuis belandt. OntzorgPlus vergoedt de vervangende mantelzorg dan voor maximaal 2 weken. Ook Superfit vergoedt dit, want OntzorgPlus maakt daarvan onderdeel uit.

### **Dit wordt niet vergoed**

- vervangende mantelzorg als u een Wlz-pgb heeft

### ● **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor vervangende mantelzorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

Voor vervangende mantelzorg geldt geen eigen risico.

### ● **Dit moet u zelf doen**

#### **Vraag de vervangende mantelzorg op tijd aan bij de ZorgConsulent**

Anders kunnen wij de vervanging niet op tijd voor u regelen, of krijgt u geen vergoeding. Bij OntzorgPlus kan de ZorgConsulent ook toestemming geven om de vervanging zelf te regelen.

### ● **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

#### **De ondersteuning door de gemeente gaat voor**

U moet eerst bij de gemeente vragen of die u kan helpen.

#### **De vervangende mantelzorger biedt geen medische zorg**

Vervangende mantelzorg is ondersteuning in de thuissituatie. Als er medisch hulp nodig is, loopt dat via de thuiszorg of huisarts.

#### **OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus**

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

### ● Hulp bij mantelzorg

Omdat u als mantelzorger veel moet regelen.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding   |
| <b>Startfit</b>         | Mantelzorgondersteuning van ZorgConsulent   |
| <b>Benfit</b>           | Mantelzorgondersteuning van ZorgConsulent   |
| <b>Optifit</b>          | € 350 voor mantelzorgmakelaar<br>Mantelzorgondersteuning van ZorgConsulent<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | € 500 voor mantelzorgmakelaar<br>Mantelzorgondersteuning van ZorgConsulent<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | € 750 voor mantelzorgmakelaar<br>Mantelzorgondersteuning van ZorgConsulent<br>Max. per kalenderjaar |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Zorgt u onbetaald langere tijd voor een familielid, vriend(in) of partner met een ziekte of beperking? Dan bent u mantelzorger. Als mantelzorger heeft u soms zélf ook wat steun nodig.

Een mantelzorgondersteuner kan u helpen om in balans te blijven. De ondersteuner biedt een luisterend oor, en helpt u bijvoorbeeld om grenzen te stellen, of uw sociale netwerk (weer) uit te breiden. Of bij het combineren van mantelzorg en werk. Onze ZorgConsulenten zijn opgeleid tot mantelzorgondersteuner. Zij kunnen de ondersteuning combineren met hun kennis van de gezondheidszorg. Zo kunnen zij ook met u meedenken over zorg en vergoedingen.

Een mantelzorgmakelaar gaat een stap verder dan de mantelzorgondersteuner. Een mantelzorgmakelaar beantwoordt uw vragen en geeft advies over uw situatie, maar neemt ook tijdrovende regelzaken uit handen als het gaat om zorg, welzijn of financiën. De mantelzorgmakelaar kent de situatie in uw regio en kan u zo naar de juiste organisaties verwijzen.

De mantelzorgondersteuner en mantelzorgmakelaar bieden vormen van mantelzorgondersteuning. Die krijgt u van de gemeente. De precieze vorm van ondersteuning verschilt per gemeente. Daardoor kan het zijn dat uw gemeente andere vormen van mantelzorgondersteuning heeft.

Biedt uw gemeente geen mantelzorgondersteuning of mantelzorgmakelaar? En heeft u 3 maanden of langer minimaal 8 uur per week mantelzorg gegeven? Dan kunt u met een aanvullende verzekering Startfit of hoger terecht bij de ZorgConsulent voor mantelzorgondersteuning. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden daarnaast de mantelzorgmakelaar die de ZorgConsulent voor u regelt. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat bovenaan deze vergoeding.



## Hier kunt u terecht

- de ZorgConsulent voor mantelzorgondersteuning
- een mantelzorgmakelaar die in het register zelfstandige mantelzorgmakelaars van BMZM<sup>1</sup> staat, via de ZorgConsulent

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor hulp bij mantelzorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Voor hulp bij mantelzorg geldt geen eigen risico.

## ● Dit moet u zelf doen

### Neem altijd contact op met de ZorgConsulent

Onze ZorgConsulent kan nagaan welke mantelzorgondersteuning uw gemeente biedt, en kijkt samen met u wat (daarnaast) nodig is.

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### De ondersteuning door de gemeente gaat voor

U moet eerst bij de gemeente vragen of die u kan helpen.

## Uitleg

1. BMZM: Beroepsvereniging van Mantelzorgmakelaars

## ● Huishoudelijke hulp

Als u het huishouden even niet kunt doen na een opname in het ziekenhuis

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding  |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>          | 9 uur, na ziekenhuisopname<br>Max. per opname, via ZorgConsulent   |
| <b>Topfit</b>           | 18 uur, na ziekenhuisopname<br>Max. per opname, via ZorgConsulent  |
| <b>Superfit</b>         | 30 uur, na ziekenhuisopname<br>Max. per opname, via ZorgConsulent  |
| <b>OntzorgPlus</b>      | 1 week, bij spoedopname na ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening<br>Max. per ernstig ongeval of ernstige aandoening |

### ● Wat u vergoed krijgt

Kunt u na een ziekenhuisopname zelf niet het huishouden doen? Bespreek dit dan eerst met uw gemeente. De gemeente moet zorgen voor ondersteuning thuis als u zichzelf niet kunt redden.

Wijst de gemeente uw aanvraag af? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Optifit en hoger, en OntzorgPlus huishoudelijke hulp als de ZorgConsulent de hulp voor u regelt.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden de huishoudelijke hulp als:

- deze aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal 4 dagen, en
- u ouder bent dan 18 jaar

Er is een maximum aan het aantal uren. Dat staat hierboven.

De aanvullende verzekeringen Superfit en OntzorgPlus vergoeden (ook) huishoudelijke hulp tot maximaal 1 week. Het gaat om 1 week tijdens of aansluitend op de spoedeisende 1e opname na het ernstige ongeval of het vaststellen van de ernstige aandoening.

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor huishoudelijke hulp betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

Voor huishoudelijke hulp geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**U moet de huishoudelijke hulp aanvragen bij de ZorgConsulent**

Neemt u zo snel mogelijk contact op. Onze ZorgConsulent kan dan de juiste ondersteuning voor u regelen. Gaat het om huishoudelijke hulp als u weer thuis bent? Vraag die dan aan voor uw ontslag uit het ziekenhuis. Anders kan de ZorgConsulent de hulp niet op tijd regelen.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

**Wij vergoeden geen eigen bijdragen**

Krijgt u wel huishoudelijke hulp via de gemeente? Dan betaalt u een eigen bijdrage. Deze vergoeden wij niet.

**De ondersteuning door de gemeente gaat voor**

U moet eerst bij de gemeente vragen of die u kan helpen.

**OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus**

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

## ● Hospice

De laatste levensfase doorbrengen in een huiselijke omgeving.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding                                  |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                                  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding                                  |
| <b>Optifit</b>          | € 25 per dag voor eigen betaling, max. 3 maanden |
| <b>Topfit</b>           | € 50 per dag voor eigen betaling, max. 3 maanden |
| <b>Superfit</b>         | 100% van eigen betaling                          |
| <b>Zorgplan</b>         | 100% van eigen betaling                          |

### ● Wat u vergoed krijgt

Als de laatste fase van het leven aanbreekt, kunt u ervoor kiezen die door te brengen in een hospice. Daar bieden zorgverleners en vrijwilligers zorg en ondersteuning in een huiselijke omgeving. De zorg is gericht op het wegnemen van pijn en ongemak.

Elk hospice heeft een eigen zorgaanbod. Soms gaat het alleen om eenvoudige zorg. Zo'n hospice wordt ook wel bijna-thuis-huis genoemd. Maar er zijn ook hospices die complexe zorg geven. Het [Netwerk Palliatieve zorg](#) weet welke hospices er in uw omgeving zijn en wat de mogelijkheden zijn.

Hoe u de zorg in een hospice vergoed krijgt, hangt af van uw persoonlijke situatie, en van het hospice. Het kan zijn dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt als [Eerstelijns verblijf](#), of als [Verpleging en verzorging in de eigen omgeving](#). Soms vergoeden de Wlz<sup>1</sup> en de Wmo<sup>2</sup> het verblijf in een hospice. Het hospice kan u vertellen hoe dit in uw geval zit. Onze [ZorgConsulent](#) kan u ook verder helpen.

U betaalt bijna altijd ook zelf een bedrag aan het hospice, voor bijvoorbeeld de maaltijden die u er krijgt. Bij sommige hospices kunt u extra faciliteiten 'bijbestellen'. Bijvoorbeeld een extra bed en maaltijden voor uw partner. Of extra koffie, thee of fruit op uw kamer. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger en Zorgplan vergoeden die eigen betaling (inclusief extra faciliteiten). Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per dag, voor maximaal 3 maanden. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Superfit en Zorgplan vergoeden de eigen betaling volledig.

Krijgt u het verblijf uit de Wlz of de Wmo vergoed? Dan betaalt u naast de eigen betaling aan het hospice meestal ook een wettelijke eigen bijdrage. Die geldt voor alle zorg en ondersteuning uit de Wlz en Wmo. Deze wettelijke eigen bijdrage vergoeden wij niet.

### ● Wat u zelf betaalt

#### De eigen bijdrage

Voor een hospice betaalt u ons geen eigen bijdrage. Wel betaalt u soms een bedrag aan het hospice.

## **Geen eigen risico**

Voor deze vergoeding geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

### **U moet een indicatie hebben van het CIZ, de huisarts of de medisch specialist**

De indicatie moet met de declaratie worden meegestuurd.

- **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

#### **Uitleg**

1. Wlz: Wet langdurige zorg
2. Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning

## ● Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Lijst chronische fysiotherapie: 100%</li><li>• Andere indicaties: 9 behandelingen, en na verwijzing 9 extra behandelingen</li></ul> <p>In de lijst chronische fysiotherapie kan een maximale behandelperiode staan</p> |
| <b>Startfit</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• 10 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>Max. per kalenderjaar</p>   |
| <b>Benfit</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• 16 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>Max. per kalenderjaar</p>   |
| <b>Optifit</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• 30 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>Max. per kalenderjaar</p>   |
| <b>Topfit</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• 50 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>Max. per kalenderjaar</p>   |
| <b>Superfit</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• 100%, max. 18 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul>   |

### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen, of door uw houding? Dan kan de fysiotherapeut of oefentherapeut bepalen wat er precies aan de hand is en u behandelen en begeleiden bij uw herstel. Vaak krijgt u oefeningen om te herstellen en om na het herstel te voorkomen dat de klachten terugkeren. Deze oefeningen doet u zelf thuis of in een sportschool.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar.

Heeft u behandeling nodig door een aandoening die op de lijst chronische fysiotherapie staat? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering alle behandelingen. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.

Bij aandoeningen die niet op de lijst chronische fysiotherapie staan, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Als u na deze 9 behandelingen wel verbetering merkt, maar nog niet van de klachten af bent, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering nog 9 extra behandelingen. U moet voor de start van deze 2e serie wel een verwijzing hebben.

De **aanvullende verzekeringen** vergoeden extra behandelingen fysiotherapie en oefentherapie. U kunt deze gebruiken als de basisverzekering (nog) niet vergoedt. Het maximale aantal behandelingen per kalenderjaar staat hierboven.

## Zorgverlener zonder contract

Voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering, adviseren wij u naar een gecontracteerde fysiotherapeut te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben. Heeft uw fysiotherapeut geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#) per behandeling. De rest betaalt u zelf.

Deze maximale vergoedingen gelden niet voor oefentherapie Cesar of Mensendieck.

## Hier kunt u terecht

Voor zorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

- fysiotherapeut<sup>1</sup>
- kinderfysiotherapeut<sup>2</sup> of kinderoefentherapeut<sup>3</sup>
- manueel therapeut<sup>4</sup>
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar<sup>5</sup>
- bekkenfysiotherapeut<sup>6</sup> of bekkenoefentherapeut<sup>7</sup>
- oedeemfysiotherapeut<sup>8</sup>
- huidtherapeut<sup>9</sup>: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut<sup>10</sup> of psychosomatisch oefentherapeut<sup>11</sup>.

## Andere vergoedingen

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

Wilt u naar een andere therapeut? Bijvoorbeeld een chiropractor of osteopaat? Daarvoor geldt de vergoeding [Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg](#).

Heeft u sportklachten? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook sportmedisch onderzoek en begeleiding. Daarvoor geldt de vergoeding [Preventief onderzoek](#).

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor fysiotherapie en oefentherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

## • Dit moet u zelf doen

### Soms moet u een verwijzing hebben

Krijgt u behandeling voor een aandoening die niet op de lijst chronische fysiotherapie staat en valt de zorg onder de Vrije Keuze Basisverzekering? Dan moet u voor de 2e serie van 9 behandelingen een verwijzing hebben van uw huisarts, de medisch specialist, jeugdarts, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>12</sup>.

### Andere behandellocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen

Fysiotherapie of oefentherapie krijgt u in de praktijk van de therapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders (bijvoorbeeld op school) moet u ons vooraf [toestemming](#) vragen. Die geven wij alleen als er een medische reden voor is.

## ● Goed om te weten

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als de zorg niet doeltreffend is. En ook niet als u fysiotherapie of oefen therapie krijgt om een hoger sportniveau te bereiken. Om dat te beoordelen kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de fysiotherapie en oefen therapie die fysio- en oefen therapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### **Vanaf uw 18e geldt een andere vergoeding**

Dat is Fysiotherapie en oefen therapie vanaf 18 jaar. Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee in het maximum aantal behandelingen van die vergoeding.

#### **Uitleg**

1. Fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
2. Kinderfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als kinderfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
3. Kinderoefen therapie: Deze moet geregistreerd staan als kinderoefen therapie in het Kwaliteitsregister Paramedici
4. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Oefen therapie Mensendieck of Cesar: Deze moet geregistreerd staan als oefen therapie Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici
6. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
7. Bekkenoefen therapie: Deze moet geregistreerd staan als bekkenoefen therapie in het Kwaliteitsregister Paramedici
8. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
9. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
10. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
11. Psychosomatisch oefen therapie: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch oefen therapie in het Kwaliteitsregister Paramedici
12. 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

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Behandelingen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Lijst chronische fysiotherapie: vanaf 21e</li><li>• Etalagebenen: max. 37</li><li>• Artrose heup of knie: max. 12</li><li>• COPD: afhankelijk van GOLD-stadium, 0 tot 70</li><li>• Urine-incontinentie: max. 9</li><li>• Reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19, uit vergoeding Voorwaardelijk toegelaten zorg</li><li>• Valpreventieve beweeginterventie</li></ul> Er kan een maximale behandelperiode gelden |
| <b>Startfit</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• 10 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> Max. per kalenderjaar   |
| <b>Benfit</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• 16 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> Max. per kalenderjaar   |
| <b>Optifit</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• 30 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> Max. per kalenderjaar   |
| <b>Topfit</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• 50 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> Max. per kalenderjaar   |
| <b>Superfit</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• 100%, max. 18 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> Max. per kalenderjaar  |

### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen, of door uw houding? Dan kan de fysiotherapeut of oefentherapeut bepalen wat er precies aan de hand is en u behandelen en begeleiden bij uw herstel. Vaak krijgt u oefeningen om te herstellen en om na het herstel te voorkomen dat de klachten terugkeren. Deze oefeningen doet u zelf thuis of in een sportschool.

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.

Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** een valpreventieve beweeginterventie. En fysiotherapie en oefentherapie bij 6 aandoeningen. We zetten het hieronder op een rij.

## Valpreventieve beweeginterventie

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

- er bij u een hoog valrisico is vastgesteld in de valrisicotest, en
- 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 Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt alleen door ons erkende valpreventieve beweeginterventies.

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

Ook vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering fysiotherapie en oefentherapie bij de volgende aandoeningen:

### 1. **Aandoeningen lijst chronische fysiotherapie**

Heeft u behandeling nodig door een aandoening die op de lijst chronische fysiotherapie staat? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering vanaf de 21e behandeling. De basisverzekering vergoedt de eerste 20 behandelingen dus niet. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.

### 2. **Etalagebenen**

Bij etalagebenen (vernauwde slagaderen in de benen) vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding (looptraining), vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine<sup>1</sup> heeft. De basisverzekering vergoedt maximaal 37 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden.

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

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

### 4. **COPD**

Bij COPD vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u COPD in GOLD<sup>2</sup>-stadium II of hoger heeft, en in welke klasse uw symptomen vallen. De basisverzekering vergoedt bij:

- 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 Vrije 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 Vrije Keuze Basisverzekering fysiotherapie soms, als u meedoet aan onderzoek. De voorwaarden staan in Voorwaardelijk toegelaten zorg.

De **aanvullende verzekeringen** vergoeden extra behandelingen fysiotherapie en oefentherapie. U kunt deze gebruiken als de basisverzekering (nog) niet vergoedt. Het maximale aantal behandelingen per kalenderjaar staat hierboven.

Voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering, adviseren wij u naar een gecontracteerde fysiotherapeut te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben. Heeft uw fysiotherapeut geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#) per behandeling. De rest betaalt u zelf.

Deze maximale vergoedingen gelden niet voor oefentherapie Cesar of Mensendieck.

## Hier kunt u terecht

Voor een valpreventieve beweeginterventie: een fysio- of oefentherapeut die bij de [erkende valpreventieve beweeginterventies](#) genoemd staat.

Voor andere zorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

- fysiotherapeut<sup>3</sup>
- manueel therapeut<sup>4</sup>
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar<sup>5</sup>
- bekkenfysiotherapeut<sup>6</sup> of bekkenoefentherapeut<sup>7</sup>
- geriatriefysiotherapeut<sup>8</sup> of geriatrie-oefentherapeut<sup>9</sup>
- oedeemfysiotherapeut<sup>10</sup>
- huidtherapeut<sup>11</sup>: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut<sup>12</sup> of psychosomatisch oefentherapeut<sup>13</sup>.

## Andere vergoedingen

Wilt u naar een andere therapeut? Bijvoorbeeld een chiropractor of osteopaat? Daarvoor geldt de vergoeding [Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg](#).

Heeft u sportklachten? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook sportmedisch onderzoek en begeleiding. Daarvoor geldt de vergoeding [Preventief onderzoek](#).

Komt u niet in aanmerking voor onze valpreventieve beweeginterventie? Neemt u dan contact op met uw gemeente. Ook die biedt trainingsprogramma's voor valpreventie aan. Heeft uw gemeente geen passend aanbod? Dan geldt soms de vergoeding [Preventiecurcussen](#).

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor fysiotherapie en oefentherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor fysiotherapie en oefentherapie die onder de basisverzekering valt. Dus ook voor de valpreventieve beweeginterventie. [Zo werkt het eigen risico](#)

## ● Dit moet u zelf doen

### Voor de valpreventieve beweeginterventie moet u een verwijzing hebben

U moet een verwijzing hebben van uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg.

### Andere behandellocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen

Fysiotherapie of oefentherapie krijgt u in de praktijk van de therapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders (bijvoorbeeld op het werk) moet u ons vooraf [toestemming](#) vragen. Die geven wij alleen als er een medische reden voor is.

## ● Goed om te weten

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als de zorg niet doeltreffend is. En ook niet als u fysiotherapie of oefentherapie krijgt om een hoger sportniveau te bereiken. Om dat te beoordelen, kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

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

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

### **Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee**

Bent u dit jaar 18 jaar geworden? Vanaf dat moment geldt fysiotherapie vanaf 18 jaar. Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee in het maximum aantal behandelingen.

### **Let op uw eigen risico als de specialist ouderengeneeskunde de valrisicobeoordeling doet**

De valrisicobeoordeling doet uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg. Als de huisarts of POH ouderenzorg deze beoordeling doet, geldt geen eigen risico. Als de specialist ouderengeneeskunde deze beoordeling doet, valt dat onder de vergoeding Geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen (gzsp) en geldt het eigen risico wel.

#### **Uitleg**

1. Fontaine: Een indeling voor de ernst van vaatlijden (zoals etalagebenen). Deze gaat van stadium I (geen klachten) tot stadium IV (weefselafsterving)
2. GOLD: Een wereldwijd gebruikte indeling voor de ernst van COPD. Deze gaat van stadium I (licht) tot stadium IV (zeer ernstig)
3. Fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
4. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Oefentherapeut Mensendieck of Cesar: Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici
6. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
7. Bekkenoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
8. Geriatriefysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatriefysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
9. Geriatrie-oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatrie-oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
10. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
11. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
12. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
13. Psychosomatisch oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici

## ● Beweegprogramma's

Om zo fit mogelijk te blijven. Ook tijdens of na een intensieve behandeling.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding   |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | € 250 voor alle beweegprogramma's bij chronische ziekte, kanker en de gecombineerde leefstijlinterventie samen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | € 500 voor alle beweegprogramma's bij chronische ziekte, kanker en de gecombineerde leefstijlinterventie samen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | 100%  |
| <b>OntzorgPlus</b>      | 100%, alleen beweegprogramma's bij en na kanker   |

### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u een chronische ziekte of aandoening, zoals artrose, osteoporose, COPD of diabetes? Of krijgt u behandeling tegen kanker? Bij de zorg van de huisarts of het ziekenhuis hoort ook advies over 'gezond leven' of over het behouden of opbouwen van uw lichamelijke conditie. Een beweegprogramma kan ook helpen.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden 4 soorten beweegprogramma's. Dat zijn:

1. beweegprogramma's volgens de KNGF-standaarden voor beweeginterventies
2. beweegprogramma's volgens de KNGF-standaard 'Oncologie'
3. revalidatieprogramma's bij kanker. Zo'n programma duurt maximaal 3 maanden en u traint maximaal 2 keer per week, in groepsverband
4. de volgende beweegprogramma's tijdens chemotherapie: CytoFys, OncoMove of Sportplan TegenKracht

Optifit en Topfit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor deze beweegprogramma's en beweegprogramma's bij overgewicht (als onderdeel van een Gecombineerde leefstijlinterventie) samen. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Superfit vergoedt de beweegprogramma's volledig.

OntzorgPlus vergoedt beweegprogramma's volledig, maar alleen de beweegprogramma's onder 2, 3 en 4.

#### Hier kunt u terecht

- fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck voor alle beweegprogramma's
- Sport Medisch Adviescentrum voor de beweegprogramma's tijdens chemotherapie

#### Andere vergoedingen

Als u een hoog risico hebt om te vallen, is een valpreventieve beweeginterventie wellicht wat voor u.

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor deze beweegprogramma's betaalt u geen eigen bijdrage.

**Geen eigen risico**

Voor deze beweegprogramma's geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**Met OntzorgPlus moet u contact met ons opnemen**

Neem voordat u aan het beweegprogramma begint, contact op met onze [ZorgConsulent](#). Die kan ook met u meedenken over andere vragen rondom uw zorg.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

**De ZorgConsulent staat voor u klaar**

Wilt u meer informatie over beweegprogramma's? Onze [ZorgConsulent](#) helpt u graag.

**OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden**

De [uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus](#) bepalen uw vergoeding.

## ● Loophulpmiddelen

Als u (tijdelijk) moeilijk loopt.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding  |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>          | € 100 voor 5 soorten loophulpmiddelen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | € 100 voor 5 soorten loophulpmiddelen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | € 200 voor 5 soorten loophulpmiddelen<br>Max. per kalenderjaar |

### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u moeite met lopen? Dan kunnen loophulpmiddelen zoals krukken of een rollator u misschien helpen.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt eenvoudige loophulpmiddelen niet.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden:

- elleboogkrukken
- wandelstok met 3 of 4 poten
- looprek
- rollator
- serveerwagen

Voorbeelden van deze loophulpmiddelen vindt u in de [hulpmiddelenwijzer](#).

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. U kiest zelf of u het hulpmiddel koopt of huurt.

#### **Hier kunt u terecht**

- hulpmiddelenleverancier

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze loophulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

Voor deze loophulpmiddelen geldt geen eigen risico.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.



## ● Zwemmen voor 50+

Om uw conditie op peil te houden.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding               |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding               |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding               |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding               |
| <b>Topfit</b>           | € 50<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | € 50<br>Max. per kalenderjaar |

### ● Wat u vergoed krijgt

Uw conditie houdt u op peil door regelmatig te bewegen. Bewegen in water heeft als voordeel dat uw spieren en gewrichten soepel blijven, maar niet zwaar worden belast.

Veel zwembaden organiseren voor mensen van 50+ of 65+ zwemtraining. Deze heet bijvoorbeeld ZwemFit 50+, FiftyFit of seniorenzwemmen. Zo kunt u onder leiding van een instructeur 1 of meer keren per week zwemmen in extra verwarmd water.

De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden een zwemtraining tot maximaal € 50 per kalenderjaar, als u 50 jaar of ouder bent.

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor zwemmen voor 50+ betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

Voor zwemmen voor 50+ geldt geen eigen risico.

### ● Goed om te weten

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### ● Medisch-specialistische revalidatie

Heeft u door ziekte of ongeval (tijdelijk) problemen met bijvoorbeeld bewegen? Revalidatie zorgt dat u weer zo goed mogelijk vooruit kunt in uw leven.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%<br>Revalidatie en medisch noodzakelijke opname |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding                                     |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Vaak kunnen problemen bij bijvoorbeeld bewegen worden verholpen met fysiotherapie, oefentherapie of Ergotherapie. Dan valt het revalideren onder die vergoedingen. Is uw situatie daarvoor te complex? Dan krijgt u een verwijzing naar de revalidatiearts, voor medisch-specialistische revalidatie. Daarvoor geldt de vergoeding die u nu leest.

De revalidatiearts werkt in de polikliniek van het ziekenhuis, of in een revalidatiecentrum<sup>1</sup>.

De revalidatiearts begint met het stellen van een indicatie: de revalidatiearts bepaalt of medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is. Is dat het geval? Dan krijgt u medisch-specialistische revalidatie van de revalidatiearts.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische revalidatie door de revalidatiearts.

De revalidatiearts kan ook vaststellen dat intensieve behandeling door een team van zorgverleners nodig is. Dit heet interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dit staat dan in de indicatie.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie alleen als al deze 7 voorwaarden voor u gelden:

- 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
- u heeft problemen op meer gebieden (bijvoorbeeld mobiliteit, zelfverzorging en communicatie), en die problemen hangen met elkaar samen
- behandeling door een team van zorgverleners geeft beter resultaat om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen
- adequate behandeling in de eerste lijn (door bijvoorbeeld huisarts, psycholoog en fysiotherapeut) levert naar verwachting onvoldoende resultaat op
- u kunt door deze zorg zelfstandig blijven functioneren, of de zelfstandigheid behouden die met uw beperkingen redelijkerwijs mogelijk is. Of u kunt bijvoorbeeld weer geheel of gedeeltelijk functioneren binnen uw gezin, school, werk of vrijetijdsbesteding
- de onderbouwing van de indicatiestelling voldoet aan de indicatiecriteria en de handleiding stepped care uit het Standpunt<sup>2</sup> 'Medisch-specialistische revalidatiezorg: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' uit 2023
- 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 Vrije Keuze Basisverzekering ook de opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum.

**Let op!** Voor enkele zelfstandige behandelcentra gelden onze maximale vergoedingen. En we betalen de vergoeding niet rechtstreeks aan deze zorgverleners.

### **Andere vergoedingen**

Voor revalidatie voor ouderen die uit het ziekenhuis komen, geldt meestal de vergoeding Geriatrische revalidatie.

### ● **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor medisch-specialistische revalidatie betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Voor medisch-specialistische revalidatie geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

### ● **Dit moet u zelf doen**

#### **U moet vooraf een verwijzing hebben**

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

#### **Voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie zonder opname moet u ons soms vooraf toestemming vragen**

Stelt de revalidatiearts vast dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is? En wordt u daarvoor niet opgenomen? Dan heeft u soms toestemming vooraf nodig.

Dit hangt af van de zorgverlener die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Staat uw zorgverlener in ons overzicht toestemmingsvrije revalidatiecentra? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u vooraf toestemming bij ons vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

### ● **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

### **Uitleg**

1. Revalidatiecentrum: Een instelling voor medisch-specialistische zorg die gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie
2. 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
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

## ● Geriatrische revalidatie

Revalidatie voor als u op leeftijd bent en uit het ziekenhuis komt.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | 100%<br>Max. 6 maanden                                       |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding  |
| <b>Topfit</b>           | € 50 per dag voor extra faciliteiten<br>Max., tijdens opname |
| <b>Superfit</b>         | 100% extra faciliteiten<br>Tijdens opname                    |
| <b>Zorgplan</b>         | 100% extra faciliteiten<br>Tijdens opname                    |

### ● Wat u vergoed krijgt

Moet u revalideren? Dan krijgt u fysiotherapie, oefentherapie of Ergotherapie. Of, als u specialistische revalidatiezorg nodig heeft, Medisch-specialistische revalidatie. Dan gelden die vergoedingen.

Speciaal voor mensen op leeftijd met meer gezondheidsproblemen tegelijk, is er geriatrische revalidatie. Daarvoor geldt de vergoeding die u nu leest.

U krijgt geriatrische revalidatie als u na een opname of een specialistische behandeling in het ziekenhuis niet meteen terug kunt naar uw thuissituatie en 'gewone' revalidatie voor u te zwaar is. Dat betekent dat 1 van deze 2 situaties voor u moet gelden:

- U bent opgenomen in het ziekenhuis voor behandeling door de medisch specialist<sup>1</sup>. Bijvoorbeeld voor een gebroken heup, of na een beroerte. 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 zich niet meer zelf kunt redden. Een medisch specialist heeft u voor de klachten behandeld, bijvoorbeeld op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis, of op de polikliniek voor ouderenzorg (geriatrie). Of een specialist ouderengeneeskunde heeft de acute gezondheidsklachten vastgesteld terwijl u thuis was, of opgenomen in een instelling voor eerstelijns verblijf. Uw klachten zijn daarmee nog niet verholpen.

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

De bedoeling is dat u zó herstelt dat u weer terug kunt naar uw thuissituatie. Soms gaat dat stapsgewijs. Dan slaapt u bijvoorbeeld al wel thuis, maar gaat u overdag nog naar de instelling voor therapie.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt geriatrische revalidatie voor in principe maximaal 6 maanden.

Biedt de instelling waar u verblijft extra faciliteiten aan? De **aanvullende verzekering** Topfit vergoedt hiervoor maximaal € 50 per dag. Superfit en Zorgplan vergoeden de extra faciliteiten volledig. De extra faciliteiten moeten wel te maken hebben met uw verblijf. Dan gaat het om bijvoorbeeld meer keuze bij maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Wij vergoeden (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (zoals kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).

### **Hier kunt u terecht**

Voor geriatrische revalidatie wordt u opgenomen in een verpleeghuis, revalidatiecentrum of een vergelijkbare instelling. U krijgt daar zorg van een team van specialisten. Bijvoorbeeld een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een verpleegkundige. Een specialist ouderengeneeskunde stelt samen met u een behandelplan op en zorgt ervoor dat de zorg op uw situatie is afgestemd.

### ● **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor geriatrische revalidatie en extra faciliteiten betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Het eigen risico geldt alleen voor de geriatrische revalidatie. Voor extra faciliteiten geldt geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

### ● **Dit moet u zelf doen**

#### **U moet een indicatie hebben**

Bent u opgenomen in het ziekenhuis? Dan stelt de medisch specialist de indicatie, in overleg met een specialist ouderengeneeskunde. Was u niet opgenomen? Dan stelt een klinisch geriater, internist-ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde de indicatie, op basis van een geriatrisch onderzoek.

#### **Na de 6e maand heeft u toestemming nodig**

Wij vergoeden de zorg voor maximaal 6 maanden. Heeft u langer geriatrische revalidatie nodig? Dan kunnen wij daar in bijzondere gevallen toestemming voor geven. Meestal vraagt uw arts deze toestemming. Wij moeten de aanvraag ontvangen voordat de 6e maand om is.

### ● **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

#### **Deze vergoeding geldt niet als u in een Wlz-instelling woont**

Verbleef u voor u naar het ziekenhuis ging in een Wlz-instelling en kreeg u daar ook behandeling? Dan krijgt u als u uit het ziekenhuis komt verblijf en behandeling ook weer in die instelling. Dat valt niet onder de basisverzekering, maar onder de Wet langdurige zorg. Wij vergoeden dan de extra faciliteiten 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

## ● Ergotherapie

Als dagelijkse activiteiten niet meer vanzelf gaan.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |                                 |
|-------------------------|---------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b> | 10 uur<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                 |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding                 |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding                 |
| <b>Topfit</b>           | 100%                            |
| <b>Superfit</b>         | 100%                            |

### ● Wat u vergoed krijgt

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

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

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt maximaal 10 uur ergotherapie per kalenderjaar.

De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden daar bovenop de extra behandeluren.

#### **Andere vergoedingen**

Voor ergotherapie na ernstige COVID-19 geldt de vergoeding Voorwaardelijk toegelaten zorg.

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor ergotherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Het eigen risico geldt alleen voor de eerste 10 uur ergotherapie. Zo werkt het eigen risico

### ● Dit moet u zelf doen

#### **U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt zonder verwijzing naar de ergotherapeut gaan.

#### **Andere behandellocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen**

Ergotherapie krijgt u in de praktijk van de ergotherapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders (bijvoorbeeld op school) moet u ons vooraf toestemming vragen. Die geven wij alleen als er een medische reden is.



- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

**Kwaliteitsregisters geven extra informatie**

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

## ● Zorghotel

Weer op krachten komen na ziekte of een medische behandeling.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding   |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding   |
| <b>Topfit</b>           | € 200 per dag, tot € 2.000<br>In door ons erkend zorghotel<br>Max. per dag/kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | € 200 per dag, tot € 2.500<br>In door ons erkend zorghotel<br>Max. per dag/kalenderjaar |
| <b>Zorgplan</b>         | € 200 per dag, tot € 2.500<br>In door ons erkend zorghotel<br>Max. per dag/kalenderjaar |

### ● Wat u vergoed krijgt

Moet u na een operatie of door een lichamelijke ziekte herstellen? Als dat nodig is, regelt uw arts of de transferverpleegkundige van het ziekenhuis dat u een indicatie krijgt voor de juiste zorg. Bijvoorbeeld voor revalidatie, Geriatrische revalidatie (voor ouderen), of Eerstelijns verblijf. Voor andere herstellzorg kunt u terecht in een zorghotel. Dit wordt ook wel een herstellingsoord genoemd. Het zorghotel lijkt op een gewoon hotel. Maar er is extra aandacht voor uw herstel. Een zorghotel biedt daarom bijvoorbeeld ook verpleging en fysiotherapie. Het aanbod verschilt per zorghotel.

Bij de start van uw verblijf stelt de verpleegkundige<sup>1</sup> van het zorghotel samen met u een zorgplan op. Daarin staan het doel van uw verblijf, en afspraken over de zorg.

De aanvullende verzekeringen Topfit, Superfit en Zorgplan vergoeden maximaal € 200 per dag voor het verblijf in een zorghotel. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan hierboven.

Voor de verpleging, fysiotherapie en andere zorg gelden de 'gewone' vergoedingen.

#### Hier kunt u terecht

- door ons erkend zorghotel

#### Dit wordt niet vergoed

- verblijf in een zorghotel voor herstel van een psychische aandoening
- verblijf in een zorghotel als u een indicatie heeft of had kunnen krijgen voor (geriatrische) revalidatie, eerstelijns verblijf of voor Wlz<sup>2</sup>-zorg.

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor het zorghotel betaalt u geen eigen bijdrage.

**Geen eigen risico**

Voor het zorghotel geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**U moet een indicatie voor een zorghotel hebben van uw arts, en ons vooraf toestemming vragen**

Wij vergoeden het verblijf in een zorghotel alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Onze toestemming geldt voor een bepaalde periode. Moet u langer blijven dan verwacht? Vraag dan voordat de toestemming eindigt, toestemming voor de langere periode. Leg in uw aanvraag uit waarom u langer moet blijven.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

**Uitleg**

1. Verpleegkundige: Deze moet minimaal hbo-gediplomeerd zijn
2. Wlz: Wet langdurige zorg, via zorgkantoor

## ● **Kuuroord**

Als u reumatoïde artritis of psoriasis heeft.

### ● **Vergoeding per verzekering**

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding   |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding   |
| <b>Topfit</b>           | € 500 bij reumatoïde artritis of psoriasis<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | € 500 bij reumatoïde artritis of psoriasis<br>Max. per kalenderjaar |

### ● **Wat u vergoed krijgt**

Bij reumatoïde artritis (een vorm van reuma) of psoriasis kan een verblijf in een kuuroord uw klachten verlichten. U volgt een persoonlijk kuurprogramma, afgestemd op uw medische klachten.

De aanvullende verzekeringen Topfit en Superfit vergoeden voor behandeling en verblijf in een kuuroord maximaal € 500 per kalenderjaar.

### ● **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor het kuuroord betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

Voor het kuuroord geldt geen eigen risico.

### ● **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

#### **Wij kunnen u om een verklaring van uw reumatoloog of dermatoloog vragen**

Dat doen wij als wij niet kunnen vaststellen of u reumatoïde artritis of psoriasis heeft. Soms kunnen wij dat aan eerdere declaraties zien. Maar door de privacyregels mogen wij die niet altijd (zonder uw toestemming) voor dat doel gebruiken.

### ● **Therapeutisch kamp voor jongeren**

Heeft uw kind astma, diabetes of een andere aandoening?

#### ● **Vergoeding per verzekering**

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding   |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | € 300 bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | 100% bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker                           |
| <b>Superfit</b>         | 100% bij astma, diabetes, overgewicht, constitutioneel eczeem of kanker                           |

#### ● **Wat u vergoed krijgt**

Een therapeutisch kamp is een actief vakantiecamp voor kinderen met bijvoorbeeld diabetes (suikerziekte), astma of overgewicht. Uw kind ontmoet er leeftijdgenoten met dezelfde aandoening. Zij werken onder begeleiding aan de conditie, en leren er omgaan met de ziekte of aandoening.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger (van uw kind) vergoeden een therapeutisch kamp bij astma, diabetes, overgewicht, ernstige huiduitslag (constitutioneel eczeem) of kanker.

Optifit vergoedt maximaal € 300 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de eigen bijdrage volledig.

#### ● **Wat u zelf betaalt**

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor het therapeutisch kamp betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Geen eigen risico**

Voor het therapeutisch kamp geldt geen eigen risico.

#### ● **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

## ● Prenatale screening

Wilt u uw kindje voor de geboorte laten onderzoeken op aangeboren afwijkingen?

### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |                 |
|----------------------------------|-----------------|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%            |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding |

### ● Wat u vergoed krijgt

Prenatale screening is het tijdens de zwangerschap bepalen van de kans dat het ongeboren kind een afwijking heeft. Bijvoorbeeld het syndroom van Down of een open ruggetje. U kiest zelf of u prenatale screening wilt laten doen. Om u bij die beslissing te helpen, bespreekt de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog met u welke soorten prenatale screening er zijn. En wat de voor- en nadelen zijn. Dit gesprek wordt 'counseling' genoemd.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt:

- counseling
- NIPT<sup>1</sup>, als de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog bepaalt dat u daarvoor een medische indicatie heeft. Bijvoorbeeld door 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.

Blijkt uit een echo of de NIPT dat uw ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aandoening? Of is er een andere medische indicatie? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering prenataal vervolgonderzoek.

Bijvoorbeeld een vlokentest, een vruchtwaterpunctie of een uitgebreidere echo (geavanceerd ultrageluidonderzoek, GUO).

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)

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor prenatale screening betaalt u geen eigen bijdrage.

## Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor:

- counseling
- NIPT
- geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO)
- vlokentest
- vruchtwaterpunctie

Het eigen risico geldt wel voor aanvullend onderzoek. Bijvoorbeeld chromosoomonderzoek dat naast de vlokentest of vruchtwaterpunctie in rekening wordt gebracht. Zo werkt het eigen risico

## • Dit moet u zelf doen

### Soms heeft u een verwijzing nodig

Voor de NIPT of prenataal vervolgonderzoek heeft u een verwijzing nodig van uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

Hier is gebruikelijke zorg: 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?

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | 100%, soms betaalt u een eigen bijdrage  |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | € 250 voor de eigen bijdrage en extra kraamzorg, uit vergoeding Kraamzorg<br>Max. per bevalling  |
| <b>Optifit</b>          | € 400 voor de eigen bijdrage en extra kraamzorg, uit vergoeding Kraamzorg<br>Max. per bevalling  |
| <b>Topfit</b>           | € 550 voor de eigen bijdrage en extra kraamzorg, uit vergoeding Kraamzorg<br>Max. per bevalling  |
| <b>Superfit</b>         | € 550 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg, en 100% voor extra faciliteiten in het geboortecentrum, uit vergoeding Kraamzorg<br>Max. per bevalling |
| <b>Zorgplan</b>         | Extra faciliteiten in geboortecentrum, uit vergoeding Kraamzorg  |

### ● Wat u vergoed krijgt

Een zwangerschap is een spannende periode in uw leven waarin een hoop gebeurt. Er moet van alles worden geregeld – in huis, verlof, [Kraamzorg](#) – en misschien heeft u veel vragen.

Met uw vragen kunt u terecht bij een verloskundige. Als u zwanger bent, kunt u zonder verwijzing een afspraak maken. De verloskundige beantwoordt uw vragen, begeleidt u tijdens de zwangerschap en bereidt u voor op de bevalling. Sommige huisartsen leveren ook verloskundige zorg. Dan kunt u natuurlijk ook bij uw huisarts terecht.

Al aan het begin van de begeleiding bespreekt de verloskundige of de huisarts met u de mogelijkheden voor [Prenatale screening](#). Ook vragen zij waar u wilt bevallen: thuis, in een geboortecentrum of in het ziekenhuis.

Als u medische problemen krijgt tijdens de zwangerschap, zoals een hoge bloeddruk of zwangerschapssuiker, dan verwijst de huisarts of verloskundige u naar de gynaecoloog. Dat gebeurt ook als u een verhoogd risico heeft op medische problemen tijdens de zwangerschap of de bevalling. De gynaecoloog neemt de begeleiding dan over, en u bevalt in het ziekenhuis.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt verloskundige zorg door de huisarts, verloskundige of gynaecoloog. We vergoeden het hele traject van de begeleiding tijdens de zwangerschap tot en met de controles na de bevalling. De vergoeding hangt af van waar u bevalt. Er zijn 3 situaties.

#### 1. U bevalt thuis

Wilt u thuis bevallen in uw eigen vertrouwde omgeving? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de verloskundige zorg door de verloskundige of de huisarts. Als er medische problemen zijn en u toch naar het ziekenhuis moet, dan vergoeden wij dat ook. Dan geldt situatie 3.



### 2. U bevalt in een geboortecentrum, of in het ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is

Heeft u liever extra medische zorg dicht in de buurt? U kunt bevallen in de polikliniek van het ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is, of in een geboortecentrum<sup>1</sup>. Meestal begeleidt uw eigen verloskundige of huisarts de bevalling daar. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook dan de verloskundige zorg. Maar let op: u betaalt dan een eigen bijdrage (deze is eigenlijk voor kraamzorg). Deze eigen bijdrage 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 Vrije Keuze Basisverzekering dus € 246 (2 x € 143 - € 40) per dag. De rest betaalt u zelf, als eigen bijdrage.

Als er medische problemen zijn, waardoor bevalling in het ziekenhuis alsnog noodzakelijk is, dan geldt situatie 3. De eigen bijdrage geldt dan niet.

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

Is er een risico op medische problemen tijdens de bevalling, of bent u al onder begeleiding van de gynaecoloog? Dan bevalt u in de polikliniek van het ziekenhuis op medische indicatie. De gynaecoloog begeleidt de bevalling. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de verloskundige zorg door de gynaecoloog. Is Ziekenhuisopname nodig? Dan vergoeden wij die ook.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden de eigen bijdrage in situatie 2. Daarvoor geldt de vergoeding Kraamzorg.

#### Andere vergoedingen

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden een Kraampakket, extra Kraamzorg en zorg bij borstvoeding.

De aanvullende verzekeringen Superfit en Zorgplan vergoeden ook extra faciliteiten in het geboortecentrum. Dat staat in de vergoeding Kraamzorg.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden Preventiecurussen, die u kunnen helpen bij een fitte zwangerschap en een goede voorbereiding op de bevalling. Optifit en hoger vergoeden ook een Bevalling-TENS, voor pijnbestrijding tijdens de bevalling.

#### Dit wordt niet vergoed

- steriele waterinjecties
- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum, als u geen Superfit of Zorgplan heeft

## ● Wat u zelf betaalt

#### De eigen bijdrage

Voor verloskundige zorg betaalt u geen eigen bijdrage, voor de kraamzorg wel. U betaalt een hogere eigen bijdrage als u in de polikliniek van het ziekenhuis bevalt zonder medische noodzaak, of in het geboortecentrum. In andere gevallen is er een lagere eigen bijdrage voor Kraamzorg thuis. Zo werkt de eigen bijdrage

#### Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor verloskundige zorg. Wel voor hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek of ambulancevervoer. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**Voor de gynaecoloog moet u vooraf een verwijzing hebben**

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

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

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

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

**Laat u niet verrassen door uw eigen bijdrage**

Bevalt u in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische reden? Bij 1 kind vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering dan € 246. Het tarief van de meeste ziekenhuizen ligt rond € 700. Het verschil tussen die bedragen betaalt u zelf, als eigen bijdrage. Bevalt u in een geboortecentrum? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering € 246 per dag. Blijft u langer? Dan kan uw eigen bijdrage verder oplopen.

**Uitleg**

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

## ● Kraamzorg

Extra zorg voor moeder en kind in die bijzondere periode vlak na de geboorte.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | 100%, u betaalt een eigen bijdrage<br>Volgens Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg  |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | € 250 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg<br>Max. per bevalling   |
| <b>Optifit</b>          | € 400 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg<br>Max. per bevalling   |
| <b>Topfit</b>           | € 550 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg<br>Max. per bevalling   |
| <b>Superfit</b>         | € 550 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg, en 100% voor extra faciliteiten in het geboortecentrum<br>Max. per bevalling |
| <b>Zorgplan</b>         | 100% voor extra faciliteiten in het geboortecentrum<br>Tijdens opname  |

### ● Wat u vergoed krijgt

Als uw zwangerschap zonder problemen verloopt, dan kiest u zelf waar u wilt bevallen: thuis, in een geboortecentrum<sup>1</sup> of in een ziekenhuis. Als er medische problemen of risico's zijn, zal de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden. Waar u ook bevalt: u heeft recht op kraamzorg na de bevalling.

Als u thuis of in een geboortecentrum bevalt, begeleidt uw verloskundige of huisarts de bevalling. Een kraamverzorgende of verpleegkundige ondersteunt dan de verloskundige of huisarts tijdens de bevalling. Die assistentie bij de bevalling telt niet als kraamzorg maar als verloskundige zorg.

Na de bevalling verzorgt de kraamverzorgende u en uw pasgeboren kindje. U krijgt hulp na de bevalling met de verzorging van uw baby en krijgt informatie en advies. Als u de kraamperiode thuis bent, doet de kraamverzorgende ook lichte huishoudelijke taken.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt:

- inschrijving en intake door kraamcentrum of geboortecentrum
- assistentie door een kraamverzorgende of verpleegkundige tijdens de bevalling tot maximaal 2 uur na de geboorte van de placenta
- kraamzorg na de bevalling

Hoeveel uren kraamzorg u krijgt, hangt af van uw persoonlijke situatie en waar u bevalt. Het kraamcentrum of geboortecentrum stelt dit vast op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg<sup>2</sup>. U krijgt minimaal 24 en maximaal 80 uur. Dit wordt verdeeld over maximaal 6 weken vanaf de bevalling.

## Zwangerschap, bevalling en kind

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

- a. eigen bijdrage a geldt voor kraamzorg thuis en is € 5,10 per uur
- b. eigen bijdrage b geldt voor kraamzorg als u in de polikliniek bevult zonder medische noodzaak, of voor kraamzorg in het geboortecentrum. 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 Vrije Keuze Basisverzekering dus € 246 (2 x € 143 - € 40) per dag. De rest betaalt u zelf, als eigen bijdrage.

We zetten de situaties die mogelijk zijn voor u op een rij.

1. **Bent u thuis bevallen?** Dan stelt het kraamcentrum het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben. Daarbij geldt eigen bijdrage a.
2. **Bent u bevallen in een ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk was? En is alles zonder problemen verlopen?** Dan kunt u met uw baby al snel weer naar huis. Het kraamcentrum stelt dan het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben. Voor de dag van de bevalling geldt de hogere eigen bijdrage b. Daarna geldt voor de kraamzorg thuis eigen bijdrage a.
3. **Bent u zonder medische problemen bevallen in een geboortecentrum?** Dan kunt u daar meestal nog een paar dagen blijven met uw pasgeboren baby. In dat geval stelt het geboortecentrum of kraamcentrum het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken naar wat u en uw baby nog nodig hebben. Let op dat voor de opnamedagen de hogere eigen bijdrage b geldt. Als u thuis nog kraamzorg ontvangt, geldt daarvoor eigen bijdrage a.
4. **Bent u bevallen in het ziekenhuis met een medische indicatie?** Dan stelt het kraamcentrum het aantal uren kraamzorg na uw thuiskomst vast. Zij kijken naar wat u en uw baby nog nodig hebben. Voor de dagen in het ziekenhuis betaalt u geen eigen bijdrage. Voor de kraamzorg thuis geldt eigen bijdrage a.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden tot een maximumbedrag per bevalling:

- eigen bijdrage a voor kraamzorg thuis
- de hogere eigen bijdrage b bij bevallen zonder medische noodzaak in het ziekenhuis, of in het geboortecentrum
- couveusenazorg na thuiskomst van de baby die meer dan 4 dagen in de couveuse heeft gelegen, of die in de couveuse heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van 8 of meer dagen
- aanvullende kraamzorg, als u om medische redenen meer kraamzorg nodig heeft dan de basisverzekering vergoedt
- uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet kan starten in de 6 weken na de geboorte van uw baby. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de gewone kraamzorg

De maximale bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Bevalt u in een geboortecentrum en biedt dit centrum hotelfaciliteiten of andere luxezorg aan? De aanvullende verzekeringen Superfit en Zorgplan vergoeden deze faciliteiten als die te maken hebben met uw verblijf. Het kan gaan om extra keuze bij de maaltijden. Of om verblijf van uw partner of kinderen in het geboortecentrum. Of extra service voor uw bezoek.

### Dit wordt niet vergoed

- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum, als u geen Superfit of Zorgplan heeft
- vervoerskosten die het kraamcentrum of de kraamverzorgende apart rekent. Deze kosten zitten al in het kraamzorgtarief

## Andere vergoedingen

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden een [Kraampakket](#).

Adopteert u een baby van nog geen jaar oud? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Benfit en hoger ook [Zorg bij adoptie](#).

## • Wat u zelf betaalt

### De eigen bijdrage

- eigen bijdrage a van € 5,10 per uur bij kraamzorg thuis
- eigen bijdrage b zoals hierboven beschreven

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden de eigen bijdragen tot een maximumbedrag per bevalling. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

### Geen eigen risico

Voor kraamzorg geldt geen eigen risico.

## • Dit moet u zelf doen

### U moet de kraamzorg op tijd aanvragen

Dit kan bij de kraamzorgorganisatie van uw keuze. Hoe dat werkt, leest u op de pagina over [zwangerschap en geboorte](#). Komt u er niet uit? Neemt u dan contact op met onze Kraamzorg Service via telefoonnummer 088 668 97 05. Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

### Voor couveusenazorg, aanvullende kraamzorg en uitgestelde kraamzorg heeft u een medische verklaring nodig

Heeft u behoefte aan couveusenazorg, of aan aanvullende of uitgestelde kraamzorg? Dan heeft u een verklaring van de behandelend arts of verloskundige nodig waaruit de medische noodzaak blijkt. U stuurt deze verklaring mee met uw declaratie.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

### 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.

### Laat u niet verrassen door uw eigen bijdrage

Bevalt u in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische reden? Bij 1 kind vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering dan € 246. Het tarief van de meeste ziekenhuizen ligt rond € 700. Het verschil tussen die bedragen betaalt u zelf, als eigen bijdrage. Bevalt u in een geboortecentrum? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering € 246 per dag. Blijft u langer? Dan kan uw eigen bijdrage verder oplopen.

### **Uitleg**

1. Geboortecentrum: Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd
2. 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.

## ● Kraampakket

Het kraampakket, onmisbaar bij een thuisbevalling.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding                                    |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                                    |
| <b>Benfit</b>           | 1 keer per bevalling<br>Van onze Kraamzorg Service |
| <b>Optifit</b>          | 1 keer per bevalling<br>Van onze Kraamzorg Service |
| <b>Topfit</b>           | 1 keer per bevalling<br>Van onze Kraamzorg Service |
| <b>Superfit</b>         | 1 keer per bevalling<br>Van onze Kraamzorg Service |

### ● Wat u vergoed krijgt

In het kraampakket zitten producten die onmisbaar zijn wanneer u thuis bevalt, zoals een matrasbeschermer en onderleggers. Ook zitten er producten in voor na de bevalling, bijvoorbeeld kraamverband. Daarom is het kraampakket ook handig om in huis te hebben als u in een geboortecentrum of ziekenhuis wilt bevallen.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden het kraampakket van onze Kraamzorg Service. U kunt het kraampakket [online](#) aanvragen. U krijgt het dan thuis bezorgd.

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor het kraampakket betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

Voor het kraampakket geldt geen eigen risico.

### ● Dit moet u zelf doen

#### **Vraag het kraampakket op tijd aan**

Dit kan eenvoudig [online](#). Vraagt u het pakket voor de 30e week van uw zwangerschap aan? Dan krijgt u het uiterlijk in de 34e week van uw zwangerschap thuis bezorgd.

### ● Goed om te weten

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

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

## ● **Bevalling-TENS**

Minder pijn bij bevallen.

### ● **Vergoeding per verzekering**

|                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding            |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding            |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding            |
| <b>Optifit</b>          | € 75<br>Max. per bevalling |
| <b>Topfit</b>           | € 75<br>Max. per bevalling |
| <b>Superfit</b>         | € 75<br>Max. per bevalling |

### ● **Wat u vergoed krijgt**

Ziet u op tegen pijn tijdens uw bevalling? De bevalling-TENS is een apparaatje dat de pijn van weeën kan verminderen. Lichte stroomstootjes zorgen ervoor dat u minder last heeft van pijnprikkels.

U kunt een bevalling-TENS huren of kopen. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden hiervoor maximaal € 75 per bevalling.

U kunt de bevalling-TENS ook bij de [ZorgConsulent](#) aanvragen. Die zorgt dan dat u het apparaatje krijgt thuisgestuurd. U mag dit houden.

#### **Hier kunt u terecht**

- leverancier van TENS-apparaten
- [ZorgConsulent](#)

### ● **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor de bevalling-TENS betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

Voor de bevalling-TENS geldt geen eigen risico.

### ● **Goed om te weten**

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

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.



### ● **Borstvoeding: lactatiekundige**

Een goede start voor uw kind.

#### ● **Vergoeding per verzekering**

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding                |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                |
| <b>Benefit</b>          | € 200<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Optifit</b>          | € 300<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | 100%                           |
| <b>Superfit</b>         | 100%                           |

#### ● **Wat u vergoed krijgt**

Borstvoeding geven klinkt eenvoudig. Maar in de praktijk gaat het niet altijd (meteen) vanzelf. Bijvoorbeeld bij problemen met het aanleggen, of als u onvoldoende melkproductie heeft.

In de kraamtijd kan de kraamverzorgende u helpen bij het geven van borstvoeding. Daarvoor geldt de vergoeding [Kraamzorg](#).

Kunt u met uw vragen niet bij een kraamverzorgende terecht? Dan kunt u naar een lactatiekundige. Die kan u ook helpen in bijzondere situaties, bijvoorbeeld als u of uw kind een beperking heeft.

U krijgt de zorg meestal na de bevalling. Maar ook tijdens de zwangerschap kunt u al naar een lactatiekundige gaan.

De aanvullende verzekeringen Benefit en hoger vergoeden consulten van een lactatiekundige. Benefit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden alle consulten van de lactatiekundige.

#### **Hier kunt u terecht**

- een lactatiekundige die volwaardig lid is van de [Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen \(NVL\)](#) of [Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding \(VSBB\)](#)

#### **Dit wordt niet vergoed**

- hulpmiddelen voor borstvoeding, zoals een borstkolf of speciale flesjes

#### ● **Wat u zelf betaalt**

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor de lactatiekundige betaalt u geen eigen bijdrage.

### **Geen eigen risico**

Voor de lactatiekundige geldt geen eigen risico.

- **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

## ● Zorg bij adoptie

Uw adoptiekind het beste geven.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding               |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding               |
| <b>Benefit</b>          | € 250<br>Max. per adoptiekind |
| <b>Optifit</b>          | € 400<br>Max. per adoptiekind |
| <b>Topfit</b>           | € 550<br>Max. per adoptiekind |
| <b>Superfit</b>         | € 550<br>Max. per adoptiekind |

### ● Wat u vergoed krijgt

Adopteert u een kind? Dan heeft u misschien vragen over de verzorging, voeding of andere zaken waar nieuwe ouders mee te maken krijgen. In de eerste weken na de geboorte kan een kraamverzorgende u dan helpen. En misschien wilt u ook de gezondheid van uw kind laten controleren met een medische screening.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt Kraamzorg voor de pasgeboren baby. Het kraamcentrum stelt het aantal uren vast volgens een protocol. U betaalt dan een eigen bijdrage. Bij adoptie heeft u volgens het protocol meestal geen recht op kraamzorg.

Is uw adoptiekind jonger dan 12 maanden en bij ons verzekerd? Dan vergoeden de **aanvullende verzekeringen** Benefit en hoger:

- de kosten van (extra) kraamzorg
- de eigen bijdrage voor kraamzorg uit de basisverzekering
- de kosten van medische screening door een kinderarts

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

#### Hier kunt u terecht

- voor de medische screening: kinderarts
- voor de kraamzorg: kraamcentrum

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor zorg bij adoptie betaalt u geen eigen bijdrage.

### **Geen eigen risico**

Voor zorg bij adoptie geldt geen eigen risico.

### ● **Dit moet u zelf doen**

#### **De kraamzorg aanvragen**

Dit kan eenvoudig [online](#). Komt u er niet uit? Neemt u dan contact op met onze Kraamzorg Service via telefoonnummer 088 668 97 05. Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

### ● **Goed om te weten**

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

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

#### **Voor de screening heeft u geen verwijzing nodig**

U kunt rechtstreeks met uw kind naar de kinderarts gaan.

#### **Wij vergoeden 1 keer per adoptiekind**

Ook als u en uw partner allebei bij ons verzekerd zijn.

## ● Plaswekker

Droog de nacht door.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding  |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | € 85 voor hele looptijd verzekering<br>Max., voor huur of koop |
| <b>Optifit</b>          | € 85 voor hele looptijd verzekering<br>Max., voor huur of koop |
| <b>Topfit</b>           | 100% 1x voor hele looptijd verzekering<br>Huur of koop         |
| <b>Superfit</b>         | 100% 1x voor hele looptijd verzekering<br>Huur of koop         |

### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft uw kind last van bedplassen? Een plaswekker kan helpen bij het zindelijk worden. Het apparaatje maakt uw kind wakker als het sensorbroekje nat wordt.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden een plaswekker. U kiest zelf of u die huurt of koopt. Benfit en Optifit vergoeden maximaal € 85. Als dat bedrag is bereikt, vergoeden wij dit hulpmiddel niet meer. Ook niet in een volgend jaar. Topfit en Superfit vergoeden een plaswekker eenmaal volledig.

#### Hier kunt u terecht

- leverancier van plaswekkers

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor de plaswekker betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Geen eigen risico

Voor de plaswekker geldt geen eigen risico.

### ● Goed om te weten

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

#### De verzekering van uw kind bepaalt de vergoeding

Koopt of huurt u een plaswekker voor uw kind? Dan valt dat niet onder uw eigen verzekering, maar onder die van uw kind. Als de naam van uw kind op de rekening staat, kunnen wij uw declaratie sneller afhandelen.

### ● Geneesmiddelen basisverzekering

De basisverzekering vergoedt de meeste medicijnen.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• soms betaalt u een eigen bijdrage</li><li>• Volgens voorkeursbeleid</li></ul> |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering  |
| <b>Optifit</b>          | De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering  |
| <b>Topfit</b>           | De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering  |
| <b>Superfit</b>         | De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering  |

#### ● Wat u vergoed krijgt

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt vrijwel alle gangbare geneesmiddelen, die u op recept krijgt. En de dienstverlening en de begeleiding van de apotheek die daarbij hoort. Alle geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs). Op [medicijnkosten.nl](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 Vrije 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 Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

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

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

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

Voor de meeste 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.

De eigen bijdragen betaalt u zelf, maar nooit meer dan € 250 per jaar. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden die eigen bijdragen volgens de vergoeding [Geneesmiddelen aanvullende verzekering](#).

### Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

### Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke apotheek u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, voor de geneesmiddelen en de dienstverlening, adviseren wij u naar een gecontracteerde apotheek te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke apotheken wij een contract hebben.

Heeft uw apotheek geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#). Voor de geneesmiddelen en voor de dienstverlening van de apotheek.

### Dit vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijvende gevallen
- 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 Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende middelen niet. Uw aanvullende verzekering soms wel:

- [vaccinaties en preventieve geneesmiddelen](#) voor uw (vakantie)reis
- [homeopathische en antroposofische geneesmiddelen](#)

Voor sommige geneesmiddelen gelden ook andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- [Dieetpreparaten](#)
- [voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen](#)
- middelen voor [Anticonceptie](#)

## ● **Wat u zelf betaalt**

### **De eigen bijdrage**

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de eigen bijdragen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

### **Het eigen risico**

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

## ● **Dit moet u zelf doen**

### **U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel**

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>2</sup>.

### **Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen**

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf [toestemming](#) hebben gegeven.

## ● **Goed om te weten**

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

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### **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 vergoeden wij de kosten van 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 een 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

### ● Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding   |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | € 150 voor eigen bijdragen, sommige geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen<br>Max. per kalenderjaar                                     |
| <b>Optifit</b>          | € 300 voor sommige geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen<br>Max. per kalenderjaar   |
| <b>Topfit</b>           | € 1.500 voor sommige geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | 100% sommige geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waaronder max. € 250 voor eigen bijdragen<br>Max. per kalenderjaar       |

#### ● Wat u vergoed krijgt

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt de meeste geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Daarvoor geldt de vergoeding [Geneesmiddelen basisverzekering](#). Soms betaalt u een eigen bijdrage.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden:

- de eigen bijdragen
- geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt. Hebben wij binnen een geneesmiddelencluster geneesmiddelen aangewezen? Dan vergoedt uw aanvullende verzekering andere geneesmiddelen uit dat cluster niet. Meer uitleg daarover vindt u in ons reglement Farmaceutische zorg
- de terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de [apothek](#) van de geneesmiddelen die uw aanvullende verzekering vergoedt
- verbandmiddelen als u bij een arts onder behandeling bent voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding [Verbandmiddelen](#) vallen

Optifit en hoger vergoeden ook nog:

- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

Benfit, Optifit en Topfit vergoeden per kalenderjaar maximaal het bedrag hierboven. Superfit vergoedt de zorg volledig. Van deze vergoedingen mag u maximaal € 250 gebruiken voor wettelijke eigen bijdragen. Dat zijn de wettelijke eigen bijdragen en geen andere bijbetalingen.

## Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

## Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen en eigen bijdragen waarvoor een terugbetalingsregeling<sup>1</sup> van de fabrikant geldt
- geneesmiddelen uit de clusters waarin wij voor de basisverzekering geneesmiddelen hebben aangewezen
- geneesmiddelen tegen een erectieprobleem
- geneesmiddelen tegen kaalheid
- geneesmiddelen voor [Vruchtbaarheidsbehandelingen](#)
- geneesmiddelen die u gebruikt om te vermageren
- vitamines en mineralen

## Andere vergoedingen

Voor sommige geneesmiddelen gelden (ook) andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- [homeopathische en antroposofische geneesmiddelen](#)
- [vaccinaties en preventieve geneesmiddelen](#) voor uw (vakantie)reis
- middelen voor [Anticonceptie](#)
- [Geneesmiddelen basisverzekering](#)

## ● Wat u zelf betaalt

### De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, betaalt u een eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die eigen bijdrage, volgens de vergoeding die u nu leest. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdrage. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

### Geen eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.

## ● Dit moet u zelf doen

### U moet een voorschrift (recept) hebben van een arts of andere voorschrijver

Wij vergoeden geneesmiddelen, verbandmiddelen en melatonine alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>2</sup>.

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### Lees ook ons reglement Farmaceutische zorg

In dat reglement leggen wij meer uit over de vergoeding van geneesmiddelen en de dienstverlening van de apotheek.

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

Per recept vergoeden wij de kosten van 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 anticonceptiepill
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

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

### **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.

#### **Uitleg**

1. Terugbetalingsregeling: Van bepaalde geneesmiddelen kunt u de kosten of uw wettelijke eigen bijdrage bij de fabrikant terugvragen. Wij vergoeden die dan niet. Ook niet als de fabrikant bepaalt dat u eerst bij ons om vergoeding moet vragen. Meer informatie staat op [terugbetaalregeling.nl](https://terugbetaalregeling.nl) en [hevoconsult.nl](https://hevoconsult.nl)
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

Als u advies nodig heeft over voeding en gezondheid.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b> | 3 uur<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                |
| <b>Benfit</b>           | € 120<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Optifit</b>          | € 200<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | 100%                           |
| <b>Superfit</b>         | 100%                           |

### ● Wat u vergoed krijgt

Bent u te zwaar of juist te licht door bijvoorbeeld ziekte, eetproblemen of een voedselallergie? Of heeft u andere klachten die samenhangen met voeding, zoals darmklachten, hoge bloeddruk of verhoogd cholesterol? Een diëtist geeft voorlichting en advies over voeding, dieet en eetgewoonten. Dit noemen we diëtetiek.

Wij vergoeden diëtetiek in 3 situaties:

#### 1. als onderdeel van ketenzorg bij chronische ziekte

Heeft u diabetes (suikerziekte), een hart- of vaatziekte, of chronische longproblemen (COPD)? Dan krijgt u via de huisarts mogelijk ketenzorg. Daarbij werken meer zorgverleners intensief samen om u zorg te geven. De diëtist maakt daar dan onderdeel van uit

#### 2. bij overgewicht

U kunt zorg krijgen bij de diëtist als:

- uw BMI<sup>1</sup> minstens 30 kg/m<sup>2</sup> is, of
- uw BMI tussen 25 en 30 kg/m<sup>2</sup> is en u extra risico loopt door bijvoorbeeld een ziekte (zoals hart- en vaatziekte)

#### 3. 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. Ook kunt u op eigen initiatief naar de diëtist gaan. Een verwijzing is namelijk niet nodig

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt per kalenderjaar maximaal 3 uur diëtetiek met een medische reden door een diëtist. Maakt de zorg door de diëtist onderdeel uit van uw ketenzorg? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die zorg ook. Deze ketenzorg telt niet mee voor het maximum van 3 uur.

Heeft u na de 3 uur van de basisverzekering nog begeleiding en advies nodig? De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden extra diëtetiek met een medische reden door een diëtist. Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar voor extra diëtetiek. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden extra diëtetiek volledig.

### Dit wordt niet vergoed

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

### Andere vergoedingen

Heeft u geen medische reden, maar wilt u wel uw eetgewoonten veranderen? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden Preventiecurssussen.

Voor diëtetiek na ernstige COVID-19 geldt de vergoeding Voorwaardelijk toegelaten zorg.

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor diëtetiek betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Voor diëtetiek die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Behalve als de diëtetiek onderdeel is van ketenzorg. Dan geldt het eigen risico niet. Zo werkt het eigen risico

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de diëtetiek met een medische reden die diëtisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Kwaliteitsregisters geven extra informatie

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

### 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

Als u met gewone of aangepaste voeding niet genoeg voedingsstoffen binnen kunt krijgen.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%, in bepaalde situaties bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding  |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Dieetpreparaten zijn voedingsmiddelen met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Bijvoorbeeld sondevoeding en drinkvoeding. Ze worden voorgeschreven bij ziekte of ondervoeding.

Dieetpreparaten zijn geen dieetproducten. Dieetproducten zijn bijvoorbeeld glutenvrije pasta, suikervrije jam en afslankrepen, die u koopt bij een supermarkt of drogist.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dieetpreparaten wel, en dieetproducten niet. U moet wel aan 2 voorwaarden voldoen.

De 1e voorwaarde is:

- 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

De 2e voorwaarde is:

- dat aangepaste normale voeding niet geschikt is, en bijzondere dieetvoeding die in de winkel te koop is ook niet

De vergoeding geldt voor polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Deze termen verwijzen naar de samenstelling van het dieetpreparaat.

#### **Hier kunt u terecht**

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts
- gespecialiseerde leverancier

#### **Zorgverlener zonder contract**

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

#### **Dit wordt niet vergoed**

- dieetpreparaten tijdens de proefperiode. Dat is de periode waarin u een dieetpreparaat probeert voordat een allergie wordt vastgesteld

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor dieetpreparaten betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Voor dieetpreparaten geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

### ● Dit moet u zelf doen

#### **U moet een voorschrift (recept) of artsenverklaring hebben**

U moet voor dieetpreparaten een voorschrift hebben van uw huisarts, of een artsenverklaring dieetpreparaten van een arts of medisch specialist<sup>1</sup>, verpleegkundig specialist, physician assistant<sup>2</sup> of diëtist.

#### **Soms moet u ons vooraf toestemming vragen**

Die toestemming is nodig voor dieetpreparaten bij een voedselallergie (ook wel koemelkallergie) met milde klachten als:

- het kind 2 jaar of ouder is, of
- het kind tussen 1 en 2 jaar is en meer dan 500 ml dieetvoeding per dag nodig heeft, of
- het kind tussen 0 en 1 jaar is en meer dan 1.000 ml dieetvoeding per dag nodig heeft

### ● Goed om te weten

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

#### **Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering**

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

Voor een sterk en gezond gebit.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b> | 100% van de meeste behandelingen |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding                  |
| <b>Optifit</b>          | € 500<br>Max. per kalenderjaar   |
| <b>Topfit</b>           | 100%                             |
| <b>Superfit</b>         | 100%                             |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Goede mondzorg op jonge leeftijd voorkomt problemen later. Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** deze tandartsbehandelingen:

- controle (preventief tandheelkundig onderzoek), één 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 Vrije Keuze Basisverzekering ook de [Ziekenhuisopname](#).

## Mond en gebit

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden tot 18 jaar de algemene tandheelkundige zorg die de basisverzekering niet vergoedt. Optifit vergoedt maximaal € 500 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

### Andere vergoedingen

Voor Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar, Orthodontie tot 18 jaar, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde gelden (ook) andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

### Hier kunt u terecht

Voor zorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus
- kaakchirurg<sup>1</sup>

Voor zorg uit de aanvullende verzekering:

- tandarts
- tandprotheticus

### Dit wordt niet vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- uitwendig bleken van tanden en kiezen (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)

### De aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- volledige narcose en voorbereiding daarvan (A20, A30)
- MRA<sup>3</sup> (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor tandheelkundige zorg tot 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

## ● Dit moet u zelf doen

### Voor de kaakchirurg moet u vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, tandarts, een medisch specialist of een jeugdarts. Bij acute zorg<sup>4</sup> is geen verwijzing nodig.

## Soms heeft u vooraf toestemming nodig

De volgende zorg vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven:

- de 3e en volgende fluoridebehandeling(en) in hetzelfde kalenderjaar
- een kaakoverzichtsfoto
- transplantatie van een eigen tand of kies (autotransplantaat)
- behandelingen bij de kaakchirurg die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie<sup>5</sup> staan
- zorg onder volledige narcose
- een kunstgebit waarvan de materiaal- en techniekkosten hoger zijn dan de bedragen in ons overzicht materiaal- en techniekkosten
- het vervangen van een kunstgebit dat minder dan 5 jaar oud is
- een klikgebit, en het repareren of rebasen (opvullen) van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

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

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

#### 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. MRA: Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA
4. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
5. 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

Voor een goed gebit in een gezonde mond.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b>   | Beperkt, volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde  |
| <b>Startfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>             | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>            | Geen vergoeding   |
| <b>Topfit</b>             | Geen vergoeding   |
| <b>Superfit</b>           | € 1.600 algemene tandheelkundige zorg<br>Max. per kalenderjaar  |
| <b>Tandfit A</b>          | € 200, waarvan max. € 75 preventieve mondzorg (M-codes)<br>Max. per kalenderjaar  |
| <b>Tandfit B</b>          | € 500, waarvan max. € 150 preventieve mondzorg (M-codes)<br>Max. per kalenderjaar   |
| <b>Tandfit C</b>          | € 1.250, waarvan max. € 250 preventieve mondzorg (M-codes)<br>Max. per kalenderjaar   |
| <b>Tandfit Preventief</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• controle en preventie volledig</li> <li>• andere tandheelkundige zorg: € 2.000, waarvan max. € 300 voor vullingen en tandvleesbehandelingen samen</li> <li>• elektrische tandenborstel + opzetborsteltjes</li> </ul> <p>Vergoedingen: max. per kalenderjaar<br/>Tandenborstel: 1 per looptijd verzekering<br/>Geen vergoeding voor: kronen, bruggen, wortelkanaalbehandelingen, implantaten en prothesen</p> |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde. Waar u recht op heeft staat in die vergoedingen. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts, mondhygiënist en orthodontist vergoedt de basisverzekering niet.

De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B, C en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg wel als u 18 jaar of ouder bent. De vergoedingen staan hieronder, per verzekering. De codes tussen haakjes staan op de rekening van de tandarts. Voor orthodontie geldt een andere vergoeding.

# Mond en gebit

## Superfit

Superfit vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.600 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

## Tandfit A

Tandfit A vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 200 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 75 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes<sup>1</sup>), zoals gebitsreiniging.

## Tandfit B

Tandfit B vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 150 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes<sup>1</sup>), zoals gebitsreiniging.

## Tandfit C

Tandfit C vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 250 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes<sup>1</sup>), zoals gebitsreiniging.

## Tandfit Preventief

Tandfit Preventief vergoedt deze preventieve behandelingen:

- consult ten behoeve van een intake (C001)
- consult periodieke controle (C002)
- consult, niet zijnde periodieke controle (C003)
- aanvullende anamnese (C010)
- mondzorg aan huis (C020)
- preventieve voorlichting (M01)
- evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M40)
- onderzoek bacteriën en enzymen (M32)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30, V35)

Tandfit Preventief vergoedt ook de meeste andere codes voor tandheelkundige zorg, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. Van dat bedrag kunt u maximaal € 300 besteden aan vullingen (V-codes) en tandvleesbehandelingen (parodontologie, T-codes) samen.

En: bij Tandfit Preventief krijgt u 1 keer per looptijd van de verzekering een elektrische tandenborstel, en jaarlijks nieuwe opzetborsteltjes.

Tandfit Preventief vergoedt niet (zorg die te maken heeft met):

- kronen, bruggen en inlays<sup>2</sup>
- kunstgebit
- implantaten
- wortelkanaalbehandeling
- orthodontie

**Voor Superfit, Tandfit A, B, C en Preventief geldt:**

**Hier kunt u terecht**

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

**Dit wordt niet vergoed**

- volledige narcose en voorbereiding daarvan (A20<sup>3</sup>, A30)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)
- MRA<sup>4</sup> (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)

**Ongeval?**

Heeft u een ongeval gehad en is uw gebit beschadigd? Er is een aparte vergoeding voor Tandheelkundige zorg na een ongeval.

## ● **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

**Geen eigen risico**

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

## ● **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

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

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

### **Uitleg**

1. M-codes: M01 preventieve voorlichting, M02 evaluatie van preventie, M03 gebitsreiniging, M30 behandelen gevoelige tandhalzen, M32 onderzoek bacteriën/enzymen, M40 fluoridebehandeling
2. Inlays: Op maat gemaakte vullingen
3. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van uw tandarts
4. MRA: Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA

## ● Tandheelkundige zorg na een ongeval

Een bal tegen uw gezicht bij het sporten. Een ongeluk met de fiets.

### ● Vergoeding per verzekering

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b>   | Sommige gevallen<br>Uit vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar, of vanaf 18 jaar volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese en Bijzondere tandheelkunde |
| <b>Startfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>             | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>            | Geen vergoeding  |
| <b>Topfit</b>             | Geen vergoeding  |
| <b>Superfit</b>           | € 5.000 of € 10.000 volgens OntzorgPlus<br>Max., 1 ongeval per kalenderjaar  |
| <b>OntzorgPlus</b>        | € 10.000   |
| <b>Tandfit A</b>          | € 2.500<br>Max., 1 ongeval per kalenderjaar  |
| <b>Tandfit B</b>          | € 5.000<br>Max., 1 ongeval per kalenderjaar  |
| <b>Tandfit C</b>          | € 5.000<br>Max., 1 ongeval per kalenderjaar  |
| <b>Tandfit Preventief</b> | € 10.000<br>Max., 1 ongeval per kalenderjaar   |

### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u schade aan uw gebit door een ongeval<sup>1</sup>? De basisverzekering of uw aanvullende (tand)verzekering vergoedt mogelijk uw tandheelkundige kosten. Dit hangt af van wélke verzekering u heeft en van uw leeftijd.

#### **Bent u jonger dan 18 jaar?**

Dan vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** de meeste tandheelkundige zorg. Ook bij een ongeval. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden algemene tandheelkundige zorg die niet onder de basisverzekering valt. Wat u vergoed krijgt staat bij Tandheelkundige zorg tot 18 jaar.



## **Bent u 18 jaar of ouder?**

Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering na een ongeval soms de kaakchirurg, het kunstgebit en Bijzondere tandheelkunde. Superfit, de aanvullende tandverzekeringen, en soms OntzorgPlus vergoeden, na onze toestemming, andere tandheeskundige zorg na een ongeval om de schade aan uw gebit te repareren. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een gedeeltelijk kunstgebit.

Deze vergoeding geldt alleen voor behandelingen tot maximaal 1 jaar na het ongeval. En het ongeluk moet gebeurd zijn terwijl u Superfit, Tandfit A, B, C of Preventief of OntzorgPlus had.

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

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 Tandheeskundige zorg na een ongeval, maar de vergoeding Tandheeskundige zorg vanaf 18 jaar.

## **Hier kunt u terecht**

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

## **Dit wordt niet vergoed**

- volledige narcose en 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 niet dragen van een gebitsbeschermer waar dat regel is
- behandeling van schade aan uw gebit die is ontstaan of verergerd door eten

## ● **Wat u zelf betaalt**

### **Geen eigen bijdrage**

Voor tandheeskundige zorg na een ongeval uit de aanvullende verzekering betaalt u geen eigen bijdrage.

### **Het eigen risico**

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

## ● **Dit moet u zelf doen**

### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Bent u 18 jaar of ouder? En wilt u vergoeding voor tandheeskundige zorg na een ongeval uit Superfit, uw tandverzekering of OntzorgPlus? Dat kan alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Voor spoedeisende zorg kunt u toestemming ook achteraf vragen. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Daar moeten een behandelplan, een begroting en een (röntgen)foto bij zitten.

## ● **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### **OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus**

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg 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

### ● Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheelkunde  |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>          | Vanaf start behandeling:<br>1e 12 maanden max. € 1.000<br>2e 12 maanden max. € 1.000                               |
| <b>Topfit</b>           | Vanaf start behandeling:<br>1e 12 maanden max. € 1.000<br>2e 12 maanden max. € 1.000<br>3e 12 maanden max. € 1.000 |
| <b>Superfit</b>         | 100%   |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden 'gewone' orthodontie tot 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest. Uw orthodontist brengt de behandeling in rekening met zogenoemde A-tarieven van de NZa. De codes voor behandeling op uw rekening eindigen dan op een A.

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 1.000 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Topfit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Optifit en Topfit vergoeden orthodontie dus niet tot een maximum per kalenderjaar, maar per behandeljaar. Hoe dat werkt, leest u op onze informatiepagina.

Superfit vergoedt orthodontie tot 18 jaar volledig. De aanvullende tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

#### **Andere vergoedingen**

Topfit en Superfit hebben ook een vergoeding voor Orthodontie vanaf 18 jaar.

## Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist<sup>1</sup>

## Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor orthodontie tot 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Voor orthodontie tot 18 jaar geldt geen eigen risico.

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

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

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Wij bepalen de startdatum als wij de 1e declaratie ontvangen

Wij kijken dan naar de datum van het consult of de behandeling. Vindt de orthodontist tijdens een 1e consult dat uw kind beter kan wachten met een beugel? Dan kan het bij Optifit en Topfit voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaat de 24 maanden (Optifit) of 36 maanden (Topfit) vergoeding al lopen voordat de behandeling echt begint. Meld dan bij de orthodontist dat u het consult zelf betaalt. Veel orthodontisten sturen de declaratie namelijk rechtstreeks naar ons.

## Uitleg

1. Orthodontist: Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

### ● Orthodontie vanaf 18 jaar

Goed kunnen bijten en kauwen is belangrijk voor uw hele gezondheid.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheelkunde |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding   |
| <b>Topfit</b>           | € 500<br>Max. per kalenderjaar  |
| <b>Superfit</b>         | 100%  |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking van de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door ernstige aandoeningen, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een beugel nodig? De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden orthodontie vanaf 18 jaar, voor het herstellen van een functionele afwijking. Uw orthodontist brengt de behandeling in rekening met zogenoemde A-tarieven van de NZa. De codes voor behandeling op uw rekening eindigen dan op een A.

Topfit vergoedt voor orthodontie maximaal € 500 per kalenderjaar. Superfit vergoedt die orthodontie volledig.

#### Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist<sup>1</sup>

#### Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor orthodontie vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Geen eigen risico

Voor orthodontie vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**U moet ons vooraf toestemming vragen**

Wij vergoeden de orthodontie alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Gaat u naar een orthodontist voor een behandelplan, dan maakt u al kosten. Krijgt u van ons geen toestemming voor de behandeling? Dan betaalt u die kosten zelf.

Heeft u al een orthodontietraject gehad en moet uw retentiebeugel vervangen worden? Daarvoor hoeft u vooraf geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Uitleg

1. Orthodontist: Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

### ● Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar

Kunstgebit, klickgebit, prothese ... We zetten het voor u op een rij.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b>   | Volledig kunstgebit en reparatie of rebasen, u betaalt een eigen bijdrage  |
| <b>Superfit</b>           | € 1.600 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Tandfit A</b>          | € 200 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar<br>Max. per kalenderjaar   |
| <b>Tandfit B</b>          | € 500 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar<br>Max. per kalenderjaar   |
| <b>Tandfit C</b>          | € 1.250 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Tandfit Preventief</b> | Geen vergoeding  |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Natuurlijk probeert u zo lang mogelijk uw gebit gezond te houden. Maar soms zal uw tandarts u aanraden een kunstgebit te nemen. Dat wordt ook wel prothese of prothetische voorziening genoemd.

Voor de vergoeding maakt het verschil of het gaat om een gedeeltelijk kunstgebit of een volledig kunstgebit. Bij een gedeeltelijk kunstgebit heeft u nog eigen tanden of kiezen. Het gedeeltelijke kunstgebit vervangt de tanden of kiezen die ontbreken. Een volledig kunstgebit vervangt alle tanden en kiezen in een kaak. U kunt het volledig kunstgebit hebben voor de onderkaak, de bovenkaak of voor allebei de kaken.

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** het **volledige uitneembare kunstgebit**, dus het volledige kunstgebit dat u zelf uit de mond kunt halen. Het gedeeltelijke kunstgebit, vergoedt de basisverzekering niet. Die valt onder de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar van de aanvullende verzekeringen Superfit of Tandfit A, B en C.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt 4 soorten volledige uitneembare kunstgebitten. We zetten ze voor u op een rij.

1. De immediaatprothese. Dat is een tijdelijk kunstgebit dat u krijgt na het trekken van alle tanden en kiezen. U draagt het tot de mond genezen is.
2. Een gewone prothese (niet op implantaten). Dat is het kunstgebit dat u krijgt ná de immediaatprothese. Het wordt ook wel 'vervangingsprothese' genoemd.
3. Een overkappingsprothese (niet op implantaten). Dat is een kunstgebit dat over uw eigen tandwortels wordt geplaatst.
4. Een kunstgebit op implantaten ('implantaat gedragen'). Dat heet ook wel klickgebit.

## Mond en gebit

U krijgt een gedeeltelijke vergoeding. Dit is een percentage van de totale kosten inclusief materiaal- en techniekkosten. Dus de kosten van de tandarts of de tandprotheticus en de materiaal- en techniekkosten. Bij het gebit op implantaten tellen ook de magneetjes, staafjes of drukknoppen die boven het tandvlees uitsteken ('het vaste gedeelte van de suprastructuur') mee in de totale kosten.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt deze percentages van de totale kosten (inclusief materiaal- en techniekkosten):

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of de onderkaak: 75% (eigen bijdrage 25%)
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 90% (eigen bijdrage 10%)
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 92% (eigen bijdrage 8%)
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 83% (eigen bijdrage 17%)

Het percentage dat de basisverzekering niet vergoedt, is uw eigen bijdrage. Die moet u zelf betalen. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Tandfit A, B en C vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage, volgens de vergoeding [Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar](#).

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 hoe zit het met de implantaten?

Krijgt u voor het eerst een klikgebit? Dan heeft u ook implantaten nodig. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de implantaten alleen als u een heel erg geslonken kaak zonder tanden heeft. Dan geldt de vergoeding [Bijzondere tandheeskunde](#). U moet ons vooraf toestemming vragen. Heeft u geen heel erg geslonken kaak zonder tanden? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit of Tandfit A, B en C het aanbrengen van implantaten door de tandarts, volgens de vergoeding [Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar](#).

### En als het kunstgebit niet meer past of kapot is?

Dan kunt u het laten repareren of rebasen (opvullen) door een tandprotheticus of een tandarts. Heeft u het kunstgebit nog geen 4 maanden? Dan hoeft u daar niet voor te betalen. Is het ouder dan 4 maanden? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering reparatie en rebasen (opvullen) voor 90%. U betaalt een eigen bijdrage van 10%.

### Hier kunt u terecht

- tandarts
- tandprotheticus

### Andere vergoedingen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt soms implantaten onder uw klikgebit, dat valt onder de vergoeding [Bijzondere tandheeskunde](#).

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vallen het kunstgebit en andere prothesen onder de vergoeding [Tandheelkundige zorg tot 18 jaar](#).

## ● Wat u zelf betaalt

### De eigen bijdrage

Voor een kunstgebit betaalt u een eigen bijdrage van 8, 10, 17 of 25%. De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B en C vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)



## Het eigen risico

Voor het volledige uitneembare kunstgebit geldt het eigen risico. Voor het gedeeltelijke kunstgebit geldt geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## • Dit moet u zelf doen

### U heeft vaak vooraf toestemming nodig

De volgende zorg vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven:

- een 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
- het vervangen van een kunstgebit (2 of 3 uit de opsomming hierboven) als dat minder dan 5 jaar oud is
- het klikgebit (4 uit de opsomming hierboven)
- het repareren of rebasen van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

### ● Fronttandvervanging

Ontbreken bij u de blijvende snij- of hoektanden en bent u jonger dan 23 jaar?

#### ● Vergoeding per verzekering

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b>   | 100%, tot 23 jaar, als noodzaak is vastgesteld voor 18e verjaardag       |
| <b>Superfit</b>           | Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar                  |
| <b>OntzorgPlus</b>        | Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval van OntzorgPlus |
| <b>Tandfit A</b>          | Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar                  |
| <b>Tandfit B</b>          | Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar                  |
| <b>Tandfit C</b>          | Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar                  |
| <b>Tandfit Preventief</b> | Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval                 |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Zijn bij u de blijvende snij- of hoektanden niet aangelegd? Of bent u ze door een ongeval kwijtgeraakt? Dan is het mogelijk om (weer) snij- of hoektanden aan te brengen. Dat gebeurt meestal met een implantaat en een kroon.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt het vervangen van een of meer helemaal ontbrekende blijvende snij- of hoektanden. Dit moet gebeuren met niet-plastisch materiaal zoals een kroon of een brug. Implantaten die daarbij nodig zijn worden ook vergoed.

De tandarts moet vóór uw 18e verjaardag hebben vastgesteld dat dit bij u nodig is. De vergoeding stopt als u 23 jaar wordt.

Is de noodzaak pas na uw 18e verjaardag vastgesteld? Of ontbreekt een snij- of hoektand maar voor een deel? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg niet. De **aanvullende verzekeringen** Superfit, OntzorgPlus, en Tandfit A, B en C vergoeden de zorg dan (gedeeltelijk), als de tandarts die uitvoert. Dan geldt de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar of Tandheelkundige zorg na een ongeval.

Heeft u naast ontbrekende snij- of hoektanden andere ernstige gebitsproblemen? Dan kan fronttandvervanging onder de vergoeding Bijzondere tandheelkunde vallen.

#### Hier kunt u terecht

- tandarts
- voor de Vrije Keuze Basisverzekering: ook de kaakchirurg<sup>1</sup>

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor fronttandvervanging betaalt u geen eigen bijdrage.

## Het eigen risico

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

## • Dit moet u zelf doen

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze zorg alleen als toestemming voordat de behandeling begint.

### Soms moet u een verwijzing hebben

Moet u voor deze zorg naar de kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)? Dan moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of de tandarts. Bij acute zorg<sup>2</sup> is geen verwijzing nodig.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### 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

Voor specialistische mondzorg.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |                 |
|----------------------------------|-----------------|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%            |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische mondzorg gaat u naar de Mond-Kaak-Aangezichtschirurg (MKA-chirurg). Die wordt meestal kaakchirurg genoemd. Dat doen wij hierna ook.

De kaakchirurg werkt in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>1</sup>).

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt chirurgische tandheelkundige zorg. Het röntgenonderzoek dat daarbij nodig is vergoeden wij ook. Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de Ziekenhuisopname.

#### Hier kunt u terecht

- kaakchirurg<sup>2</sup>, in het ziekenhuis of een zbc<sup>1</sup>

#### Dit wordt niet vergoed

- chirurgie aan het tandvlees (parodontale chirurgie)
- trekken van tanden en kiezen als de tandarts dat kan doen
- implantaten (behalve als het gaat om Bijzondere tandheelkunde of om Fronttandvervanging)

#### Andere vergoedingen

Moet u naar de kaakchirurg voor een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking? Dan kan dat onder Bijzondere tandheelkunde vallen.

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan geldt de vergoeding voor Tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor kaakchirurgie vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Het eigen risico

Voor kaakchirurgie vanaf 18 jaar geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

#### ● Dit moet u zelf doen

##### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van de tandarts, orthodontist, huisarts of een medisch specialist. Bij acute zorg<sup>3</sup> is geen verwijzing nodig.

##### Soms heeft u vooraf toestemming van ons nodig

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigheden kaakchirurgie<sup>4</sup> staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard die kaakchirurgen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

**Uitleg**

1. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
2. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
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

### ● **Bijzondere tandheelkunde**

Als gewone tandzorg niet voldoende is.

#### ● **Vergoeding per verzekering**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b>   | 100%, soms betaalt u een eigen bijdrage                              |
| <b>Superfit</b>           | De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar |
| <b>Tandfit A</b>          | De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar |
| <b>Tandfit B</b>          | De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar |
| <b>Tandfit C</b>          | De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar |
| <b>Tandfit Preventief</b> | De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar |

#### ● **Wat u vergoed krijgt**

Voor een gezond en goed werkend gebit hebben de meeste mensen genoeg aan de ‘gewone’ zorg van de tandarts en de mondhygiënist.

Soms is die zorg niet voldoende. Bijvoorbeeld omdat u een bijzondere aandoening heeft aan uw gebit, kaak of mond. Of omdat u een lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. In zo'n geval kan extra of andere mondzorg nodig zijn. We noemen die zorg ‘bijzondere tandheelkunde’.

##### **Alleen in bijzondere situaties**

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt bijzondere tandheelkunde in 3 situaties.

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een niet-aangeboren afwijking of probleem van tanden, kaak of mond heeft. Bijvoorbeeld: het ontbreken van tanden of kiezen door een erfelijke oorzaak.
2. Bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. Bijvoorbeeld: ernstige Parkinson, een verstandelijke beperking of extreme angst.
3. Als u een medisch-noodzakelijke behandeling moet krijgen die zonder bijzondere tandheelkundige zorg geen goed resultaat zal hebben. Bijvoorbeeld: een orgaantransplantatie of een hartoperatie, waarvoor de mond ontstekingsvrij moet worden gemaakt.

Is situatie 1 of 2 voor u van toepassing? Dan krijgt u de zorg alleen vergoed als uw gebit zonder de bijzondere tandheelkunde niet op de voor u normale manier kan (blijven) functioneren. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de bijzondere tandheelkunde die nodig is om er voor te zorgen dat u de voor u normale tandfunctie terugkrijgt of behoudt.

Is situatie 3 voor u van toepassing? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de 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.

##### **Soms: implantaten**

Krijgt u een volledige uitneembare prothese (kunstgebit) op implantaten? Dan vallen de implantaten onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als u een heel erg geslonken kaak heeft, zonder tanden.

## Meestal niet: orthodontie

Orthodontie valt alleen onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als:

- u een heel ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis heeft aan tanden, kaak of mond, en
- die stoornis ook door andere zorgverleners dan een tandarts of een orthodontist moet worden behandeld

## Als het nodig is: opname

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

## Let op: meestal betaalt u een eigen bijdrage

Dit geldt als u 18 jaar of ouder bent en tegelijk met de bijzondere tandheelkunde ook zorg krijgt die niet direct met situatie 1, 2 of 3 te maken heeft. Bijvoorbeeld: als u ernstige Parkinson heeft en er een gaatje wordt gevuld. U betaalt dan als eigen bijdrage het bedrag dat u had moeten betalen als u 'gewoon' voor dat gaatje was behandeld.

Heeft u een aanvullende verzekering Superfit of Tandfit? Voor de eigen bijdrage geldt de vergoeding Tandheeskundige zorg vanaf 18 jaar.

## Hier kunt u terecht

- tandarts
- kaakchirurg<sup>1</sup>
- orthodontist
- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

## • Wat u zelf betaalt

### De eigen bijdrage

Voor tandheeskundige behandelingen die niet rechtstreeks met de aandoening te maken hebben betaalt u een eigen bijdrage. Zo werkt de eigen bijdrage

### Het eigen risico

Voor bijzondere tandheelkunde geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## • Dit moet u zelf doen

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden bijzondere tandheelkunde alleen als wij toestemming hebben gegeven voordat de behandeling begint. Let op: wij kunnen de toestemming intrekken als u instructies van de zorgverlener niet volgt (bijvoorbeeld: een beugel niet draagt).

### Soms moet u een verwijzing hebben

Gaat u voor deze zorg naar een kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)? Dan moet u daarvoor een verwijzing hebben van uw tandarts, huisarts, een medisch specialist, een jeugdarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### **Uitleg**

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



### ● ExpertClean tandenborstel

Uw gebit gezond houden, begint met goed poetsen. Het geheim van goed poetsen? De ExpertClean tandenborstel.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b>   | Geen vergoeding  |
| <b>Startfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>             | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>            | Geen vergoeding  |
| <b>Topfit</b>             | Geen vergoeding  |
| <b>Superfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Tandfit A</b>          | Geen vergoeding  |
| <b>Tandfit B</b>          | Geen vergoeding  |
| <b>Tandfit C</b>          | Geen vergoeding  |
| <b>Tandfit Preventief</b> | 1 tandenborstel, max. per looptijd verzekering, en 4 opzetborsteltjes per kalenderjaar |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Tandfit Preventief biedt een uitstekende vergoeding voor preventieve en andere mondzorg.

Heeft u Tandfit Preventief? Dan krijgt u ook:

- een Philips ExpertClean 7300 tandenborstel, met docking station, reisetui en app, 1 keer tijdens de looptijd van uw verzekering
- ieder jaar 4 opzetborsteltjes (Premium Plaque Defense) voor het hele jaar

#### **Wanneer krijg ik de tandenborstel?**

U kunt de ExpertClean met 4 opzetborsteltjes aanvragen als uw Tandfit Preventief definitief is ingegaan. Ligt de ingangsdatum van uw Tandfit Preventief later dan 1 januari? Dan kunt u de ExpertClean aanvragen vanaf februari van het volgende jaar. De aanvraag doet u bij Philips nadat u een vouchercode van ons heeft ontvangen. Wij versturen de vouchercode en bestelinformatie vanaf februari per e-mail. Of, als uw e-mail niet bij ons bekend is, per post.

#### **U krijgt 1 tandenborstel tijdens de looptijd van uw verzekering**

Dit geldt ook als u tussendoor wisselt tussen onze Tandfit Preventief en de vergelijkbare tandverzekering van onze partner: Tand Preventief (VvAA Zorgverzekering). Wij zien dit als een doorlopende verzekering. U krijgt dan dus geen nieuwe tandenborstel. U krijgt ook geen nieuwe tandenborstel als u uw Tandfit Preventief of Tand Preventief opzegt en binnen 5 jaar weer afsluit.

### **En als ik een vraag heb?**

Heeft u een vraag over uw verzekering? Belt u ons gerust. Wij helpen u graag. Heeft u een vraag over de tandenborstel? Bel dan met Philips. Het nummer is 0900 202 11 77.

### ● **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor de ExpertClean betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

Voor de ExpertClean geldt geen eigen risico.

### ● **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

#### **Levering kan alleen in Nederland en België**

Verhuist u naar een ander land? Dan krijgt u geen opzetborstels meer toegestuurd.

#### **Betaalt u de premie niet? Dan heeft u geen recht meer op de borstel**

De borstel blijft van ONVZ. Sluit u binnen 5 jaar weer Tandfit Preventief? Dan krijgt u geen nieuwe tandenborstel.

#### **U heeft 3 jaar garantie op de borstel**

De garantie gaat in als u de borstel ontvangt. Er gelden garantie bepalingen. Uw garantiebewijs vraagt u op bij Philips, telefoonnummer is 0800 023 00 47. U kunt voor de garantie zelf ook terecht bij Philips.

## ● Geneeskundige ggz

Als u psychische problemen heeft.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Bij (vermoeden van) psychische stoornis: <ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg</li><li>• anders beperkte vergoeding</li></ul> |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | € 500 voor consulten bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen<br>Max. per kalenderjaar  |
| <b>Topfit</b>           | € 1.000 voor consulten bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen<br>Max. per kalenderjaar  |
| <b>Superfit</b>         | € 1.500 voor consulten bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen<br>Max. per kalenderjaar  |

### ● Wat u vergoed krijgt

Bij psychische problemen is uw huisarts of de bedrijfsarts het eerste aanspreekpunt. Als die een psychische stoornis vermoedt, verwijst deze arts u door voor ggz. Een behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog<sup>1</sup> of psychotherapeut. Dat kan soms ook via video-consulten. Ook kunnen e-health programma's onderdeel zijn van de behandeling.

U krijgt altijd een indicierend en een 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.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt geneeskundige ggz vanaf 18 jaar, als er een vermoeden is dat u een psychische stoornis heeft of als zo'n stoornis al is vastgesteld.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt niet: behandeling van werkproblemen<sup>2</sup>, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen<sup>3</sup>.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden de behandeling van werk- of relatieproblemen en aanpassingsstoornissen, voor alle leeftijden. Het maakt niet uit of uw zorgverlener een contract met ons heeft. Maar er geldt wel een maximale vergoeding per kalenderjaar. Die bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

#### **Hier kunt u terecht**

Een ggz-praktijk of ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ<sup>4</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.

Voor zorg uit de aanvullende verzekering mogen de volgende zorgverleners regiebehandelaar zijn:

- gz-psycholoog<sup>1</sup>
- klinisch psycholoog
- psychotherapeut
- kinder- of jeugdpsycholoog, geregistreerd bij [NIP](#) of [SKJ](#)
- orthopedagoog-generalist

### Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#). Dit geldt niet voor zorg uit de aanvullende verzekering.

### Dit wordt niet vergoed

- behandeling van vliegangst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het [overzicht therapieën ggz](#)

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook geen behandeling van werkproblemen<sup>2</sup>, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen<sup>3</sup>. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger wel.

### Andere vergoedingen

Soms kunt u in de praktijk van de huisarts terecht. Dan geldt de vergoeding [Psychische zorg bij de huisarts](#).

Soms is een opname in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis nodig. Dan geldt de vergoeding [Opname voor geneeskundige ggz](#).

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor geneeskundige ggz betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor ggz die onder de basisverzekering valt. [Zo werkt het eigen risico](#)

## ● Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, de medisch specialist, SEH-arts<sup>5</sup> of de straatdokter. Bij acute zorg<sup>6</sup> is geen verwijzing nodig.

Als het gaat om een aanpassingsstoornis (alleen aanvullende verzekering) mag de jeugdarts ook verwijzen.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u doorverwijzen naar andere geneeskundige ggz. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

## Soms moet u vooraf toestemming vragen

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.

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### Een psychische stoornis volgens de DSM

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ggz, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of als uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de '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.

### Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de geneeskundige ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg. Daardoor krijgt u de behandeling misschien niet of niet helemaal vergoed.

### Wachlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. De ZorgConsulent is er ook voor andere vormen van zorgbemiddeling. Of voor hulp bij het kiezen van een zorgverlener.

#### Uitleg

1. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
2. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
3. 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
4. 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
5. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

### ● Opname voor geneeskundige ggz

Als een opname nodig is bij psychische problemen.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100% bij gecontracteerde zorg<br>Anders beperkte vergoeding<br>Bij (vermoeden van) psychische stoornis |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding  |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Voor een behandeling in de ggz geldt 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 Vrije Keuze Basisverzekering een ggz-opname vanaf 18 jaar. De 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.

#### **Zorgverlener zonder contract**

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. In onze Zorgzoeker ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

#### **Dit wordt niet vergoed**

- 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

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor een opname voor geneeskundige ggz betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Het eigen risico**

Voor een opname voor geneeskundige ggz geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## ● Dit moet u zelf doen

### **U moet vooraf een verwijzing hebben**

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een medisch specialist, SEH-arts<sup>5</sup> of de straatdokter. Bij acute zorg<sup>6</sup> is geen verwijzing nodig.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u verwijzen voor opname in een (andere) ggz-instelling. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

### **Soms moet u vooraf toestemming vragen**

U moet vooraf toestemming van ons hebben als uw zorgverlener geen contract met ons heeft.

## ● Goed om te weten

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### **Een psychische stoornis volgens de DSM**

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ggz, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of als uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de '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.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de geneeskundige ggz die klinisch psychologen en psychiaters normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Zonder opname als het kan, met opname als het nodig is.

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

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen 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 basisverzekering. 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.

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

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. De ZorgConsulent is er ook voor andere vormen van zorgbemiddeling. Of voor hulp bij het kiezen van een zorgverlener.

### **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 indicerend 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



## ● Anticonceptie

Een zwangerschap voorkomen.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | 100% tot 21 jaar bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding, In bepaalde gevallen ook boven 21 jaar<br>Soms betaalt u een eigen bijdrage |
| <b>Startfit</b>         | 100% vanaf 21 tot 30 jaar  |
| <b>Benfit</b>           | 100% vanaf 21 jaar   |
| <b>Optifit</b>          | 100% vanaf 21 jaar   |
| <b>Topfit</b>           | 100% vanaf 21 jaar   |
| <b>Superfit</b>         | 100% vanaf 21 jaar   |

### ● Wat u vergoed krijgt

Anticonceptiemiddelen zijn middelen om zwangerschap te voorkomen. Ze worden ook wel voorbehoedsmiddelen genoemd.

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de volgende anticonceptiemiddelen:

1. anticonceptiepil
2. prikpil
3. anticonceptiepleister
4. anticonceptiering
5. anticonceptiestaaftje
6. hormoonspiraaltje
7. koperspiraaltje
8. pessarium

De middelen bij 1 tot en met 6 zijn anticonceptiemiddelen met hormonen. Heeft u endometriose (aandoening van het baarmoederslijmvlies) of bloedarmoede door hevig bloedverlies (menorragie)? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de middelen 1 tot en met 6 ook als u 21 jaar of ouder bent. 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.

Bent u 21 jaar of ouder en heeft u die aandoeningen niet? Dan vergoeden de **aanvullende verzekeringen** Startfit en hoger de anticonceptiemiddelen die hierboven staan. Bij Startfit stopt de vergoeding als u 30 jaar wordt. Benfit en hoger vergoeden ook nog daarna.

#### **Hier kunt u terecht**

Anticonceptiemiddelen haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

# Anticonceptie

Een anticonceptiestaaftje of spiraaltje laat u plaatsen (of verwijderen) door:

- huisarts
- verloskundige
- gynaecoloog

Let op: bij de gynaecoloog is het spiraaltje of staaftje onderdeel van de behandeling. U koopt het dan niet zelf.

## Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#). Dit geldt niet voor zorg uit de aanvullende verzekering.

## Andere vergoedingen

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden ook [sterilisatie](#).

## • Wat u zelf betaalt

### De eigen bijdrage

Voor sommige anticonceptiemiddelen met hormonen (1 tot en met 6 uit het rijtje hierboven) betaalt u een eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger [vergoeden](#) die voor een deel of helemaal. Deze eigen bijdragen zijn totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Hierin tellen ook de eigen bijdragen van (andere) geneesmiddelen mee. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdragen. Op [medicijnkosten.nl](#) kunt u zien of er een eigen bijdrage geldt. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

### Het eigen risico

Het eigen risico geldt voor het anticonceptiemiddel, als u tussen 18 en 21 jaar bent, en vanaf 21 jaar bij bepaalde aandoeningen. En bij het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel door verloskundige of gynaecoloog. Laat u het plaatsen en verwijderen door de huisarts? Daarvoor geldt het eigen risico niet. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### U moet soms een voorschrift (recept) hebben

Wij vergoeden anticonceptiemiddelen met hormonen alleen als ze zijn voorgeschreven door een (huis)arts, medisch specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>1</sup>. Een pessarium en koperspiraaltje kunt u zonder voorschrift van uw arts halen bij uw apotheek of apotheekhoudende huisarts.

### U moet een verwijzing hebben als u naar de gynaecoloog gaat

Het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje of staaftje valt onder de vergoeding [Medisch specialist](#). Daarom heeft u een verwijzing van de huisarts of verloskundige nodig.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### Het pessarium en koperspiraaltje zijn ook hulpmiddelen

Daarom zijn de [basisregels hulpmiddelen](#) ook van toepassing.

# Anticonceptie

## **Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat het reglement Farmaceutische zorg van toepassing is, én de algemene regels.

## **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

### ● Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)

Om zwangerschap te voorkomen. Of juist weer mogelijk te maken.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding   |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | 1x voor hele looptijd verzekering<br>€ 1.000 voor sterilisatie vrouw<br>€ 350 voor sterilisatie man<br><br>Max.<br>Geen vergoeding voor hersteloperatie |
| <b>Optifit</b>          | 1x voor hele looptijd verzekering<br>€ 1.200 voor sterilisatie vrouw<br>€ 400 voor sterilisatie man<br><br>Max.<br>Geen vergoeding voor hersteloperatie |
| <b>Topfit</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• 100% sterilisatie en hersteloperatie</li><li>• voor hersteloperatie wachttijd van 1 jaar</li></ul>              |
| <b>Superfit</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• 100% sterilisatie en hersteloperatie</li><li>• voor hersteloperatie wachttijd van 1 jaar</li></ul>              |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Wilt u geen kinderen (meer)? Een sterilisatie is een meestal blijvende manier om zwangerschap te voorkomen. Dit kan bij een vrouw, maar ook bij een man. Dan spreken we ook wel van 'vasectomie'. Een hersteloperatie (refertilisatie) kan de sterilisatie soms weer ongedaan maken.

De aanvullende verzekeringen Benfit en Optifit vergoeden alleen sterilisatie. Topfit en Superfit vergoeden ook een hersteloperatie. Maar die hersteloperatie vergoeden wij alleen als die plaatsvindt nadat uw Topfit of Superfit langer dan 12 maanden loopt. Dat noemen wij een wachttijd.

Benfit en Optifit hebben een maximale vergoeding. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

#### Hier kunt u terecht

- medisch specialist
- voor vasectomie: ook huisarts

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor sterilisatie of refertilisatie betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Geen eigen risico

Voor sterilisatie of refertilisatie geldt geen eigen risico.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg**

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die de huisarts of de medisch specialist normaal gesproken bij sterilisatie en refertilisatie verleent. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### ● Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

Een aanvulling op reguliere behandelingen. Bijvoorbeeld van een alternatief arts, osteopaat of chiropractor.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding  |
| <b>Startfit</b>         | € 30 per dag, tot € 100<br>Geen geneesmiddelen<br>Max. per dag/kalenderjaar                  |
| <b>Benfit</b>           | € 40 per dag, tot € 350<br>Geen geneesmiddelen<br>Max. per dag/kalenderjaar                  |
| <b>Optifit</b>          | € 50 per dag + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 550<br>Max. per dag/kalenderjaar   |
| <b>Topfit</b>           | € 65 per dag + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 1.000<br>Max. per dag/kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | € 75 per dag + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot € 1.500<br>Max. per dag/kalenderjaar |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg zijn onderzoeken en behandelingen waarvan wetenschappelijk (nog) niet bewezen is of ze werken.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt alternatieve geneeswijzen en beweegzorg niet.

De **aanvullende verzekeringen** Startfit en hoger vergoeden:

- alternatieve geneeswijzen: consulten en behandelingen gericht op (het genezen van) een aandoening
- alternatieve beweegzorg: chiropractie, osteopathie en manuele therapie E.S. (eggshell)

Optifit en hoger vergoeden ook geregistreerde<sup>1</sup> homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, als de arts of behandelaar die bij uw behandeling voorschrijft.

Wij vergoeden een maximaal bedrag per dag voor de consulten of behandelingen. En er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor alle alternatieve zorg samen. De bedragen staan hierboven.

#### Hier kunt u terecht

- arts<sup>2</sup>
- behandelaar<sup>3</sup>
- voor geneesmiddelen: apotheek of apotheekhoudende huisarts

#### Dit wordt niet vergoed

- (laboratorium)onderzoek, ook niet als uw arts of behandelaar dat voor uw behandeling nodig vindt

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor alternatieve geneeswijzen en beweegzorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Geen eigen risico**

Voor alternatieve geneeswijzen en beweegzorg geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**Let op dat uw zorgverlener voldoet aan de eisen**

Uw zorgverlener moet een arts zijn. Of volwaardig lid van een door ons erkende beroepsorganisatie en voldoen aan de PLATO-eisen. Daarnaast moet uw arts of behandelaar een actieve agb-code hebben. Anders vergoeden wij de zorg niet.

**De agb-code moet op de rekening staan**

Op de rekening moet staan welke agb-code uw arts of behandelaar heeft.

**Voor geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw arts of behandelaar**

**Geneesmiddelen haalt u bij de apotheek of apothekhoudende huisarts**

De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die u ergens anders haalt, vergoeden wij niet.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die normaal gesproken binnen het beroepsprofiel van de arts of behandelaar valt. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is. Activiteiten die niet gericht zijn op (genezing van) een aandoening vergoeden wij niet. Dit geldt bijvoorbeeld voor yoga en mindfulness.

**Uitleg**

1. Geregistreerde: Deze hebben een RVG of RVH nummer gekregen van het CBG
2. Arts: Deze moet een actieve agb-code hebben
3. Behandelaar: Deze moet volwaardig lid zijn van een door ons erkende beroepsorganisatie, voldoen aan de PLATO-eisen en een actieve agb-code hebben

## ● Audiologische zorg

Ik hoor het gesprek wel, maar kan het niet goed verstaan. Herkenbaar?

### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%<br>Bij een audiologisch centrum |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding                      |

### ● Wat u vergoed krijgt

Gehoorproblemen ontstaan geleidelijk, bijvoorbeeld door ouderdom. Of plotseling, door bijvoorbeeld ziekte. Als u uw gehoorprobleem als storend ervaart, kan de huisarts of een andere zorgverlener u verwijzen naar een audiologisch centrum.

In een audiologisch centrum werkt een team van specialisten op het gebied van gehoorproblemen en problemen die daarmee samenhangen, zoals spraakproblemen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt audiologische zorg door een audiologisch centrum. Daaronder valt:

- 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 uw gehoorprobleem
- hulp bij het stellen van een diagnose bij taal- en spraakstoornissen voor kinderen

Heeft u hoorapparatuur nodig? Daarvoor geldt de vergoeding [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#).

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor audiologische zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Voor audiologische zorg geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

#### **U moet vooraf een verwijzing hebben**

Voor u naar het audiologisch centrum gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, kinderarts of KNO-arts.

### ● Goed om te weten

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

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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



## ● Orthoptie

Een lui oog, scheelzien ... de orthoptist helpt u weer goed te kijken.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | 100% bij bepaalde aandoeningen                           |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | € 500 voor andere oogklachten<br>Max. per kalenderjaar   |
| <b>Optifit</b>          | € 750 voor andere oogklachten<br>Max. per kalenderjaar   |
| <b>Topfit</b>           | € 1.000 voor andere oogklachten<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | € 1.500 voor andere oogklachten<br>Max. per kalenderjaar |

### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u of uw kind een lui oog, last van scheelzien of dubbelzien? Of problemen met scherp zien? Dan kunt u terecht bij een orthoptist. Die onderzoekt en behandelt oogaandoeningen die te maken hebben met de stand en de samenwerking van de ogen, en het kijken. We noemen deze zorg orthoptie.

De meeste orthoptisten werken op de afdeling oogheelkunde van een ziekenhuis, of in een oogkliniek. Als de huisarts u of uw kind naar de oogarts verwijst, krijgt u vaak ook met een orthoptist te maken. De orthoptist voert dan voor de oogarts een deel van het onderzoek uit. Onderzoek en behandeling door de orthoptist vallen dan onder de vergoeding Medisch specialist.

De orthoptist kan ook zelfstandig werken, in het ziekenhuis of in een eigen praktijk. Dan geldt de vergoeding die u nu leest. U kunt de orthoptist dan rechtstreeks bezoeken, zonder verwijzing.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt zorg door een zelfstandig werkende orthoptist, maar alleen als het gaat om onderzoek en behandeling van de volgende 5 aandoeningen:

- lui oog (amblyopie)
- scheelzien (strabismus)
- dubbelzien (diplopie)
- vermoeide ogen (asthenopie)
- problemen met scherp zien (refractieafwijkingen)

Wilt u voor andere klachten naar de orthoptist, bijvoorbeeld omdat u leesproblemen heeft, of hoofdpijn? Dat kan. De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden orthoptie tot een maximaal bedrag per kalenderjaar. De bedragen staan hierboven.

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor orthoptie betaalt u geen eigen bijdrage.

**Het eigen risico**

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

- **Dit moet u zelf doen**

**Voor de orthoptist heeft u geen verwijzing nodig**

Wilt u (ook) naar de oogarts? Dan moet u wel vooraf een verwijzing hebben. Daarvoor geldt de vergoeding Medisch specialist.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

**Vermeld de indicatie op de rekening**

Gaat u naar de zelfstandig werkende orthoptist? Als deze de indicatie op de rekening vermeldt, kunnen wij uw declaratie sneller afhandelen.

## ● Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zo zelfstandig mogelijk functioneren bij problemen met horen, zien of taal.

### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%                                    |
|                                  | De zorg en medisch noodzakelijke opname |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding                         |

### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u ernstige problemen met zien of horen? Of met spraak of taal? Zintuiglijk gehandicaptenzorg is de zorg die u helpt om dan zo zelfstandig mogelijk te functioneren.

De zorg kan bestaan uit onderzoek van de 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 de beperking maakt onderdeel uit van de zorg.

U wordt voor deze zorg meestal niet opgenomen.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg krijgt u van een team van specialisten uit verschillende vakgebieden, bijvoorbeeld een psycholoog, orthopedagoog en een ergotherapeut. We noemen dat multidisciplinair.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de multidisciplinaire zintuiglijk gehandicaptenzorg als u 1 of meer van deze 3 beperkingen heeft:

- u bent doof of slechthorend (een auditieve beperking)
- u bent blind of slechtziend (een 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)

Kan de behandeling alleen slagen als u daarvoor tijdelijk wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de opname.

Bent u blind of slechtziend en kunt u zich daardoor niet zonder begeleiding verplaatsen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms [Ziekenvervoer](#).

#### **Hier kunt u terecht**

Een instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg. De instelling moet wettelijk toegelaten zijn voor de zorg. Ook moet de instelling een kwaliteitskeurmerk ISO of HKZ hebben.

Een multidisciplinair team verleent de zorg.

#### **Dit wordt niet vergoed**

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (bijvoorbeeld een doventolk)
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan volwassen doofblinden en prelinguaal doven<sup>1</sup>

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## • Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben:

- bij een auditieve of communicatieve beperking moet een medisch specialist of klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum u verwijzen, volgens de richtlijnen van de FENAC<sup>2</sup>
- bij een visuele beperking moet een medisch specialist u verwijzen, volgens de richtlijnen 'Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing' van het NOG. Volwassenen met een eenvoudige revalidatievraag hebben geen nieuwe verwijzing nodig

Als u na deze eerste verwijzing een nieuwe zorgvraag heeft, zonder dat er iets aan uw aandoening is veranderd, dan kan ook uw huisarts of de jeugdarts verwijzen.

### Voor opname moet u vooraf toestemming hebben

Moet u voor de zorg worden opgenomen? Dan moeten wij vooraf toestemming hebben gegeven.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

Hier is gebruikelijke zorg: 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. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen 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

Hulp bij problemen met de stem of het spreken.

### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |                 |
|----------------------------------|-----------------|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%            |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding |

### ● Wat u vergoed krijgt

Als er iets misgaat bij een alledaagse bezigheid als spreken, ademen of slikken, kan dat een grote invloed hebben op uw leven. Bij kinderen kan het ook hun ontwikkeling in de weg staan.

De logopedist behandelt problemen die te maken hebben met de stem, spreken en slikken. Bij kinderen en volwassenen. Stotteren is een bekend voorbeeld van zo'n probleem. Maar het kan bijvoorbeeld ook gaan om vaak hees zijn of verslikken, of het niet kunnen uitspreken van bepaalde woorden of klanken. De zorg van een logopedist heet logopedie.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt logopedie met een geneeskundig doel. Dat betekent dat de behandeling te maken moet hebben met het functioneren van bijvoorbeeld uw mondspieren, uw stembanden of de ademhaling.

#### Hier kunt u terecht

- logopedist

Voor 4 soorten behandelingen kunt u alleen terecht bij een gespecialiseerde logopedist. Deze behandelingen zijn:

- behandeling van stotteren
- behandeling van afasie
- preverbale logopedie
- het Hanen ouderprogramma

U vindt de gespecialiseerde logopedisten in de registers van de [NVLF](#).

#### Dit wordt niet vergoed

- behandeling van dyslexie
- behandeling van taalproblemen veroorzaakt 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](#).

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor logopedie betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Het eigen risico

Voor logopedie geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

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

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

**Kwaliteitsregisters geven extra informatie**

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

## ● Bril, (contact)lenzen en ooglaseren

Ziet u niet scherp meer?

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | 100% bij medische indicatie, uit vergoeding Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | € 75 per 2 aansluitende kalenderjaren<br>Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen    |
| <b>Optifit</b>          | € 150 per 2 aansluitende kalenderjaren<br>Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen   |
| <b>Topfit</b>           | € 300 per 2 aansluitende kalenderjaren<br>Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen   |
| <b>Superfit</b>         | € 300 per 2 aansluitende kalenderjaren<br>Max., voor brillen, lenzen en ooglaseren samen   |

### ● Wat u vergoed krijgt

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt brillenglazen en lenzen alleen als u ze op medische indicatie moet gebruiken, bijvoorbeeld omdat u een oogaandoening heeft. Ze vallen dan onder de vergoeding Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie.

Heeft u geen medische indicatie, maar wel een bril of lenzen nodig vanwege bij- of verziendheid? Of overweegt u ooglaseren?

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden:

- brillenglazen met of zonder montuur
- prismabril<sup>1</sup>
- contactlenzen, nachtlenzen, torische lenzen
- geïmplanteerde lenzen
- ooglaserverhandeling
- reparatie van de bril

De brillenglazen en lenzen moeten versterkend zijn of een corrigerende werking hebben.

Er geldt een maximale vergoeding per 2 aansluitende kalenderjaren. Voor de maximale vergoeding telt ieder jaar de vergoeding in het vorige kalenderjaar mee. Wij vergoeden dus nooit meer dan de maximale vergoeding min het bedrag dat u vorig jaar vergoed heeft gekregen. U kunt het volledige vergoedingsbedrag alleen gebruiken als u in het vorige jaar geen vergoeding heeft gehad. De maximale bedragen voor de 2 jaren staan bovenaan deze vergoeding.

## Hier kunt u terecht

- bril en contactlenzen: opticien
- ooglaseren en geïmplanteerde lenzen: ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>2</sup>)

## Dit wordt niet vergoed

- lenzenvloeistof
- los brilmontuur
- brillenkoker en andere accessoires
- oogmeting (refractiemeting) en oogcontrole, aanmeetkosten en aanpassingskosten
- duikbril
- floaterlaseren<sup>3</sup>

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor een bril, lenzen en ooglaseren betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Voor een bril, lenzen en ooglaseren geldt geen eigen risico.

## • Dit moet u zelf doen

### Declareer bij een nieuwe bril montuur en glazen samen

Heeft u een nieuwe bril? Declareer deze dan als één geheel. Een los montuur vergoeden wij namelijk niet.

### Zorg dat rekeninggegevens compleet zijn

Dit moet op de rekening voor een bril of (contact)lenzen staan:

- naam en geboortedatum
- soort brillenglazen of (contact)lenzen
- correctie of sterkte
- gegevens van het montuur
- bedrag van de brillenglazen, (contact)lenzen en het montuur
- als u korting krijgt: voor welke onderdelen die geldt

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

### Uitleg

1. Prismabril: Een bril tegen dubbelzien
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. Floaterlaseren: Laseren tegen vlekken die u ziet zweven



## ● Stottertherapie

Komt u door stotteren niet uit uw woorden?

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding                              |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                              |
| <b>Benfit</b>           | € 350 voor hele looptijd verzekering<br>Max. |
| <b>Optifit</b>          | € 500 voor hele looptijd verzekering<br>Max. |
| <b>Topfit</b>           | 100%   |
| <b>Superfit</b>         | 100%   |

### ● Wat u vergoed krijgt

Bij stotteren praat u niet vloeiend. U herhaalt klanken of woorden, of blokkeert aan het begin van een woord. Met stottertherapie is daar vaak wat aan doen. Voorbeelden van stottertherapie zijn de Del Ferro methode, het McGuire programma en de BOMA-methode.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden stottertherapie. Voor Benfit en Optifit geldt een maximale vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

#### Hier kunt u terecht

- instituut voor stottertherapie

#### Dit wordt niet vergoed

- overnachting
- maaltijden tijdens de therapie

#### Andere vergoedingen

U kunt ook naar een logopedist gaan als u stottert. Dan geldt de vergoeding [Logopedie](#).

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor stottertherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Geen eigen risico

Voor stottertherapie geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

- U heeft geen verwijzing nodig**

- U kunt rechtstreeks naar het instituut gaan.

- **Goed om te weten**

- De algemene regels zijn altijd van toepassing**

- De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

## ● Hulpmiddelen

Heeft u hulpmiddelen nodig voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging?

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• soms betaalt u een eigen bijdrage</li></ul> <p>Volgens de vergoedingen Hulpmiddelen basisverzekering</p> |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding  |
| <b>Optifit</b>          | € 250, voor eigen bijdragen<br>Max. per kalenderjaar   |
| <b>Topfit</b>           | € 500, voor eigen bijdragen<br>Max. per kalenderjaar   |
| <b>Superfit</b>         | € 1.000, voor eigen bijdragen<br>Max. per kalenderjaar   |

### ● Wat u vergoed krijgt

Hulpmiddelen helpen om het dagelijkse leven met een ziekte of een aandoening makkelijker te maken. Of helpen u om (langer) thuis te blijven wonen. Er zijn veel soorten hulpmiddelen, en ook verschillende manieren waarop u ze vergoed krijgt. Voor sommige hulpmiddelen moet u bijvoorbeeld naar de gemeente, of naar het zorgkantoor.

De vergoeding die u nu leest, gaat over hulpmiddelen die onder de **Vrije Keuze Basisverzekering** vallen. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt hulpmiddelen en verbandmiddelen die nodig zijn als u herstelt van een ziekte of aandoening, of met een ziekte of aandoening moet leven. Welke (groepen van) hulpmiddelen dat zijn staat hieronder, bij 'Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering'. In de vergoeding van die hulpmiddelen staat in waar u recht op heeft en wat de voorwaarden zijn. Bijvoorbeeld of u een voorschrift nodig heeft, of vooraf toestemming moet vragen. En hoe het zit met het eigen risico en de eigen bijdrage.

Voor deze hulpmiddelen zijn altijd de basisregels hulpmiddelen van toepassing. Daar staat bijvoorbeeld in dat u hulpmiddelen zorgvuldig moet gebruiken en onderhouden. En hoe het zit met vervanging, reparatie en onderhoud.

Staat in de vergoeding dat u voor het hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt? De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden de eigen bijdrage. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat bovenaan deze vergoeding.

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

- Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers
- Borstprothesen
- Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
- CPAP-apparatuur
- 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
- 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

## Andere vergoedingen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de hulpmiddelen hierboven. Er zijn ook hulpmiddelen die (gedeeltelijk) door de aanvullende verzekeringen worden vergoed. Daarvoor gelden de basisregels hulpmiddelen niet.

# Hulpmiddelen

- [Bevalling-TENS](#)
- [Bril, \(contact\)lenzen en ooglaseren](#)
- [Eenvoudige loophulpmiddelen](#)
- [Plaswekker](#)
- [Steunpessarium](#)
- [steunzolen: uit vergoeding Voetzorg](#)
- [verbandmiddelen voor huidaandoening of wond](#)

## ● Goed om te weten

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

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### **Soms wordt het hulpmiddel vergoed via het ziekenhuis**

Is het hulpmiddel onderdeel van een behandeling door de medisch specialist? Of wordt het geïmplantéerd? Dan valt het hulpmiddel onder de vergoeding [Medisch specialist](#). Wij vergoeden het dan niet apart.

### **De overheid heeft een handig overzicht van hulpmiddelen**

Dit is de [hulpmiddelenwijzer](#). Heeft u toch nog vragen? Ons [Service Center](#) helpt u verder.

### ● Steunpessarium

Een oplossing voor bekkenbodemp Problemen bij de vrouw.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding |
| <b>Benfit</b>           | 100%            |
| <b>Optifit</b>          | 100%            |
| <b>Topfit</b>           | 100%            |
| <b>Superfit</b>         | 100%            |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u bekkenbodempklachten, bijvoorbeeld een verzakking van uw blaas of baarmoeder? Een steunpessarium kan verlichting geven of uw klachten verhelpen.

De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden de kosten van een steunpessarium, als de huisarts het plaatst.

##### **Hier kunt u terecht**

Het steunpessarium haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

U laat het plaatsen bij:

- huisarts

Gaat u voor ernstige klachten naar het ziekenhuis? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor het steunpessarium betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Geen eigen risico**

Voor het steunpessarium geldt geen eigen risico.

#### ● Goed om te weten

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### ● Acnebehandeling

De juiste behandeling bij acne. Of bij littekens van genezen acne.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding                                 |
| <b>Startfit</b>         | € 150, tot 21 jaar<br>Max. per kalenderjaar     |
| <b>Benfit</b>           | € 200, tot 21 jaar<br>Max. per kalenderjaar     |
| <b>Optifit</b>          | € 300, tot 21 jaar<br>Max. per kalenderjaar     |
| <b>Topfit</b>           | € 400, tot 21 jaar<br>Max. per kalenderjaar     |
| <b>Superfit</b>         | € 500, alle leeftijden<br>Max. per kalenderjaar |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Acne is een ontsteking van de talgklieren in het gezicht, op de borst of op de rug. Als u er vaak of lang last van heeft, kan de huisarts u ervoor behandelen, of u doorverwijzen naar een huidarts (dermatoloog).

De huidarts kan acnebehandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voorschrijven. U blijft dan (als dat nodig is) onder behandeling bij de huidarts en gaat daarnaast naar de huidtherapeut of de schoonheidsspecialist. Die bekijkt welke soort acne u heeft en welke behandeling nodig is.

De aanvullende verzekeringen vergoeden de behandeling van actieve acne en van littekens van genezen acne. De vergoeding geldt tot 21 jaar, behalve bij Superfit. Die vergoedt de zorg ook vanaf 21 jaar. Startfit en hoger hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

#### Hier kunt u terecht

- huidtherapeut<sup>1</sup>
- schoonheidsspecialist<sup>2</sup>

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor acnebehandeling betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Geen eigen risico

Voor acnebehandeling geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**U moet een voorschrift van uw huidarts (dermatoloog) hebben**

Stuur het voorschrift mee met uw eerste declaratie.

**De aandoening en agb-code moeten op de rekening staan**

Op de rekening moet staan dat u de behandeling krijgt voor acne of littekens van acne. En wat de agb-code van uw huidtherapeut of schoonheidsspecialist is.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

**Kwaliteitsregisters geven extra informatie**

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

### **Uitleg**

1. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en een actieve agb-code hebben
2. Schoonheidsspecialist: Deze moet lid zijn van de ANBOS en een actieve agb-code hebben



### ● Camouflage-instructie

Leren om een ontsierende huidafwijking te verbergen.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding  |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding  |
| <b>Benefit</b>          | € 70 voor 2 instructielessen<br>Max. per kalenderjaar  |
| <b>Optifit</b>          | € 70 voor 2 instructielessen<br>Max. per kalenderjaar  |
| <b>Topfit</b>           | € 120 voor 2 instructielessen<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Superfit</b>         | € 120 voor 2 instructielessen<br>Max. per kalenderjaar |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Als u littekens of huidvlekken in uw gezicht of hals heeft, wilt u die misschien met professionele cosmetica verbergen. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist kan u leren hoe dat gaat. We noemen dat camouflage-instructie. U bespreekt samen welke producten u het beste kunt gebruiken, en u oefent hoe u die aanbrengt, fixeert en verwijdert.

Heeft u een ernstig ontsierende huidafwijking in uw gezicht of hals? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Benefit en hoger camouflage-instructie. Topfit en Superfit vergoeden camouflage-instructie ook als daarvoor een andere medische reden bestaat.

Benefit en Optifit vergoeden maximaal € 70 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden maximaal € 120 per kalenderjaar. Wij vergoeden maximaal 2 instructielessen per kalenderjaar.

#### Hier kunt u terecht

- huidtherapeut<sup>1</sup>
- schoonheidsspecialist<sup>2</sup>

#### Dit wordt niet vergoed

- schoonheidsbehandeling
- camouflageproducten voor thuis

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor camouflage-instructie betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Geen eigen risico

Voor camouflage-instructie geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**De agb-code moet op de rekening staan**

Op de rekening moet staan wat de agb-code van uw huidtherapeut of schoonheidsspecialist is.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

**Kwaliteitsregisters geven extra informatie**

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

### **Uitleg**

1. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en een actieve agb-code hebben
2. Schoonheidsspecialist: Deze moet lid zijn van de ANBOS en een actieve agb-code hebben

### ● Elektrische epilatie en laserbehandeling

Een oplossing voor overbeharing in het gezicht.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding                                |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                                |
| <b>Benfit</b>           | € 350 voor hele looptijd verzekering<br>Max.   |
| <b>Optifit</b>          | € 750 voor hele looptijd verzekering<br>Max.   |
| <b>Topfit</b>           | € 1.500 voor hele looptijd verzekering<br>Max. |
| <b>Superfit</b>         | € 2.000 voor hele looptijd verzekering<br>Max. |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u in uw gezicht last van meer dan gewone (dus overmatige) haargroei? Dit kan bijvoorbeeld komen door de aandoeningen hirsutisme of hypertrichose. U heeft dan haar, waar andere mensen dat niet hebben. Of opvallend veel haargroei.

Met elektrische epilatie of laserbehandeling kunt u het haar weg laten halen. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden elektrische epilatie en laserbehandeling.

Er geldt een maximale vergoeding. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar.

#### Hier kunt u terecht

- huidtherapeut<sup>1</sup>
- schoonheidsspecialist<sup>2</sup>
- medisch specialist<sup>3</sup>

#### Dit wordt niet vergoed

- weghalen van haar op de hals of andere lichaamsdelen
- weghalen van haar bij 'gewone' haargroei

#### Andere vergoedingen

Voor transgender vrouwen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms epilatie of laserbehandeling van gezichts- en halsbehandling. Dit valt onder de vergoeding Plastische chirurgie. U heeft dan vooraf toestemming van ons nodig.

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor elektrische epilatie en laserbehandeling betaalt u geen eigen bijdrage.

**Geen eigen risico**

Voor elektrische epilatie en laserbehandeling geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**Op de rekening moet het behandeld gebied en de agb-code staan**

Wij vergoeden alleen behandeling van het gezicht. Welk gebied behandeld is moet daarom op de rekening staan. En wat de agb-code van uw arts of behandelaar is.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

**Kwaliteitsregisters geven extra informatie**

In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

### **Uitleg**

1. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en een actieve agb-code hebben
2. Schoonheidsspecialist: Deze moet lid zijn van de ANBOS en een actieve agb-code hebben
3. Medisch specialist: Deze moet een actieve agb-code hebben

### ● Psoriasisdagbehandeling

Psoriasis is nog niet te genezen. Wel kunnen de symptomen behandeld worden.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | 100% uit vergoeding Medisch specialist |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                        |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding                        |
| <b>Optifit</b>          | € 500<br>Max. per kalenderjaar         |
| <b>Topfit</b>           | 100%                                   |
| <b>Superfit</b>         | 100%                                   |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Psoriasis is een chronische huidziekte die pijn en jeuk geeft. Voor behandeling ervan gaat u naar de huisarts of de Medisch specialist. De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt die zorg.

Om die behandeling te ondersteunen kunt u naar een psoriasisdagbehandelingscentrum gaan. Daar krijgt u bijvoorbeeld extra of andere lichttherapie of badtherapie.

De **aanvullende verzekering** Optifit vergoedt die zorg tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

#### Hier kunt u terecht

- psoriasisdagbehandelingscentrum

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor psoriasisdagbehandeling betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Het eigen risico

Voor psoriasisdagbehandeling uit de basisverzekering geldt het eigen risico. Voor psoriasisdagbehandeling uit de aanvullende verzekering geldt het eigen risico niet.

#### ● Dit moet u zelf doen

##### U moet een voorschrift hebben van uw arts

Wij kunnen dit voorschrift bij u of bij uw zorgverlener opvragen.

#### ● Goed om te weten

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

## ● Ambulancevervoer

Bij levensgevaar belt u alarmnummer 112 voor een ambulance.

### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |                 |
|----------------------------------|-----------------|
| <b>Basisverzekering</b>          | 100%            |
|                                  | Tot 200 km      |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding |

### ● Wat u vergoed krijgt

Ambulancevervoer is medisch noodzakelijk vervoer per ambulance-auto. Vaak gaat het om spoedeisend vervoer bij bijvoorbeeld een ongeval of een hartinfarct. Maar de ambulance kan ook ingezet worden als er geen spoed is. Bijvoorbeeld om u van een ziekenhuis naar een verpleeghuis te brengen als u alleen liggend vervoerd mag worden.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ambulancevervoer over een reisafstand van maximaal 200 kilometer (enkele reis) als gebruik van openbaar vervoer, taxi of eigen auto medisch onverantwoord is. In bepaalde gevallen, zoals bij een ongeval, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook vervoer door een (trauma)helikopter.

Het moet gaan om vervoer in de volgende situaties:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg krijgt uit de Vrije Keuze Basisverzekering
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of een instelling, als u daar vanuit de Wlz onderzoek of behandeling krijgt. Onder behandeling valt ook het aanmeten en passen van een prothese
- als u jonger bent dan 18 jaar: naar een zorgverlener of instelling voor geestelijke gezondheidszorg waar u zorg krijgt uit de Jeugdwet

In al deze situaties vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering, zo nodig, ook het vervoer terug naar uw huis. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kan krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

#### **Dit wordt niet vergoed**

- ambulancevervoer naar dagbesteding of dagbehandeling in een Wlz-instelling

#### **Andere vergoedingen**

Kunt u niet zelfstandig reizen, maar is vervoer met de ambulance niet nodig? In sommige gevallen wordt Ziekenvervoer vergoed.

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor ambulancevervoer betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Voor ambulancevervoer geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**Bij meer dan 200 kilometer of een afwijkend vervoermiddel moet u toestemming vragen**

Moet u, in een niet-spoedeisende situatie, over een grotere afstand dan 200 kilometer vervoerd worden? Of moet een ander vervoermiddel worden ingezet? Wij kunnen daar in bijzondere gevallen toestemming voor geven. U of de behandelend arts moet vooraf toestemming vragen met een toelichting over de noodzaak voor ambulancevervoer. In spoedeisende situaties is geen toestemming vooraf nodig.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

## ● Ziekenvervoer

Mag ik met de taxi naar het ziekenhuis?

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | In bepaalde situaties, u betaalt meestal een eigen bijdrage van € 118<br>Met openbaar vervoer, auto of taxi                                       |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding   |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding   |
| <b>Optifit</b>          | Geen vergoeding   |
| <b>Topfit</b>           | Eigen bijdrage  |
| <b>Superfit</b>         | Eigen bijdrage<br>Ziekenvervoer bij operatie in dagbehandeling<br>Vervoer bij ziekenhuisopname en ontslag<br>Met auto of taxi                     |
| <b>OntzorgPlus</b>      | Eigen bijdrage<br>Ziekenvervoer naar ziekenhuis vanaf binnen 1 jaar na het ernstig ongeval of vaststellen ernstige aandoening<br>Met auto of taxi |
| <b>Zorgplan</b>         | Ziekenvervoer bij operatie in dagbehandeling<br>Vervoer bij ziekenhuisopname en ontslag<br>Met auto of taxi                                       |

### ● Wat u vergoed krijgt

Soms heeft u recht op vergoeding van vervoerskosten naar het ziekenhuis. Bijvoorbeeld als u in een rolstoel zit of zeer slechtziend bent. Of als u een bepaalde behandeling krijgt. U krijgt dan ziekenvervoer. 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.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt ziekenvervoer in 7 specifieke situaties. U betaalt meestal een eigen bijdrage. En soms kunt u kiezen voor logeren in plaats van heen en weer reizen. Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering dat.

De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden de eigen bijdrage. Superfit, Zorgplan en OntzorgPlus vergoeden soms ziekenvervoer in extra situaties. Kiezen voor logeren in plaats van vervoer kan dan niet.

Wij zetten het voor u op een rij.



## Ziekenvervoer in de basisverzekering

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ziekenvervoer als minimaal 1 van de volgende situaties voor u geldt:

- u krijgt nierdialyse
- u krijgt behandeling met 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 verplaatsen
- u bent jonger dan 18 jaar en u heeft intensieve kindzorg<sup>1</sup>
- u krijgt geriatrische revalidatiezorg
- u krijgt dagbehandeling in een groep als onderdeel van een zorgprogramma bij Geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen (gzsp)

Zijn deze situaties niet op u van toepassing, maar heeft u door een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd ziekenvervoer nodig? Dan is soms vergoeding mogelijk 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 Vrije Keuze Basisverzekering het vervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg krijgt die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt (bij nierdialyse en oncologische behandeling: voor de behandeling zelf en de afspraken die daarbij horen, zoals consulten, onderzoeken en controles, nadat de diagnose is gesteld en het behandelplan is opgesteld)
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of een instelling als u daar onderzoek of behandeling krijgt die de Wlz vergoedt. Onder behandeling valt ook het aanmeten en passen van een prothese

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook het vervoer terug naar huis. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kan krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

De reisafstand mag maximaal 200 kilometer zijn (enkele reis). Langere afstanden vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet. Behalve als u van ons toestemming heeft gekregen voor een behandeling die verder weg is dan 200 kilometer. Dan vergoeden wij het vervoer over de langere afstand.

Ook vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering het vervoer van een begeleider bij een kind jonger dan 16 jaar. En boven die leeftijd, als begeleiding noodzakelijk is. Zijn er 2 begeleiders nodig? Dan vergoeden wij dat alleen als wij daarvoor vooraf toestemming hebben gegeven.

De vergoeding van de Vrije Keuze Basisverzekering is:

- auto: € 0,38 per kilometer
- openbaar vervoer: volledig, op basis van 2e klasse
- (rolstoel)taxi: volledig

## Logeren (basisverzekering)

Als u vaak heen en weer moet reizen, kan dat belastend zijn. Dan kunt u ons vragen om logeren te vergoeden in plaats van het ziekenvervoer heen en terug.

De basisverzekering<sup>2</sup> vergoedt logeren in plaats van ziekenvervoer als:

- de Vrije Keuze Basisverzekering het vervoer zou vergoeden, en
- u 3 of meer dagen achter elkaar naar uw zorgverlener toe moet voor consult, controle of behandeling

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal € 89 per betaalde overnachting in de buurt van uw ziekenhuis of van de praktijk van uw zorgverlener. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook uw vervoer van uw huis naar uw logeerverblijf en terug. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kan krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

## De eigen bijdrage

Vergoedt de basisverzekering uw ziekenvervoer? Dan betaalt u wel een eigen bijdrage van € 118 per kalenderjaar. Gaat u logeren? Dan geldt de eigen bijdrage alleen voor de heen- en terugreis. En niet voor het logeren zelf. De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden deze eigen bijdrage. OntzorgPlus soms ook.

## Ziekenvervoer in de aanvullende verzekering

Vergoedt de basisverzekering uw vervoer niet? De aanvullende verzekeringen Superfit, Zorgplan en OntzorgPlus vergoeden soms ziekenvervoer binnen Nederland.

Superfit en Zorgplan vergoeden ziekenvervoer naar een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>3</sup>) en terug, als:

- u om medische redenen niet met het openbaar vervoer kunt reizen, en
- u een operatie ondergaat met dagopname<sup>4</sup>, en
- de basisverzekering deze operatie vergoedt

Superfit en Zorgplan vergoeden ook het vervoer zonder medische noodzaak bij uw opname in en uw ontslag uit een Nederlands ziekenhuis.

OntzorgPlus vergoedt ziekenvervoer soms ook. Dat staat in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus.

De vergoeding van de aanvullende verzekeringen is:

- auto: € 0,27 per kilometer
- taxi: volledig

## Dit wordt niet vergoed

- parkeerkosten en andere bijkomende kosten
- vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen of blijft logeren en de begeleider alleen terugreist
- vervoer als u voor dagbesteding of dagbehandeling naar een Wlz-instelling gaat
- bij logeren: (extra) kosten voor overnachting(en) van een begeleider
- bij logeren: kosten voor maaltijden en andere extra kosten

## Andere vergoedingen

Bent u donor en staat u een orgaan of weefsel af aan iemand anders? Dan geldt de regeling voor vervoer bij Orgaantransplantatie.

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.

Bent u opgenomen in een ggz-instelling en maakt dagbesteding onderdeel uit van de behandeling? Dan valt het vervoer naar de dagbesteding onder die vergoeding.

Ligt een gezinslid in het ziekenhuis? Voor logeren bij het ziekenhuis geldt de vergoeding Verblijf in een logeerkamer.

## ● **Wat u zelf betaalt**

### **De eigen bijdrage**

Voor ziekenvervoer uit de Vrije Keuze Basisverzekering betaalt u de eigen bijdrage van € 118 per kalenderjaar. Of bij logeren: voor vervoer heen en terug. Voor het logeren zelf betaalt u geen wettelijke eigen bijdrage. Maar let op de maximale vergoeding per dag voor logeren. Alles daarboven betaalt u zelf.

U betaalt die eigen bijdrage niet in de volgende situaties:

- als u tussen 2 instellingen vervoerd moet worden tijdens een opname die de Vrije Keuze Basisverzekering of de Wlz vergoedt
- als u in een Wlz-instelling opgenomen bent en voor specialistisch onderzoek of specialistische behandeling, die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt, naar een zorgverlener moet
- als u met een Wlz-indicatie opgenomen bent en voor een tandheelkundige behandeling, die de Wlz vergoedt, naar een zorgverlener moet

Zo werkt de eigen bijdrage

### **Het eigen risico**

Het eigen risico geldt alleen voor ziekenvervoer en logeren dat onder de basisverzekering valt. Zo werkt het eigen risico

## ● **Dit moet u zelf doen**

### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Hoe dat werkt staat bij toestemming vragen voor ziekenvervoer. U kunt zo ook toestemming vragen voor logeren, vervoer over een grotere afstand dan 200 kilometer, vervoer met een ander vervoermiddel of met een (extra) begeleider.

### **Regel het taxivervoer via Transvision**

Kiest u voor reizen per taxi? Maak het uzelf makkelijk en kies voor de service van Transvision. Transvision regelt het taxivervoer voor u en declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Heeft u al toestemming van ons? Dan kunt u rechtstreeks contact opnemen met Transvision voor het reserveren van uw ritten. Zorg dat u dit minstens 24 uur van te voren doet. Dat hoeft niet als het spoed heeft. Transvision is bereikbaar van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer 0900 333 33 30. Na de telefonische intake met Transvision kunt u ook online ritten boeken via hun reserveringstool.

Heeft u nog geen toestemming? Vraag dit dan eerst bij ons aan.

## ● **Goed om te weten**

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### **We gaan voor autovervoer uit van de optimale route**

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

## **Declareer met het declaratieformulier ziekenvervoer**

Wilt u ziekenvervoerskosten declareren? Gebruik het declaratieformulier ziekenvervoer. Op het formulier staat wat u moet meesturen.

## **OntzorgPlus? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden**

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding.

### **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. Basisverzekering: Bij de aanvullende verzekeringen kunt u niet kiezen voor logeren
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
4. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

### ● Buitenland: spoedeisende zorg

Als u onverwachts zorg nodig heeft in het buitenland.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b>   | 100% volgens Nederlands tarief<br>Zorg die onder basisverzekering valt, tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten  |
| <b>Startfit</b>           | Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland<br>Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief  |
| <b>Benfit</b>             | Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland<br>Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief  |
| <b>Optifit</b>            | Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland<br>Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief   |
| <b>Topfit</b>             | Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland<br>Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief  |
| <b>Superfit</b>           | Aanvulling vergoeding basisverzekering + Zorg volgens vergoedingen Superfit <ul style="list-style-type: none"><li>• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief</li><li>• Zorg die onder Superfit valt, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief</li><li>• Geregistreerde geneesmiddelen</li><li>• Niet-geneesmiddelen, max. € 350 per kalenderjaar</li><li>• Ziekenvervoer naar de zorgverlener</li></ul> |
| <b>Tandfit A</b>          | Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland   |
| <b>Tandfit B</b>          | Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland   |
| <b>Tandfit C</b>          | Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland   |
| <b>Tandfit Preventief</b> | Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland  |
| <b>Wereldfit</b>          | Aanvulling vergoeding basisverzekering <ul style="list-style-type: none"><li>• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief</li><li>• Geregistreerde geneesmiddelen</li><li>• Niet-geneesmiddelen, max. € 250 per kalenderjaar</li><li>• Ziekenvervoer naar de zorgverlener</li></ul>   |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of een 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.

Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

### **Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering?**

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u die zorg met spoed in het buitenland krijgt. Er gelden 2 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding

### **Of: vergoeding volgens de regels van het land waar u de 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 de zorg krijgt. Door gebruik te maken van uw Europese zorgpas (EHIC) of een Verdragsformulier 111.

### **Wat vergoedt de aanvullende verzekering?**

Wereldfit en Superfit vullen voor spoedeisende zorg in het buitenland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. Maar alleen als de zorg voor uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat het om een vergoeding uit uw aanvullende (tand)verzekering? Bijvoorbeeld de vergoeding voor fysiotherapie? Deze gelden ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden als in Nederland. De aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

### **Hier kunt u terecht**

Een zorgverlener die in de door de overheid gebruikte registers staat in het land waar u de behandeling krijgt. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan in dat land, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

### **Dit wordt niet vergoed**

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)

### **Andere vergoedingen**

Voor zorg waarvan u al wist dat u die moest krijgen, en zorg die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg.

## ● **Wat u zelf betaalt**

### **De eigen bijdrage**

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook in het buitenland. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. Zo werkt de eigen bijdrage

### **Het eigen risico**

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u die zorg in het buitenland krijgt. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**Neem contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance**

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan moet u zo spoedig mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Doet u dat niet, dan kan dat gevolgen hebben voor de vergoeding.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. 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.

**Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit**

Voor Wereldfit staan hierboven niet alle voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

**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 de 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.

### ● Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b>   | 100% volgens Nederlands tarief<br>Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten  |
| <b>Startfit</b>           | Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland<br>Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten  |
| <b>Benfit</b>             | Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland<br>Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten  |
| <b>Optifit</b>            | Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland<br>Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten   |
| <b>Topfit</b>             | Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland<br>Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten  |
| <b>Superfit</b>           | Zorg volgens vergoedingen Superfit<br>100% ziekenhuiszorg België en Duitsland<br>Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland<br><ul style="list-style-type: none"><li>• Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)</li><li>• Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)</li><li>• Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag</li></ul> |
| <b>Tandfit A</b>          | Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland   |
| <b>Tandfit B</b>          | Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland   |
| <b>Tandfit C</b>          | Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland   |
| <b>Tandfit Preventief</b> | Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland  |
| <b>Wereldfit</b>          | 100% medisch specialist in België en Duitsland<br>Alleen voor zorg in ziekenhuis  |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. De vergoeding die u nu leest gaat over zorg die gepland kan worden, die dus niet meteen nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.



### **Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering?**

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg naar het buitenland gaat. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
3. voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland boven het Nederlands tarief in 2 situaties. Als u zorg nodig heeft die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maar:

1. u daar gezien uw medische situatie te lang op zou moeten wachten, of
2. u die zorg in Nederland niet kunt krijgen

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland 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 wilt ondergaan.

### **Wat vergoedt de aanvullende verzekering?**

Wereldfit en Superfit vullen voor Ziekenhuiszorg in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van dat land. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat u voor ziekenhuiszorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland dan België of Duitsland? Dan vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (de vergoedingen van de basisverzekering maakt hiervan deel uit). Die vergoeding geldt ook voor andere zorg uit de basisverzekering.

Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen. Alleen Superfit vergoedt maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

### **Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?**

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoedingen als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

### **Dit wordt niet vergoed**

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

### **Andere vergoedingen**

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

### ● Wat u zelf betaalt

#### **De eigen bijdrage**

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

#### **Het eigen risico**

Valt de zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

#### **Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben**

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift moet hebben, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

#### **Soms moet u vooraf toestemming vragen**

Voor zorg in het buitenland moet u vooraf [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

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden.

### ● Goed om te weten

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

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. 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.

#### **Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit**

Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De [uitgebreide voorwaarden Wereldfit](#) bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

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

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

#### **Een second opinion kan ook**

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een [second opinion](#) door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

#### **Uitleg**

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

### ● Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Als u tijdens uw reis geen infectieziekten wilt oplopen.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding                                      |
| <b>Startfit</b>         | € 75 voor 11 ziekerisico's<br>Max. per kalenderjaar  |
| <b>Benfit</b>           | € 75 voor 11 ziekerisico's<br>Max. per kalenderjaar  |
| <b>Optifit</b>          | € 100 voor 11 ziekerisico's<br>Max. per kalenderjaar |
| <b>Topfit</b>           | 100% (alle ziekerisico's)                            |
| <b>Superfit</b>         | 100% (alle ziekerisico's)                            |

#### ● Wat u vergoed krijgt

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.

In het buitenland komen de volgende infectieziekten veel voor:

- hepatitis A en B
- difterie, tetanus en polio (dtp)
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningokokken
- rabiës
- malaria

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger vergoeden consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen (zoals malariatabletten) voor deze 11 infectieziekten. Startfit, Benfit en Optifit vergoeden tot een maximumbedrag per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden de consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen volledig. Dat kunnen ook vaccinaties tegen andere 'buitenlandse' infectieziekten zijn die het [LCR](#) (Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering) aanraadt.

### Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- [GGD](#)
- [thuisvaccinatie.nl](https://thuisvaccinatie.nl)
- vaccinatiecentrum

### Dit wordt niet vergoed

- het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- extra kosten voor een consult of vaccinatie aan huis
- andere middelen die aangeraden worden bij een reis naar het buitenland, zoals DEET en ORS (middel tegen uitdroging bij diarree of braken)

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Geen eigen risico

Voor buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen geldt geen eigen risico.

### ● Dit moet u zelf doen

#### Voor preventieve geneesmiddelen en vaccins die u zelf bij de apotheek haalt, moet u een voorschrift (recept) hebben

Krijgt u bijvoorbeeld malariatabletten, of vraagt de zorgverlener u om een vaccin zelf te halen? Wij vergoeden deze alleen als ze zijn voorgeschreven door een arts, en geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

### ● Goed om te weten

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

### ● Vergoeding in bijzondere gevallen

Vergoeding in bijzondere gevallen.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Basisverzekering</b>          | Na onze toestemming<br>In onze beslissing staat wat u vergoed krijgt |
| <b>Aanvullende verzekeringen</b> | Geen vergoeding  |

#### ● Wat u vergoed krijgt

De Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden de zorg die in de vergoedingen staat.

In bijzondere gevallen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook andere zorg. Dat moet dan zorg zijn die normaal gesproken een zelfde of beter resultaat zal geven dan de zorg die bij vergoedingen staat. U moet ons altijd vooraf toestemming vragen. En het mag niet gaan om zorg die volgens de wet niet wordt vergoed, of om zorg die nooit verzekerd is.

Een voorbeeld. Bij vergoedingen staat dat wij een bepaalde operatie vergoeden. Maar bij u kan datzelfde resultaat bereikt worden zonder operatie, door een behandeling die niet bij vergoedingen staat. U kunt ons dan vragen die andere behandeling te vergoeden.

De ZorgConsulent kan u meer vertellen over wat wel en niet mogelijk is.

Besluit u daarna om toestemming te vragen? Dan laten wij u zo snel mogelijk onze beslissing weten. Daarin staat welke zorg wij voor u zullen vergoeden en wat de voorwaarden zijn.

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **De eigen bijdrage**

Voor deze zorg kan een eigen bijdrage gelden. Zo werkt de eigen bijdrage

##### **Het eigen risico**

Voor deze zorg kan het eigen risico gelden. Zo werkt het eigen risico

#### ● Dit moet u zelf doen

##### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Vraag de toestemming aan voordat u met de behandeling begint.

#### ● Goed om te weten

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

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

##### **Wacht eerst onze beslissing af**

Wij geven in principe geen toestemming als u de zorg al (voor een deel) heeft gekregen.

### ● Verhaalsbijstand bij letselschade

Heeft u persoonlijke kosten door een ongeval?

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Basisverzekering</b> | Geen vergoeding   |
| <b>Startfit</b>         | € 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)<br>Max. per ongeval |
| <b>Benfit</b>           | € 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)<br>Max. per ongeval |
| <b>Optifit</b>          | € 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)<br>Max. per ongeval |
| <b>Topfit</b>           | € 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)<br>Max. per ongeval |
| <b>Superfit</b>         | € 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)<br>Max. per ongeval |
| <b>OntzorgPlus</b>      | € 12.500 voor advocaat of schaderegelingsbureau (via ons)<br>Max. per ongeval |

#### ● Wat u vergoed krijgt

Ook na een ongeval gelden de 'gewone' vergoedingen van de Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen. Maar soms krijgt u niet alle kosten vergoed. Bijvoorbeeld omdat u eigen risico of een eigen bijdrage betaalt. Of omdat u inkomsten misloopt. Misschien wilt u smartengeld.

U kunt dan uw rechtsbijstandverzekering inschakelen. Heeft u die niet? Dan bieden wij een verhaalsbijstand-service voor die kosten die u zelf betaalt, gemiste inkomsten en smartengeld. Een door ons ingeschakelde advocaat of schaderegelaar probeert dan uw schade te verhalen op (de verzekering van) de persoon die aansprakelijk is.

In de regels verhaalsbijstand-service staat wat de service inhoudt.

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger, en OntzorgPlus vergoeden de verhaalsbijstand-service die wij voor u regelen tot maximaal € 12.500 per ongeval. Kosten van een rechtszaak vallen daar ook onder.

Heeft u alleen een Vrije Keuze Basisverzekering? Dan kunnen wij informatie geven over het verhalen van schade.

#### **Dit wordt niet vergoed**

- kosten die u zelf maakt buiten de verhaalsbijstand-service om

#### **Heeft u nog vragen?**

Neem dan contact op met onze afdeling Verhaalszaken. Dit kan telefonisch op 030 639 62 64 of via het e-mailadres [verhaalszaken@onvz.nl](mailto:verhaalszaken@onvz.nl). Wij helpen u graag.

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor verhaalsbijstand bij letselschade betaalt u geen eigen bijdrage.

**Geen eigen risico**

Voor verhaalsbijstand bij letselschade geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**Geef het ons door als medische kosten met een ongeval te maken hebben**

Zo kunnen wij nagaan of iemand anders voor die kosten aansprakelijk is. Kruis het vakje 'ongeval' aan als u declareert. Of stuur ons een ingevuld [vragenformulier verhaalszaken](#) als u weet dat het ziekenhuis of een andere zorgverlener rechtstreeks bij ons gaat declareren.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat u moet meewerken als wij zorgkosten bij een aansprakelijke persoon of de (reis)verzekeraar willen terugvragen.

**OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus**

De [uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus](#) bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.