



Vergoedingen en voorwaarden 2024

Basisverzekering

CZ direct (Zorgverzekering Natura Direct)

Productnummer: 9100102

Geldig vanaf 01-01-2024 tot en met 31-12-2024

De vorige verzekeringsvoorwaarden zijn vervallen.

Inhoudsopgave

Buitenland	3
Dieetpreparaten	5
Diëtetiek	6
Ergotherapie	8
Fysiotherapie	9
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	33
GZSP Geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen	38
Huisarts	45
Hulpmiddelen	54
Kortdurend verblijf in een instelling	88
Logopedie en stottertherapie	89
Medicijnen	90
Medisch specialistische zorg	101
Mondzorg	115
Preventie	135
Vervoer	137
Voetzorg	147
Voorwaardelijke zorg	149
Wijkverpleging en PGB	155
Zorg na de bevalling	158
Zorg tijdens de bevalling	162
Zorg voor de bevalling	165
Zorg zintuigelijk beperkten	172
Bijlage Begrippen	175
Bijlage Algemene Voorwaarden	181
Bijlage Overig	206

Buitenland

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
 1. Voor zorg in het buitenland: buitenlandzorg heeft een gelijke omvang en hoogte zoals de zorg in Nederland of uw woonland is verzekerd.
 2. Voor zorg in een verdragsland: de wettelijke regeling van het verdragsland.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt.
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De zorgverlener in het buitenland moet voldoen aan de eisen, wetten en regels van dat land.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die niet onder uw basisverzekering valt.
Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet is erkend.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Dieetpreparaten

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Dieetpreparaten (artikel B.16.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten voor drink- en/of sondevoeding.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding zijn niet voldoende voor u.
- Voor dieetpreparaten gelden de voorwaarden van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering kunt u vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.
- De dieetpreparaten zijn geregistreerd als dieetpreparaat en opgenomen in de G-standaard van de Z-index.
Z-Index is een register dat alle zorgproducten controleert, beheert en verspreid die bij de openbare apotheek en apotheekhoudend huisarts verkrijgbaar zijn en plaatst deze in de G-Standaard. Wij gebruiken deze G-Standaard bijvoorbeeld om te zien of een product geregistreerd is en wat het tarief is voor dat product.
- Bij een allergie vergoeden we de dieetpreparaten vanaf het moment dat de allergie is bewezen. Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (kea) worden provocatietesten gedaan. De testperiode voorafgaand aan de definitieve diagnose komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Medisch specialist.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Diëtist.

- Verpleegkundig specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Diëtetiek

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Diëtetiek (artikel B.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Diëtetiek met een geneeskundig doel.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 3 behandeluren, per jaar voor diëtetiek .
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband dan mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en blijkt uit de verwijzing.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing nodig als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
De verwijzing moet worden opgesteld door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.
- U heeft een verwijzing nodig als behandeling thuis noodzakelijk is.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Diëtetiek buiten ketenzorg als u bij dezelfde indicatie al diëtetiek binnen ketenzorg krijgt.
Zie ook artikel 'Diëtetiek als onderdeel van ketenzorg'.
- Diëtetiek gelijktijdig met Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) bij dezelfde indicatie.
- Diëtetiek zonder geneeskundig doel, zoals dieetadvies voor afslanken of sport.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Diëtetiek als onderdeel van ketenzorg.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft diabetes mellitus type 2 (DM type 2) en bent 18 jaar of ouder.
 - U heeft een Verhoogd Vasculair Risico (VRM).
 - U heeft de chronische longaandoening Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).
 - U heeft astma.

Wat zijn de voorwaarden?

- Declaratie gaat via een hoofdaannemer in de vorm van één integraal tarief.
Hierbij geldt de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

Wat is ketenzorg?

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden. Consulten kunnen ook via internet plaatsvinden, als hierover in het zorgprogramma afspraken zijn gemaakt.

- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en blijkt uit de verwijzing.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing nodig als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
De verwijzing moet worden opgesteld door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

- U heeft een verwijzing nodig als behandeling thuis noodzakelijk is.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Diëtist die is aangesloten bij, of gecontracteerd is door een hoofdaannemer.
De diëtist heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Diëtist die is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.
De diëtist heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Diëtetiek binnen ketenzorg als u bij dezelfde indicatie al diëtetiek buiten ketenzorg krijgt.
Zie ook artikel 'Diëtetiek'.
- Diëtetiek gelijktijdig met Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) bij dezelfde indicatie.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Ergotherapie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Ergotherapie (artikel B.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Ergotherapie.
Ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling met als doel om uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 10 behandeluren, per jaar voor ergotherapie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen.
- U heeft een verwijzing nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Bij behandeling door een zorgverlener die voor deze zorg niet is gecontracteerd heeft u voordat de behandeling start een verwijzing nodig.
Deze verwijzing moet afgegeven worden door een huisarts, verpleegkundige (niveau 5), arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Ergotherapeut.
Uw zorgverlener heeft als ergotherapeut de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

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

Waar vindt de behandeling plaats?

- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en blijkt uit de verwijzing.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Fysiotherapie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie.
Hieronder verstaan we fysiotherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck.
- Oedeemtherapie.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 9 behandelingen, per aandoening, per jaar, en zo nodig 9 behandelingen extra voor dezelfde aandoening voor fysiotherapie en oefentherapie tot en met 17 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een (tijdelijke) klacht of blessure.
In de meeste gevallen gaat het bij fysiotherapie het om de aanleiding kortdurende, acute klacht. Twijfelt u? Vraag dan uw fysio- of oefentherapeut of behandeld arts.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing nodig als u thuis fysiotherapie of oefentherapie krijgt.
Bij fysiotherapie of oefentherapie thuis heeft u vooraf een verwijzing nodig van uw arts. Hierop moet de arts aangeven waarom het medisch noodzakelijk is dat u een behandeling thuis nodig heeft. Deze artsen mogen de verwijzing geven:
 - huisarts;
 - arts verstandelijk gehandicapten;
 - specialist ouderengeneeskunde;
 - jeugdarts;
 - tandarts;
 - bedrijfsarts; of
 - medisch specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemtherapie.
De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en beschikt bij de aanvang van een behandeling over een geldige AGB-code.
De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie.
Hieronder verstaan we fysiotherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 3 maanden, en zo nodig verlenging gedurende maximaal 6 maanden voor fysiotherapie en oefentherapie bij whiplash tot en met 17 jaar.

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een whiplash.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verlenging is alleen mogelijk als na 3 maanden nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen.
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen.
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en blijkt uit de verwijzing.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie'. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Bij de diagnose Parkinson is een gecontracteerde zorgverlener een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemtherapie.
De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en beschikt bij de aanvang van een behandeling over een geldige AGB-code.
De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie.
Hieronder verstaan we fysiotherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 3 maanden, en zo nodig verlenging gedurende maximaal 6 maanden voor fysiotherapie en oefentherapie bij whiplash vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een whiplash.

Wat zijn de voorwaarden?

- De verlenging is alleen mogelijk als na 3 maanden nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen.
- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen.
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en blijkt uit de verwijzing.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie'. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Bij de diagnose Parkinson is een gecontracteerde zorgverlener een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemtherapie.
De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en beschikt bij de aanvang van een behandeling over een geldige AGB-code.
De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie.
Hieronder verstaan we fysiotherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck.
- Oedeemtherapie.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor fysiotherapie en oefentherapie bij juveniele osteochondrose tot en met 17 jaar .
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft juveniele osteochondrose.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie'. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Bij de diagnose Parkinson is een gecontracteerde zorgverlener een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemtherapie.
De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en beschikt bij de aanvang van een behandeling over een geldige AGB-code.
De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie.
Hieronder verstaan we fysiotherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck.
- Oedeemtherapie.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de 21ste behandeling, van 18 tot en met 21 jaar: vergoeding van 100 % voor fysiotherapie en oefentherapie bij juveniele osteochondrose van 18 tot en met 21 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft juveniele osteochondrose.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie'. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Bij de diagnose Parkinson is een gecontracteerde zorgverlener een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemtherapie.
De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en beschikt bij de aanvang van een behandeling over een geldige AGB-code.
De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie.
Hieronder verstaan we fysiotherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck.
- Oedeemtherapie.

Wat is uw vergoeding?

Aanleiding	Vergoeding voor vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)	Vergoeding voor tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)
U heeft een CVA (cerebrovasculair accident) gehad. U heeft een ruggemergaandoening als gevolg van een aandoening in het zenuwstelsel. U heeft MS (multiple sclerose). U heeft een perifere zenuwaandoening met motorische uitval. U heeft een extrapyramidale aandoening. U heeft een aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel. U heeft een cerebellaire aandoening. U heeft neurologische uitvalsverschijnselen als gevolg van hersenletsel of een tumor in de hersenen of het ruggenmerg. U heeft een spierziekte als gevolg van een aandoening van het zenuwstelsel. U heeft Myasthenia gravis. U heeft een aangeboren afwijking van het bewegingsapparaat. U heeft een progressieve scoliose. U heeft reflexdystrofie. U heeft een fractuur als gevolg van botmetastase, ziekte van Kahler of ziekte van Paget. U heeft de ziekte van Forestier (hyperostotische spondylose). U heeft een collageenziekte. U heeft een amputatie gehad. U heeft een aangeboren afwijking van de tractus respiratorius. U heeft lymfoedeem. U heeft littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma. U heeft een diffuse interstitiele longaandoening bij ventilatoire beperking of diffusiestoornis.	Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %.	

Aanleiding	Vergoeding voor vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)	Vergoeding voor tot en met 17 jaar (artikel B.8.3.)
U heeft een radiculair syndroom met motorische uitval. U heeft bekkeninstabiliteit na de bevalling (postpartum).	Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 3 maanden.	Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 3 maanden.
U heeft een fractuur gehad die conservatief is behandeld.	Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 6 maanden.	Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 6 maanden.
U heeft een frozen shoulder (capsulitis adhaesiva). U lijdt aan perifere arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine.	Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 12 maanden.	Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 12 maanden.
U bent opgenomen geweest in het ziekenhuis, een verpleeginrichting, een instelling voor revalidatie of na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie.	Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 12 maanden in aansluiting op ontslag of beëindiging behandeling instelling.	Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 12 maanden in aansluiting op ontslag of beëindiging behandeling instelling.
U heeft een tumor in de weke delen.	Vanaf de 21ste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 2 jaren na bestraling.	Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 2 jaren na bestraling.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.
- Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Zie bovenstaande tabel

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Jeugdarts.
- Tandarts.
- Bedrijfsarts.
- Verpleegkundig specialist.

- Medisch specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie'. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Bij de diagnose Parkinson is een gecontracteerde zorgverlener een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemtherapie.
De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en beschikt bij de aanvang van een behandeling over een geldige AGB-code.
De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie.
Hieronder verstaan we fysiotherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck.
- Oedeemtherapie.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de eerste behandeling, tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen tot en met 17 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie'. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Bij de diagnose Parkinson is een gecontracteerde zorgverlener een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemtherapie.
De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en beschikt bij de aanvang van een behandeling over een geldige AGB-code.
De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie.
Hieronder verstaan we fysiotherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck.
- Oedeemtherapie.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de eerste behandeling, tot en met 16 jaar: vergoeding van 100 % voor fysiotherapie en oefentherapie tot en met 16 jaar bij motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel .
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en bent jonger dan 17 jaar.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie'. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Bij de diagnose Parkinson is een gecontracteerde zorgverlener een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemtherapie.
De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en beschikt bij de aanvang van een behandeling over een geldige AGB-code.
De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Bekkenfysiotherapie.
Specialistische fysiotherapie gericht op behandeling van bekkenbodemp Problemen.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 9 behandelingen, maximaal, eenmaal per verzekerde voor bekkenfysiotherapie vanaf 18 jaar bij urine-incontinentie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft urine-incontinentie.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of sprake is van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Bekkenfysiotherapeut.
Een bekkenfysiotherapeut verleent de bekkenfysiotherapie. Dit is een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 37 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden voor fysiotherapie (gesuperviseerde looptherapie) vanaf 18 jaar bij etalagebenen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Verpleegkundig specialist.
- Medisch specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener voor deze zorg is aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Deze beoordeelt of sprake is van perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Gesuperviseerde oefentherapie bij artrose.
Deze fysiotherapie bevordert uw zelfmanagement zodat u zelfstandig kunt oefenen.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 12 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden voor fysiotherapie (gesuperviseerde oefentherapie) vanaf 18 jaar bij artrose van heup- of kniegewricht.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft artrose van heup- of kniegewricht.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Verpleegkundig specialist.
- Medisch specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of sprake is van artrose van heup- of kniegewricht. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Oefentherapie bij Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).
Het gaat hierbij om gesuperviseerde oefentherapie. Dit is een vorm van fysiotherapie.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de eerste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 5 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden voor oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse A.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Alle onderstaande medische indicaties of situaties gelden voor u:
 - U heeft COPD stadium II of hoger, Klasse A.
Het gaat om COPD stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie bij Klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen.
 - Er is risico op exacerbaties.

Wat zijn de voorwaarden?

- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen.

- Het genoemde aantal behandelingen is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut en eventueel uw verwijzer bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn.
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en blijkt uit de verwijzing.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist longziekten.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde fysiotherapeut voor deze zorg is aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Deze beoordeelt of er sprake is van COPD stadium II of hoger en om welke klasse het gaat. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B1 (artikel B.8.6.), verlenging van oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B1 (artikel B.8.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Oefentherapie bij Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).
Het gaat hierbij om gesuperviseerde oefentherapie. Dit is een vorm van fysiotherapie.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de eerste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 27 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden na start van de behandeling voor oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B1; en
- In de daarop volgende jaren, vanaf 18 jaar: vergoeding van 3 behandelingen, per 12 maanden voor verlenging van oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B1.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B1 (artikel B.8.6.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Alle onderstaande medische indicaties of situaties gelden voor u:
 - U heeft COPD stadium II of hoger, Klasse B1.
Het gaat om COPD stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie bij Klasse B1 van de GOLD Classificatie voor symptomen.
 - Er is risico op exacerbaties.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist longziekten.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde fysiotherapeut voor deze zorg is aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Deze beoordeelt of er sprake is van COPD stadium II of hoger en om welke klasse het gaat. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor verlenging van oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B1 (artikel B.8.6.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Alle onderstaande medische indicaties of situaties gelden voor u:
 - U heeft COPD stadium II of hoger, Klasse B1.
Het gaat om COPD stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie bij Klasse B1 van de GOLD Classificatie voor symptomen.
 - Er is risico op exacerbaties.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist longziekten.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde fysiotherapeut voor deze zorg is aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Deze beoordeelt of er sprake is van COPD stadium II of hoger en om welke klasse het gaat. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B2, C of D (artikel B.8.6.), verlenging van oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B2, C of D (artikel B.8.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Oefentherapie bij Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).
Het gaat hierbij om gesuperviseerde oefentherapie. Dit is een vorm van fysiotherapie.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de eerste behandeling, vanaf 18 jaar: vergoeding van 70 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden na start van de behandeling voor oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B2, C of D; en
- In de daarop volgende jaren, vanaf 18 jaar: vergoeding van 52 behandelingen, per 12 maanden voor verlenging van oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B2, C of D.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B2, C of D (artikel B.8.6.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Alle onderstaande medische indicaties of situaties gelden voor u:
 - U heeft COPD stadium II of hoger, Klasse B2, C of D.
Het gaat om COPD stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie bij Klasse B2, C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen.
 - Er is risico op exacerbaties.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist longziekten.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde fysiotherapeut voor deze zorg is aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Deze beoordeelt of er sprake is van COPD stadium II of hoger en om welke klasse het gaat. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor verlenging van oefentherapie bij COPD stadium II of hoger bij klasse B2, C of D (artikel B.8.6.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Alle onderstaande medische indicaties of situaties gelden voor u:
 - U heeft COPD stadium II of hoger, Klasse B2, C of D.
Het gaat om COPD stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie bij Klasse B2, C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen.
 - Er is risico op exacerbaties.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist longziekten.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde fysiotherapeut voor deze zorg is aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Deze beoordeelt of er sprake is van COPD stadium II of hoger en om welke klasse het gaat. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer verschillende zorgverleners.
Heeft u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of krijgt u behandelingen door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten dan moet u vooraf een akkoordverklaring bij ons vragen.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Beweegprogramma valpreventie (artikel B.8.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie in de vorm van een beweegprogramma valpreventie.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 65 jaar: vergoeding van 100 %, 1 keer per jaar voor beweegprogramma valpreventie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een hoog valrisico in combinatie met onderliggende of bijkomende lichamelijke of psychische problemen.
U heeft daardoor begeleiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut nodig.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als er geen sprake is van onderliggende of bijkomende problemen maar wel risico op vallen, kunt u mogelijk een valpreventief beweegprogramma via uw gemeente volgen.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Verpleegkundig specialist.
- Medisch specialist.
- Specialist ouderengeneeskunde.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- De praktijkondersteuner huisarts stelt met een valanalyse vast of het beweegprogramma medisch noodzakelijk is.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut of oefentherapeut via een landelijk erkend zorgprogramma dat wij hebben gecontracteerd.

U kunt deze programma's vinden op onze website of bij ons opvragen.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ): psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische zorg (ook via e-health) zonder opname.
GGZ is geneeskundige zorg en is gericht op herstel of voorkomen van verergering van een psychische stoornis of psychiatrische aandoening. Op basis van de (vermoedelijke) DSM-5 stoornis, de ernst en problematiek, het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten wordt bepaald welke GGZ voor u nodig is.
Het gaat hierbij om deze zorg:
 - Diagnostiek: het vaststellen van een vermoedelijke aandoening met de bedoeling om te gaan behandelen.
 - Behandeling van een DSM-5 stoornis: dit kan individueel of in groepsverband en kan ook via e-health. E-health is een volledig behandeltraject dat u onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener start en afrondt.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor GGZ zonder opname vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft (vermoedelijk) een DSM-5 stoornis.

Wat zijn de voorwaarden?

- GGZ is gebaseerd op DSM-5, Lijst interventies GGZ en het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ:
 - Een psychische stoornis wordt ingedeeld op basis van DSM-5. Dit is een classificatiesysteem waarin afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis.
 - de Lijst interventies binnen de GGZ (zie hiervoor onze website);
 - het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (zie hiervoor www.zorginzicht.nl).

De standpunten van de verzekerde zorg vindt u op www.zorginstituutnederland.nl onder Zvw Kompas, onder het tabblad Geneeskundige GGZ (Zvw).

- Uw zorgverlener heeft een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar. Het kwaliteitsstatuut van uw zorgverlener is getoetst op basis van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Hierin staat wat uw GGZ-zorgverlener geregeld moet hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording. Dit waarborgt de juiste zorg op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk. Bij vragen kunt u ook terecht bij uw zorgverlener; hij is op de hoogte van de uitsluitingen, de regelgeving van de vergoedingen GGZ vanuit de Zorgverzekeringswet en de standpunten van het Zorginstituut Nederland.

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners vindt u op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts (bij voorkeur ondersteund door praktijkondersteuner GGZ), bedrijfsarts, spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar (als het om een verwijzing binnen de GGZ gaat) of straatdokter.
 - Vóór de start van de behandeling heeft u een verwijzing. Deze mag bij de start van de behandeling niet ouder zijn dan 9 maanden.
 - De verwijzer zorgt voor een objectieve en onderbouwde verwijzing. Daarmee is duidelijk dat sprake is van een (vermoedelijke) DSM-5 stoornis waarvoor behandeling noodzakelijk is in de GGZ. Hiervoor zijn nodig
 - een diagnostisch gesprek en
 - bij voorkeur ook een betrouwbaar en valide (geldig) instrument (digitaal hulpmiddel) dat de beslissing ondersteunt.
 - Uit de objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument moet blijken welk niveau van zorgverlening bij uw zorgvraag past.
 - De objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument zijn onderdeel van de verwijzing en moeten aanwezig zijn bij de huisarts of andere verwijzer én de zorgverlener GGZ.
 - De verwijzing, de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument, het geformuleerde behandelplan (behandelvoorstel) en eventuele bijstellingen worden opgenomen in uw medisch dossier.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Regiebehandelaar stelt vast dat de zorg medisch noodzakelijk is. De regiebehandelaar toetst ook of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan. Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De indicierend en coördinerend regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg. De regiebehandelaar (zoals deze is aangeduid en aangewezen in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ) is eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling en de vaststelling en uitvoering van het behandelplan. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.

- Een behandeling gestart onder de jeugdwet en die doorgaat op 18-jarige leeftijd kan doorlopen onder de huidige regiebehandelaar.
Deze regiebehandelaar is opgenomen in de overgangsregeling van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Dit kan voor maximaal 365 dagen vanaf de dag dat u 18 bent geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener.
Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en vindt plaats in een instelling.

Waar vindt de behandeling plaats?

- De praktijk van de behandelend zorgverlener.
- Een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

GGZ met opname vanaf 18 jaar (artikel B.19.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ): psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische zorg met medisch noodzakelijke opname.
GGZ is geneeskundige zorg en is gericht op herstel of voorkomen van verergering van een psychische stoornis of psychiatrische aandoening. Op basis van de (vermoedelijke) DSM stoornis, de ernst en problematiek, het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten wordt bepaald welke GGZ voor u nodig is. Het gaat hierbij om deze zorg:
 - Diagnostiek: het vaststellen van een vermoedelijke aandoening met de bedoeling om te gaan behandelen;
 - Behandeling van een DSM-5 stoornis: dit kan individueel of in groepsverband. De zorg is inclusief psychiatrische behandeling, bijbehorende paramedische zorg (zoals fysiotherapie of ergotherapie), dagbesteding en vaktherapie (bijvoorbeeld muziek- of psychomotore therapie);
 - Verpleging en verzorging, bijbehorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf de 1e dag van de opname, vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, maximaal 3 jaar (1095 dagen) voor GGZ met opname vanaf 18 jaar.

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een (zeer) complexe psychische of psychiatrische DSM-5 stoornis met indicatie voor een opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- Uw zorgverlener heeft een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar. Het kwaliteitsstatuut van uw zorgverlener is getoetst op basis van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Hierin staat wat uw GGZ-zorgverlener geregeld moet hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording. Dit waarborgt de juiste zorg op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk. Bij vragen kunt u ook terecht bij uw zorgverlener; hij is op de hoogte van de uitsluitingen, de regelgeving van de vergoedingen GGZ vanuit de Zorgverzekeringswet en de standpunten van het Zorginstituut Nederland.

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners vindt u op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.

- GGZ is gebaseerd op DSM-5, Lijst interventies GGZ en het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ:
 - Een psychische stoornis wordt ingedeeld op basis van DSM-5. Dit is een classificatiesysteem waarin afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis.
 - de Lijst interventies binnen de GGZ (zie hiervoor onze website);
 - het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (zie hiervoor www.zorginzicht.nl).

De standpunten van de verzekerde zorg vindt u op www.zorginstituutnederland.nl onder Zvw Kompas, onder het tabblad Geneeskundige GGZ (Zvw).

- Opname langer dan een jaar.

Als na 365 dagen opname noodzakelijk blijft, dient de regiebehandelaar de rechtmatigheid van de verlengde opname vast te stellen. Hiervoor vult de regiebehandelaar een vragenlijst in die onderdeel is van uw medisch dossier. Hierbij gelden ook deze voorwaarden:

 - Er is sprake van een psychiatrische stoornis, eventueel met bijkomende problematiek waarvoor u al 365 dagen aaneengesloten opgenomen bent geweest.
 - De instelling heeft de noodzaak tot verlengde opname gemotiveerd met
 - verbetering, stabilisatie of voorkomen van achteruitgang
 - prognose of ontwikkeling van de stoornis(en) en
 - de verwachte duur van de opname.

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts (bij voorkeur ondersteund door praktijkondersteuner GGZ), bedrijfsarts, spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar (als het om een verwijzing binnen de GGZ gaat) of straatdokter.

- Vóór de start van de behandeling heeft u een verwijzing. Deze mag bij de start van de behandeling niet ouder zijn dan 9 maanden.
- De verwijzer zorgt voor een objectieve en onderbouwde verwijzing. Daarmee is duidelijk dat sprake is van een (vermoedelijke) DSM-5 psychiatrische stoornis waarvoor opname noodzakelijk is in de GGZ. Hiervoor zijn nodig
- een diagnostisch gesprek en
- bij voorkeur ook een betrouwbaar en valide (geldig) instrument (digitaal hulpmiddel) dat de beslissing ondersteunt.
- Uit de objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument moet blijken welk niveau van zorgverlening bij uw zorgvraag past.
- De objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument zijn onderdeel van de verwijzing en moeten aanwezig zijn bij de huisarts of andere verwijzer én de zorgverlener GGZ.
- De verwijzing, de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument, het geformuleerde behandelplan (behandelvoorstel) en eventuele bijstellingen worden opgenomen in uw medisch dossier.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Regiebehandelaar stelt vast dat de zorg medisch noodzakelijk is.
De regiebehandelaar toetst ook of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan. Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De indicierend en coördinerend regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg.
De regiebehandelaar (zoals deze is aangeduid en aangewezen in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ) is eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling en de vaststelling en uitvoering van het behandelplan. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Een behandeling gestart onder de jeugdwet en die doorgaat op 18-jarige leeftijd kan doorlopen onder de huidige regiebehandelaar.
Deze regiebehandelaar is opgenomen in de overgangsregeling van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Dit kan voor maximaal 365 dagen vanaf de dag dat u 18 bent geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener.
Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en vindt plaats in een instelling.

Waar vindt de behandeling plaats?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

GZSP Geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen door specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten (artikel B.28.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige eerstelijnszorg voor specifieke patiëntgroepen door specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen door specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Er is sprake van kwetsbaarheid in de thuissituatie en (hoog) complexe problematiek.
U bent redelijkerwijs aangewezen op deze zorg omdat u zich steeds minder goed kunt redden en zelf regie kunt nemen.

Wat zijn de voorwaarden?

- U woont (nog) thuis.

- De zorgverlening mag op een andere plaats dan waar de zorgverlener normaal gesproken werkt.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts op advies van medisch specialist of regiebehandelaar.
Regiebehandelaar is specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of gedragswetenschapper.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Specialist ouderengeneeskunde.
Een arts die als specialist ouderengeneeskunde is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
- Arts verstandelijk gehandicapten.
Dit is een arts die als arts verstandelijk gehandicapten is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die onder de Wet Langdurige zorg (Wlz) valt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen door gedragswetenschapper (artikel B.28.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige eerstelijnszorg voor specifieke patiëntgroepen door gedragswetenschapper.
De zorg is gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft (vermoedelijk) dementie, Multiple Sclerosis (MS), Parkinson, een verstandelijke beperking (VB), niet-aangeboren hersenletsel (nah).
Of een andere chronische of complexe aandoening met gevolgen voor psychisch en cognitief functioneren.
 - Uw meervoudige problematiek is vaak degeneratief en progressief van aard.
Het gaat dan om hoge ouderdom met stapeling van somatische klachten en bijvoorbeeld zingevingproblematiek.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er is sprake van kwetsbaarheid in de thuissituatie en (hoog) complexe problematiek.
U bent redelijkerwijs aangewezen op deze zorg omdat u zich steeds minder goed kunt redden en zelf regie kunt nemen.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts op advies van medisch specialist of regiebehandelaar.
Regiebehandelaar is specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of gedragswetenschapper.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Gedragswetenschapper.
Een BIG-geregistreerde gedragswetenschapper met deskundigheid van de specifieke aandoening en behandelingen verleent de zorg én is regiebehandelaar.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die onder de Wet Langdurige zorg (Wlz) valt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Eerstelijns paramedische zorg voor specifieke patiëntgroepen (artikel B.28.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Individuele eerstelijns paramedische zorg (fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie of diëtetiek) voor specifieke patiëntgroepen.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Er is sprake van kwetsbaarheid in de thuissituatie en (hoog) complexe problematiek.
U bent redelijkerwijs aangewezen op deze zorg omdat u zich steeds minder goed kunt redden en zelf regie kunt nemen.

Wat zijn de voorwaarden?

- U woont (nog) thuis.
- De zorgverlening mag op een andere plaats dan waar de zorgverlener normaal gesproken werkt.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts op advies van medisch specialist of regiebehandelaar.
Regiebehandelaar is specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of gedragswetenschapper.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefen therapie Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefen therapie Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

- Ergotherapeut.
Uw zorgverlener heeft als ergotherapeut de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Logopedist.
Uw zorgverlener heeft als logopedist de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Diëtist.
Uw zorgverlener heeft als diëtist de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die onder de Wet Langdurige zorg (Wlz) valt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Geneeskundige zorg in een groep aan kwetsbare patiënten (artikel B.28.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige eerstelijnszorg voor specifieke patiëntgroepen kwetsbare patiënten.
De zorg omvat:
 - het herstellen of aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag;
 - het stabiliseren van het functioneren en voorkomen van verergering van beperkingen;
 - het leren omgaan met fysieke en/of cognitieve beperkingen.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Alle onderstaande medische indicaties of situaties gelden voor u:
 - Er is sprake van kwetsbaarheid in de thuissituatie en (hoog) complexe problematiek.
U bent redelijkerwijs aangewezen op deze zorg omdat u zich steeds minder goed kunt redden en zelf regie kunt nemen.
 - Er is sprake van somatische, psychogeriatrische of cognitieve problematiek.
 - U heeft een intensieve zorgvraag.

Wat zijn de voorwaarden?

- De concrete en haalbare behandeldoelen staan in een individueel behandelplan.
- U woont (nog) thuis.
- U krijgt de zorg in een groep.
De zorg is daarmee een integrale prestatie en kan dus niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht.
- De zorgverlening mag op een andere plaats dan waar de zorgverlener normaal gesproken werkt.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts op advies van medisch specialist of regiebehandelaar.
Regiebehandelaar is specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of gedragswetenschapper.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut.
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Ergotherapeut.
Uw zorgverlener heeft als ergotherapeut de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Logopedist.
Uw zorgverlener heeft als logopedist de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Diëtist.
Uw zorgverlener heeft als diëtist de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die onder de Wet Langdurige zorg (Wlz) valt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Geneeskundige zorg in een groep aan mensen met niet-aangeboren hersenletsel (artikel B.28.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige eerstelijnszorg voor specifieke patiëntgroepen met een lichamelijke beperking of met een niet-aangeboren hersenletsel.
U leert omgaan met de aandoening en beperkingen die u heeft. De zorg is gericht op:
 - behouden en bevorderen van uw functionele autonomie;
 - voorkomen van achteruitgang en escalatie;
 - hanteerbaar maken van gedrag;
 - verbeteren van fysiek en psychisch functioneren.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een lichamelijke beperking.
Hieronder valt ook een orgaanstoornis of neuro-motorische stoornis
 - U heeft niet-aangeboren hersenletsel (nah).

Wat zijn de voorwaarden?

- Er is sprake van kwetsbaarheid in de thuissituatie en (hoog) complexe problematiek.
U bent redelijkerwijs aangewezen op deze zorg omdat u zich steeds minder goed kunt redden en zelf regie kunt nemen.
- De concrete en haalbare behandeldoelen staan in een individueel behandelplan.
- U woont (nog) thuis.
- U krijgt de zorg in een groep.
De zorg is daarmee een integrale prestatie en kan dus niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht.
- De zorgverlening mag op een andere plaats dan waar de zorgverlener normaal gesproken werkt.
- De zorg is geen vervanging van medisch specialistische revalidatie of geriatrische revalidatie.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts op advies van medisch specialist of regiebehandelaar.
Regiebehandelaar is specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of gedragswetenschapper.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Regiebehandelaar in samenwerking met gedragsdeskundigen, vaktherapeuten en paramedici.
De regiebehandelaar is BIG-geregistreerd en verantwoordelijk voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan in samenwerking met andere behandelend zorgverleners.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die onder de Wet Langdurige zorg (Wlz) valt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Geneeskundige zorg in een groep aan mensen met ziekte van Huntington (artikel B.28.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige eerstelijnszorg voor patiënten met de ziekte van Huntington.
Indien medisch noodzakelijk kan ook verpleegkundige zorg deel uitmaken van de behandeling.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Alle onderstaande medische indicaties of situaties gelden voor u:
 - U heeft de ziekte van Huntington.
 - Er is sprake van kwetsbaarheid in de thuissituatie en (hoog) complexe problematiek.
U bent redelijkerwijs aangewezen op deze zorg omdat u zich steeds minder goed kunt redden en zelf regie kunt nemen.

Wat zijn de voorwaarden?

- De concrete en haalbare behandeldoelen staan in een individueel behandelplan.
- U woont (nog) thuis.

- U krijgt de zorg in een groep.
De zorg is daarmee een integrale prestatie en kan dus niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht.
- De zorg vindt plaats in de vorm van dagbehandeling.
- De zorgverlening mag op een andere plaats dan waar de zorgverlener normaal gesproken werkt.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts op advies van medisch specialist of regiebehandelaar.
Regiebehandelaar is specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of gedragswetenschapper.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Regiebehandelaar die deskundig is op het gebied van ziekte van Huntington in samenwerking met multidisciplinair team.
De regiebehandelaar is BIG-geregistreerd en verantwoordelijk voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan in samenwerking met andere behandelend zorgverleners.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die onder de Wet Langdurige zorg (Wlz) valt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Geneeskundige zorg in een groep aan mensen met ernstige gedragsproblemen en licht verstandelijke beperking (artikel B.28.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige eerstelijnszorg voor patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (sglvg).
Deze zorg vindt plaats volgens het principe van stepped care en omvat:
 - integratieve, multidisciplinaire diagnostiek van de gedragsproblematiek;
 - multidisciplinaire behandeling van de gedragsproblematiek.
De zorg is gericht op de vergroting van uw competenties, uw steunsysteem en uw professionele netwerk met betrekking tot het leren omgaan met uw beperkingen in het verstandelijk en adaptief functioneren.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor geneeskundige zorg in een groep aan mensen met ernstige gedragsproblemen en licht verstandelijke beperking.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Alle onderstaande medische indicaties of situaties gelden voor u:
 - Er is sprake van kwetsbaarheid in de thuissituatie en (hoog) complexe problematiek.
U bent redelijkerwijs aangewezen op deze zorg omdat u zich steeds minder goed kunt redden en zelf regie kunt nemen.

- U heeft een verstandelijke beperking, één of meer psychiatrische stoornissen en ernstige gedragsproblematiek.
De gedragsproblematiek heeft te maken met de verstandelijke beperking en de psychiatrische stoornis(sen).

Wat zijn de voorwaarden?

- De concrete en haalbare behandeldoelen staan in een individueel behandelplan.
- U woont (nog) thuis.
- U krijgt de zorg in een groep.
De zorg is daarmee een integrale prestatie en kan dus niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht.
- De zorgverlening mag op een andere plaats dan waar de zorgverlener normaal gesproken werkt.
- Onderlinge dienstverlening.
Zorgverleners kunnen onderling afspraken maken en hun diensten verrekenen. Hierdoor kan een uitvoerende zorgverlener zijn zorg in rekening brengen bij een opdrachtgevende zorgverlener. Deze opdrachtgevende zorgverlener is uw eerste aanspreekpunt en coördineert het zorgproces. De opdrachtgevende zorgverlener staat in voor de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts op advies van medisch specialist of regiebehandelaar.
Regiebehandelaar is specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of gedragswetenschapper.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Regiebehandelaar in samenwerking met multidisciplinair team.
De regiebehandelaar is BIG-geregistreerd en verantwoordelijk voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan in samenwerking met andere behandelend zorgverleners. Het multidisciplinair team bestaat uit zorgverleners die volgens deze voorwaarden ook specialistische GGZ mogen verlenen en een arts verstandelijk gehandicapten.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg die onder de Wet Langdurige zorg (Wlz) valt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Huisarts

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Huisartsenzorg voor advies, onderzoek, begeleiding en ketenzorg.
Deze zorg omvat onder andere:
 - gezondheidsadvisering en preventieve zorg bij bijvoorbeeld stoppen met roken (zie artikel 'Stoppen-met-roken'), problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;
 - behandeling;
 - diagnostiek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
 - aanvraag MRI voor indicaties volgens NHG-richtlijnen en standaarden;
 - preconceptiezorg om zo gezond mogelijk te beginnen aan een zwangerschap;
 - ketenzorg als het gaat om:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;

- (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM) bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
- Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijvoorbeeld vaccinaties en entstoffen (voor het inbrengen hiervan geldt geen eigen risico).
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor een MRI, laboratorium-, of diagnostisch onderzoek door ziekenhuis of zelfstandig laboratorium.

Wat zijn de voorwaarden?

- Bij ketenzorg declareert de hoofdaannemer.
Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Wat is ketenzorg?

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden. Consulten kunnen ook via internet plaatsvinden, als hierover in het zorgprogramma afspraken zijn gemaakt.

- Ketenzorg gebeurt volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Huisarts.
Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). De zorg kan ook geleverd worden onder verantwoordelijkheid van een huisarts.
- Zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep.
De zorgverlener (zoals een praktijkondersteuner, verpleegkundige, physician assistant) werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis).

- Huisarts of ander zorgverlener bij ketenzorg.
 - Bij zorg ingeval van astma of CVRM-VVR (verhoogd vasculair risico) is de zorgverlener aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer;
 - Bij zorg ingeval van COPD, DM type II of CVRM-HVZ voldoet de zorgverlener aan de beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Huisartsenzorg voor geneeskundige zorg (artikel B.3.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Huisarts.

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). De zorg kan ook geleverd worden onder verantwoordelijkheid van een huisarts.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor huisartsenzorg voor implanteren of verwijderen van een spiraaltje (IUD) of anticonceptiestaafje (zoals Implanon).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor spiraaltje (IUD) of implanonstaafje zelf (voor het inbrengen of verwijderen geldt geen eigen risico).

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Huisarts.

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). De zorg kan ook geleverd worden onder verantwoordelijkheid van een huisarts.

- Verloskundige.

De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Huisartsenzorg voor koemelkallergie en koemelkallergietest.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Er is sprake van verdenking van koemelkallergie.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener onder verantwoordelijkheid van een jeugdarts. Wij hebben schriftelijke afspraken met de zorgverlener over het uitvoeren van deze test.

Wat krijgt u niet vergoed?

- De testperiode voorafgaand aan de definitieve diagnose.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Huisartsenzorg gericht op tuberculose en infectieziekten (zoals Mantouxtest).
Hierbij kan sprake zijn van verwijzen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden. Er kan ook een Mantouxtest worden gedaan.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor consulten en behandelingen geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijvoorbeeld vaccinaties en entstoffen (voor het inbrengen hiervan geldt geen eigen risico).
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor een MRI, laboratorium-, of diagnostisch onderzoek door ziekenhuis of zelfstandig laboratorium.

Wat zijn de voorwaarden?

- Alleen een gecontracteerde GGD kan een mantouxtest bij tuberculose en infectieziekten (op consultbasis) declareren.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Gekwalificeerde en landelijk geregistreerde arts.
Volgens Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG. Dit is bijvoorbeeld een arts infectieziektenbestrijding in dienst van een GGD.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Mantouxtest bij preventie voor een reis naar het buitenland.
Deze zorg is beschreven in het artikel 'Preventie voor reizen naar buitenland'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft psychische klachten of verslavingsproblemen.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

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

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor huisartsenzorg voor Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een matig verhoogd BMI (gewichtsgelateerd risico, GGR).
Eén van deze situaties geldt voor u:
 - een BMI vanaf 30 kg/m²;
 - een BMI vanaf 25 kg/m² en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus type 2 gebaseerd op de zorgstandaarden CVRM, Obesitas, en Diabetes;
 - een BMI vanaf 25 kg/m² en artrose of slaapapneu.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts eventueel in overleg met specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Leefstijlcoach.
Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN), Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF), Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) of Kwaliteitsregister Paramedici (KP) verleent in afstemming met en terugkoppeling aan de verwijzend zorgverlener de zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

- (Begeleiding bij) bewegen of sporten.
- Dagbehandeling en/of opname.
- Diëtetiek gelijktijdig met Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) bij dezelfde indicatie.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas.
De zorg bestaat uit:
 - de begeleiding en coördinatie onder verantwoordelijkheid van een centrale zorgverlener;
 - een brede anamnese;
Dit is een vraaggesprek om inzicht te krijgen in verschillende factoren die een rol kunnen spelen in het ontstaan of het in stand houden van het overgewicht;
 - organiseren van een domein-overstijgend multidisciplinair overleg (MDO) door de centrale zorgverlener;
Dit is om de doelen van het zorgplan te bespreken;
 - een programma Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) van 2 jaar.
Dit is een programma met advies en begeleiding over
 - gezonde voeding;
 - gezonde eetgewoontes;
 - gezond bewegen.
De GLI is gericht op een gedragsverandering om een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 %, maximaal 3,5 jaar voor zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Uw kind heeft overgewicht of obesitas en ten minste een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR).

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Kinderarts.
- Jeugdarts.
- Jeugdverpleegkundige.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft alleen een akkoordverklaring van ons nodig als de zorg tussentijds is gestopt en het traject later weer opnieuw opgestart moet worden.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Centrale zorgverlener voor de anamnese, coördinatie, begeleiding en nazorg.
Dit is een jeugdverpleegkundige met de opleiding tot centrale zorgverlener. Op onze website kunt u zien bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of u kunt deze bij ons opvragen.
- HBO geschoolde kinderleefstijlcoach voor het GLI programma.
Op onze website kunt u zien bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of u kunt deze bij ons opvragen.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Overstappen naar een GLI traject voor volwassenen als uw kind tijdens het GLI traject 18 jaar wordt.
- Een vervolgtraject GLI voor volwassenen, aansluitend op het GLI traject voor kinderen.
- (Begeleiding bij) bewegen of sporten.
- Diëtetiek gelijktijdig met Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) bij dezelfde indicatie.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Hulpmiddelen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Haarwerk (pruik) (artikel B.17.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Haarwerk (pruik).

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 465,-, maximaal voor haarwerk (pruik).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U lijdt aan gehele of gedeeltelijke kaalheid door een medische aandoening of medische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Haarwerk bij klassieke mannelijke kaalheid (alopecia androgenetica).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (horen).
Het gaat hier om de algemene beschrijving waar meerdere niet concreet beschreven hulpmiddelen ter compensatie van de genoemde functiebeperking onder kunnen vallen.
Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Dat betekent dat het hulpmiddel op basis van objectief en wetenschappelijk onderzoek aantoonbaar en bewezen effectief en doelmatig moet zijn. Voor voorwaardelijke toegelaten zorg geldt een uitzondering, zie artikel 'Voorwaardelijke zorg'.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico voor hulpmiddelen in eigendom. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico behalve voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij dat hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel moet voldoen aan criterium 'stand van wetenschap en praktijk'
Dat betekent dat het hulpmiddel wetenschappelijk bewezen effectief en doelmatig moet zijn.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Onder functionerend hulpmiddel verstaan wij dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruikersinstructie en kunnen batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is.
U moet voortdurend de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel. Vervanging van eventuele batterijen en/of accu komt nooit voor vergoeding in aanmerking.
- U zorgt goed voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen heeft.
U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen of de garantievoorwaarden van de fabrikant of de zorgverlener. Hierdoor zal vervanging binnen de gebruikstermijn niet nodig zijn. Schade (kosten van reparatie of vervanging) die is ontstaan door onjuist gebruik of door uw toerekenbare onachtzaamheid, moet u zelf betalen.
Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.
- Voor informatie, advies en begeleiding kunt u contact opnemen met onze afdeling Medische Beoordelingen.
- Afhankelijk van het hulpmiddel krijgt u dit in bruikleen of in eigendom.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Arts die hiertoe bevoegd is.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel dat wij niet noemen.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel als u niet aan de genoemde voorwaarden voldoet.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- Voor een reservehulpmiddel beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden en of het hulpmiddel verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. In een aantal gevallen is een reservehulpmiddel wenselijk en nodig. Hiervoor moet een medische noodzaak zijn.
Als u een reservehulpmiddel wil aanschaffen bij een zorgverlener die niet gecontracteerd is moet u zelf bij ons een (vervolg)aanvraag voor een akkoordverklaring indienen.

- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Hulpmiddelen die onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen.
- Hulpmiddelen tijdens een opname of een medisch specialistische behandeling.
Zie hiervoor het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- Kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zoals energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen.
- Hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn of die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen vervangen.
Dit zijn hulpmiddelen die geen vaste relatie hebben met een beperking of stoornis of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators, aangepast eetgerei, opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- Hulpmiddelen (of aanpassing daarvan) die alleen of vooral worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)
- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Apps voor doven en slechthorenden om te bellen (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Apps voor doven en slechthorenden om te bellen.
Speciale software voor Total Conversation met reguliere telefoon of smartphone voor beeld- en teksttelefoon functie .

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Wel voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Gesprekskosten.
- Gebruik van de app, zoals een abonnement.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)

Botverankerd hoortoestel met softband (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Botverankerd hoortoestel met softband.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Wel voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).
- Audiologisch centrum.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)

Solo-apparatuur (artikel B.17.8.)**Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Solo-apparatuur.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Wel voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Het audiogram is niet ouder dan 9 maanden.
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.
- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).
- Audiologisch centrum.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)

Wek- en waarschuwingsinstallaties (artikel B.17.8.)**Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Wek- en waarschuwingsinstallaties voor auditief gehandicapten.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Het audiogram is niet ouder dan 9 maanden.
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).
- Audiologisch centrum.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking tot 60dB heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
Tot 55 dB gehoorverlies moet er, naast een schriftelijke aanvraag bij ons met een voorschrift en motivatie KNO-arts of audiologisch centrum, ook een duidelijke motivatie aanwezig zijn waaruit blijkt waarom de voorziening noodzakelijk is, waarom algemeen gebruikelijke voorzieningen niet volstaan en welke voorzieningen zijn geprobeerd.
- Voor de eerste verstrekking van installatie vanaf 60dB beoordeelt een gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes tot en met 17 jaar (artikel B.17.8.)**Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Hoortoestellen en maskeerders.
- Oorstukjes.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes tot en met 17 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hoortoestel is opgenomen in de landelijke hoortoestellendatabase.
U kunt in aanmerking komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, als:
 - er tenminste 2 verschillende toestellen uit deze database uitgetest zijn en
 - er een functioneel voorschrift van het audilogisch centrum is waaruit blijkt dat een toestel van die landelijke database voor u niet voldoet.
- Het audiogram is niet ouder dan 12 maanden.
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.
- U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken.
Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde zorgverlener die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode. Wilt u naar een andere (gecontracteerde) zorgverlener? Neem dan contact met ons op.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Onder functionerend hulpmiddel verstaan wij dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruikersinstructie en kunnen batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is.
U moet voortdurend de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel.
Vervanging van eventuele batterijen en/of accu komt nooit voor vergoeding in aanmerking.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Audiologisch centrum.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- Voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

- Een niet-gecontracteerde zorgverlener is een triage audicien die geregistreerd is bij het StAr of het CvC Audiciensregister.
Deze zorgverlener werkt volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervanging van.
 - batterijen;
 - accu's;
 - accessoires, behalve al deze nodig zijn voor het functioneren van het hulpmiddel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes vanaf 18 jaar (artikel B.17.8.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Hoortoestellen en maskeerders.
- Oorstukjes.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 75 % voor hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 25% van de aanschafkosten.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hoortoestel is opgenomen in de landelijke hoortoestellendatabase.
U kunt in aanmerking komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, als:
 - er tenminste 2 verschillende toestellen uit deze database uitgeprobeerd zijn en
 - er een functioneel voorschrift van het audiologisch centrum is waaruit blijkt dat een toestel van die landelijke database voor u niet voldoet.
- Het audiogram is niet ouder dan 12 maanden.
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.
- U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken.
Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde zorgverlener die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode. Wilt u naar een andere (gecontracteerde) zorgverlener? Neem dan contact met ons op.

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Onder functionerend hulpmiddel verstaan wij dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruikersinstructie en kunnen batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is.
U moet voortdurend de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel.
Vervanging van eventuele batterijen en/of accu komt nooit voor vergoeding in aanmerking.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister als u een hoortoestel draagt en 18 jaar of ouder bent maar jonger dan 67.
- KNO-arts of audiologisch centrum als u geen hoortoestel draagt en 18 jaar of ouder bent maar jonger dan 67.
- Triage-audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC als u 67 jaar of ouder bent.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- Voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen, heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener is een triage audicien die geregistreerd is bij het StAr of het CvC Audiciensregister.

Deze zorgverlener werkt volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervanging van.
 - batterijen;
 - accu's;
 - accessoires, behalve al deze nodig zijn voor het functioneren van het hulpmiddel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Ringleidingen, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en streamers.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- Het audiogram is niet ouder dan 12 maanden.
- Het hulpmiddel moet aangemeten zijn volgens de meest recente versie van het Hoorprotocol.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Audiologisch centrum als u jonger bent dan 18 jaar.
- Triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister als u een hoortoestel draagt en 18 jaar of ouder bent maar jonger dan 67.
- KNO-arts of audiologisch centrum als u geen hoortoestel draagt en 18 jaar of ouder bent maar jonger dan 67.
- Triage-audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC als u 67 jaar of ouder bent.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als er een extra voorziening nodig is.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie.
Het gaat hier om de algemene beschrijving waar meerdere niet concreet beschreven hulpmiddelen ter compensatie van de genoemde functiebeperking onder kunnen vallen.
Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Dat betekent dat het hulpmiddel op basis van objectief en wetenschappelijk onderzoek aantoonbaar en bewezen effectief en doelmatig moet zijn. Voor voorwaardelijke toegelaten zorg geldt een uitzondering, zie artikel 'Voorwaardelijke zorg'.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico voor hulpmiddelen in eigendom. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico behalve voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij dat hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel moet voldoen aan criterium 'stand van wetenschap en praktijk'
Dat betekent dat het hulpmiddel wetenschappelijk bewezen effectief en doelmatig moet zijn.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U zorgt goed voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen heeft.
U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen of de garantievoorwaarden van de fabrikant of de zorgverlener. Hierdoor zal vervanging binnen de gebruikstermijn niet nodig zijn. Schade (kosten van reparatie of vervanging) die is ontstaan door onjuist gebruik of door uw toerekenbare onachtzaamheid, moet u zelf betalen.
Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.

- Voor informatie, advies en begeleiding kunt u contact opnemen met onze afdeling Medische Beoordelingen.
- Afhankelijk van het hulpmiddel krijgt u dit in bruikleen of in eigendom.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Arts die hiertoe bevoegd is.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel dat wij niet noemen.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel als u niet aan de genoemde voorwaarden voldoet.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- Voor een reservehulpmiddel beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden en of het hulpmiddel verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. In een aantal gevallen is een reservehulpmiddel wenselijk en nodig. Hiervoor moet een medische noodzaak zijn.
Als u een reservehulpmiddel wil aanschaffen bij een zorgverlener die niet gecontracteerd is moet u zelf bij ons een (vervolg)aanvraag voor een akkoordverklaring indienen.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Hulpmiddelen die onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen.
- Hulpmiddelen tijdens een opname of een medisch specialistische behandeling.
Zie hiervoor het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- Kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zoals energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen.
- Hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn of die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen vervangen.
Dit zijn hulpmiddelen die geen vaste relatie hebben met een beperking of stoornis of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators, aangepast eetgerei, opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- Hulpmiddelen (of aanpassing daarvan) die alleen of vooral worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)
- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Spoelapparatuur voor anaal-spoelen en toebehoren (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Spoelapparatuur voor anaal-spoelen en toebehoren.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Er moet sprake zijn van een medische indicatie.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing met medische diagnose van de behandelend arts nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- Voor de eerste verstrekking van spoelapparatuur in een bijzondere uitvoering heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Incontinentiemateriaal (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Incontinentiemateriaal.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U bent 3 of 4 jaar oud en heeft een niet-fysiologische (niet-natuurlijke) vorm van incontinentie.
 - U bent 5 jaar of ouder en heeft langdurig of chronisch ongewild verlies van urine of ontlasting.
Deze incontinentie geneest niet binnen korte tijd vanzelf en kan niet binnen redelijke tijd voldoende behandeld worden. Ook bekkenbodemspieroefeningen of blaastrainingen (bekkenbodetherapie) helpen niet.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- Als bekkenbodetherapie zou kunnen helpen bij uw vorm van incontinentie dan is vergoeding pas mogelijk op het moment dat u met deze therapie start.
Afhankelijk van de aard van de incontinentie, kan bekkenbodetherapie uw klachten verhelpen. Absorberende incontinentiematerialen die u op uw lichaam draagt kunnen we akkoord geven als u ook daadwerkelijk bereid bent deze therapie te volgen. Het moet dan wel gaan om situaties waarin het volgen van deze therapie redelijkerwijs van u verlangd mag worden. Bent u hier niet toe bereid dan bent u niet aangewezen op incontinentiemateriaal want dan is dit niet doelmatig.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Physician assistant.
- Verpleegkundig specialist Master niveau 6.
- UCS verpleegkundige HBO 5.
Deze zorgverlener mag een verwijsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.
- Continentieverpleegkundige MBO 4.
Deze zorgverlener mag een verwijsbrief schrijven, maar mag niet de aard van de behandeling bepalen.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- Voor de eerste levering voor kinderen tussen de 3 en 5 jaar oud heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.

- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Schoonmaak- en geurmiddelen.
- Huidbeschermende middelen.
- Kleding (behalve netbroekjes).
- Plaswekker voor behandeling van enuresis nocturna (nachtelijk bedplassen).
- Beschermende onderleggers (behalve bij een bijzondere individuele zorgvraag).
- Incontinentiemateriaal bij enuresis nocturna (nachtelijk bedplassen).
- Incontinentiemateriaal bij kortdurende incontinentie.
Bijvoorbeeld na een operatie, zwangerschap of blaasontsteking.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Stomavoorzieningen (artikel B.17.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Stomavoorzieningen.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist.
- Stomaverpleegkundige.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.

- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft minimaal SEMH certificaat onderdeel stoma.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Schoonmaak- en geurmiddelen.
- Kleding.
- Beschermende onderleggers (behalve bij een bijzondere individuele zorgvraag).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Orthopedische schoenen tot en met 15 jaar (artikel B.17.10.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthopedische schoenen.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 15 jaar: vergoeding van 100 % voor orthopedische schoenen tot en met 15 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 65,- per paar.
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Bij laagcomplexe zorg: huisarts of podotherapeut.
- Bij hoogcomplexe zorg: orthopedisch chirurg, revalidatiearts, reumatoloog, specialist ouderengeneeskunde, physician assistant of verpleegkundig specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij vervanging binnen de gebruikstermijn.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor voorlopige orthopedische schoenen (VLOS).
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij overige aanpassingen aan gewone (confectie)schoenen (OVAC) boven de € 400,-.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens de Erkenningsregeling Orthopedische SchoenTechnische Bedrijven (OSTB).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Werkschoenen.
- Hulpmiddelen die alleen bij sporten gebruikt worden.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Orthopedische schoenen vanaf 16 jaar (artikel B.17.10.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthopedische schoenen.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 16 jaar: vergoeding van 100 % voor orthopedische schoenen vanaf 16 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 130,- per paar.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Bij laagcomplexiteit: huisarts of podotherapeut.
- Bij hoogcomplexiteit: orthopedisch chirurg, revalidatiearts, reumatoloog, specialist ouderengeneeskunde, physician assistant of verpleegkundig specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij vervanging binnen de gebruikstermijn.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor voorlopige orthopedische schoenen (VLOS).
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij overige aanpassingen aan gewone (confectie)schoenen (OVAC) boven de € 400,-.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens de Erkenningregeling Orthopedische SchoenTechnische Bedrijven (OSTB).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Werkschoenen.
- Hulpmiddelen die alleen bij sporten gebruikt worden.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Contactlenzen, scleralenzen, bandagelenzen en gekleurde en ingekleurde contactlenzen bij pathologische myopie tot en met 17 jaar (artikel B.17.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Contactlenzen.

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

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor contactlenzen, scleralenzen, bandagelenzen en gekleurde en ingekleurde contactlenzen bij pathologische myopie tot en met 17 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 61,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing.
- Wettelijke eigen bijdrage € 122,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing.
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste –6 dioptrieën.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing met medische diagnose van een oogarts nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking van bandagelenzen of contactlenzen bij bepaalde indicaties heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
Uw zorgverlener informeert u hier verder over.
- Voor de eerste levering van scleralenzen, gekleurde en ingekleurde contactlenzen beoordeelt een gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

- Een niet-gecontracteerde zorgverlener moet een opticien zijn met een diploma contactlensspecialist of optometrist.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Contactlenzen, scleralenzen, bandagelenzen en gekleurde en ingekleurde contactlenzen bij een medische aandoening of trauma (artikel B.17.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor contactlenzen, scleralenzen, bandagelenzen en gekleurde en ingekleurde contactlenzen bij een medische aandoening of trauma.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 61,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing.
- Wettelijke eigen bijdrage € 122,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een medische aandoening of trauma waarbij met lenzen meer verbetering mogelijk is dan met brillenglazen.Het gaat om verbetering in gezichtsscherpte of kwaliteit van visus.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing met medische diagnose van een oogarts nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking van bandagelenzen of contactlenzen bij bepaalde indicaties heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
Uw zorgverlener informeert u hier verder over.
- Voor de eerste levering van scleralenzen, gekleurde en ingekleurde contactlenzen beoordeelt een gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Brillenglazen en filterglazen tot en met 17 jaar (artikel B.17.11.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor brillenglazen en filterglazen tot en met 17 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 61,- per kalenderjaar bij eenzijdige aanpassing.
- Wettelijke eigen bijdrage € 122,- per kalenderjaar bij tweezijdige aanpassing.
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een indicatie voor lenzen, maar dragen van lenzen is niet wenselijk omdat sprake is van:

- een indicatie voor lenzen (bij een pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën) maar het dragen van lenzen heeft niet de voorkeur; óf
- ondergane operatie aan één of beide ogen vanwege een lensafwijking; óf
- een zuivere accommodatieve esotropie.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing met medische diagnose van een oogarts nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Brilmontuur.
- Meekleurende glazen, zonnebrilglazen.
- Bewerkingen van het glas zoals coatings en ontspiegeling.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (artikel B.17.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden.
Het gaat hier om de algemene beschrijving waar meerdere niet concreet beschreven hulpmiddelen ter compensatie van de genoemde functiebeperking onder kunnen vallen.
Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Dat betekent dat het hulpmiddel op basis van objectief en wetenschappelijk onderzoek aantoonbaar en bewezen effectief en doelmatig moet zijn. Voor voorwaardelijke toegelaten zorg geldt een uitzondering, zie artikel 'Voorwaardelijke zorg'.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 20 jaar: vergoeding van 100 % voor hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico voor hulpmiddelen in eigendom. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico behalve voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij dat hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel moet voldoen aan criterium 'stand van wetenschap en praktijk'
Dat betekent dat het hulpmiddel wetenschappelijk bewezen effectief en doelmatig moet zijn.
- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U zorgt goed voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen heeft.
U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen of de garantievoorwaarden van de fabrikant of de zorgverlener. Hierdoor zal vervanging binnen de gebruikstermijn niet nodig zijn. Schade (kosten van reparatie of vervanging) die is ontstaan door onjuist gebruik of door uw toerekenbare onachtzaamheid, moet u zelf betalen.
Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.
- Voor informatie, advies en begeleiding kunt u contact opnemen met onze afdeling Medische Beoordelingen.
- Afhankelijk van het hulpmiddel krijgt u dit in bruikleen of in eigendom.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Arts die hiertoe bevoegd is.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel dat wij niet noemen.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel als u niet aan de genoemde voorwaarden voldoet.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- Voor een reservehulpmiddel beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden en of het hulpmiddel verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
In een aantal gevallen is een reservehulpmiddel wenselijk en nodig. Hiervoor moet een medische noodzaak zijn.
Als u een reservehulpmiddel wil aanschaffen bij een zorgverlener die niet gecontracteerd is moet u zelf bij ons een (vervolg)aanvraag voor een akkoordverklaring indienen.

- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Hulpmiddelen die onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen.
- Hulpmiddelen tijdens een opname of een medisch specialistische behandeling.
Zie hiervoor het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- Kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zoals energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen.
- Hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn of die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen vervangen.
Dit zijn hulpmiddelen die geen vaste relatie hebben met een beperking of stoornis of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators, aangepast eetgerei, opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- Hulpmiddelen (of aanpassing daarvan) die alleen of vooral worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)
- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Pessaria en koperhoudende spiraaltjes (artikel B.17.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Pessaria en koperhoudende spiraaltjes.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 20 jaar: vergoeding van 100 % voor pessaria en koperhoudende spiraaltjes.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Uw huisarts plaatst het pessarium of koperhoudend spiraaltje.
Als een medisch specialist het hulpmiddel plaatst, valt het onder het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Hulpmiddelen bij controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.
Het gaat hier om de algemene beschrijving waar meerdere niet concreet beschreven hulpmiddelen ter compensatie van de genoemde functiebeperking onder kunnen vallen.
Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Dat betekent dat het hulpmiddel op basis van objectief en wetenschappelijk onderzoek aantoonbaar en bewezen effectief en doelmatig moet zijn. Voor voorwaardelijke toegelaten zorg geldt een uitzondering, zie artikel 'Voorwaardelijke zorg'.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico voor hulpmiddelen in eigendom. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico behalve voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij dat hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het hulpmiddel moet voldoen aan criterium 'stand van wetenschap en praktijk'
Dat betekent dat het hulpmiddel wetenschappelijk bewezen effectief en doelmatig moet zijn.

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U zorgt goed voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen heeft.
U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen of de garantievoorwaarden van de fabrikant of de zorgverlener. Hierdoor zal vervanging binnen de gebruikstermijn niet nodig zijn. Schade (kosten van reparatie of vervanging) die is ontstaan door onjuist gebruik of door uw toerekenbare onachtzaamheid, moet u zelf betalen.
Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.
- Voor informatie, advies en begeleiding kunt u contact opnemen met onze afdeling Medische Beoordelingen.
- Afhankelijk van het hulpmiddel krijgt u dit in bruikleen of in eigendom.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Arts die hiertoe bevoegd is.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel dat wij niet noemen.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel als u niet aan de genoemde voorwaarden voldoet.
Wij beoordelen op grond van de aanvraag of wij het hulpmiddel in uw situatie toch vergoeden. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie van u nodig hebben.
- Voor een reservehulpmiddel beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden en of het hulpmiddel verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
In een aantal gevallen is een reservehulpmiddel wenselijk en nodig. Hiervoor moet een medische noodzaak zijn.
Als u een reservehulpmiddel wil aanschaffen bij een zorgverlener die niet gecontracteerd is moet u zelf bij ons een (vervolg)aanvraag voor een akkoordverklaring indienen.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Hulpmiddelen die onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen.

- Hulpmiddelen tijdens een opname of een medisch specialistische behandeling.
Zie hiervoor het artikel 'Medisch specialistische zorg'.
- Kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zoals energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen.
- Hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn of die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen vervangen.
Dit zijn hulpmiddelen die geen vaste relatie hebben met een beperking of stoornis of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators, aangepast eetgerei, opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- Hulpmiddelen (of aanpassing daarvan) die alleen of vooral worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)
- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Flash Glucose Monitoring (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Flash Glucose Monitoring.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft diabetes mellitus type 1.
 - U heeft diabetes mellitus type 2 met een intensief insulineschema.
 - U heeft diabetes mellitus type 2 en bent zwanger.
U gebruikt wel insuline maar heeft geen intensief insulineschema.
 - U heeft preconceptionele diabetes type 2 en een zwangerschapswens.
U gebruikt wel insuline maar heeft geen intensief insulineschema.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Kinderarts.
- Internist.
- Endocrinoloog.
- Diabetoloog.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Real time Continue Glucose Monitoring (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Real time Continu Glucose Monitoring.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Kinderarts.

- Internist.
- Endocrinoloog.
- Diabetoloog.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Insulinepomp met toebehoren (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Insulinepomp met toebehoren.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico voor hulpmiddelen in eigendom. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico behalve voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij dat hulpmiddel.

Wat zijn de voorwaarden?

- Afhankelijk van het hulpmiddel krijgt u dit in bruikleen of in eigendom.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Kinderarts.
- Internist.
- Endocrinoloog.
- Diabetoloog.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerd zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.

- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervanging van.
 - batterijen;
 - accu's;
 - accessoires, behalve al deze nodig zijn voor het functioneren van het hulpmiddel.
- Pomphouder, pomptasje of beschermhoesje.
U krijgt dit bij eerste levering, daarna is het voor eigen rekening of is het service van de productleverancier.
- Een nieuw hulpmiddel binnen de gebruikstermijn omdat er nieuwe technische ontwikkelingen zijn.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

- [Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)
- [Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Diabetes materialen (artikel B.17.19.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Diabetes-materiaal:
 - apparatuur voor zelf bloedafname + bijhorende lancetten;
 - bloedglucosemeter + bijbehorende teststrips;
 - injectiemateriaal (prikpen);
 - een aangepaste uitvoering.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U bent insuline afhankelijk of nagenoeg uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Bloedglucosemeters moeten voldoen aan de eisen uit het consensusdocument kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet diabetes hulpmiddelen.

- Het hulpmiddel is doelmatig en passend voor uw individuele situatie.
Er moet een indicatie voor de zorg zijn. Daarbij mag de zorg niet onnodig duur of onnodig uitgebreid zijn, want dan is deze zorg voor uw situatie niet doelmatig. De zorgverlener let op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen en houdt hiervoor een zorgplan bij.

Ondoelmatige zorg valt niet onder uw basisverzekering, óók niet als u die voor een deel zelf betaalt.

- U heeft recht op een functionerend hulpmiddel.
Dit betekent dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf hoort een gebruiksinstructie en kunnen toebehoren nodig zijn voor het functioneren.
Om van een functionerend en adequaat hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet steeds de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel; de zorgverlener stelt vast of dit zo is.
- U krijgt dit hulpmiddel in eigendom; u bent de eigenaar.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Kinderarts.
- Internist.
- Endocrinoloog.
- Diabetoloog.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking beoordeelt de gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.
Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in eigendom](#) (begrippen)

Persoonlijke alarmeringsapparatuur (artikel B.17.23.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Persoonlijke alarmeringsapparatuur.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt geen eigen risico. Wel voor kosten van het gebruik en verbruiksartikelen bij het hulpmiddel.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- U krijgt dit hulpmiddel in bruikleen.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Behandelend arts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Voor de eerste verstrekking heeft u een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft altijd een akkoordverklaring van ons nodig als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Als u een hulpmiddel wil laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dit geldt dus ook voor reparatie, vervanging of vervolglevering van uw hulpmiddel door een niet-gecontracteerd zorgverlener.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft het certificaat Ketenkeurmerk Persoonsgebonden Alarmeringsdiensten.

Deze zorgverlener is volgens dit keurmerk van WDTM-QAEH gecertificeerd voor minimaal de rol van Aanbieder. Hij werkt samen met partijen die gecertificeerd zijn voor de rol van Leverancier (fabrikant), Installateur en Zorgcentrale binnen dit keurmerk. Deze samenwerking is contractueel vastgelegd en aantoonbaar aan ons.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Abonnementskosten van de alarmcentrale.
- De alarmeringsapparatuur als u een Wlz-indicatie heeft.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zie ook:

[Hulpmiddelen in bruikleen](#) (begrippen)

Kortdurend verblijf in een instelling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Kortdurend verblijf in een instelling (artikel B.27.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Kortdurend verblijf en eerstelijns zorg in een instelling.
Het verblijf is medisch noodzakelijk. Het gaat hierbij om deze zorg:
 - verpleging en verzorging;
 - geneeskundige zorg inclusief eerstelijns diagnostiek;
 - fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek of ergotherapie die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

De zorg is gericht op herstel en terugkeer naar huis behalve als sprake is van palliatief terminale zorg.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 %, maximaal 3 maanden, verlenging is mogelijk als het doel hiervan is onderbouwd in een zorgplan voor kortdurend verblijf in een instelling.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een acuut aantoonbaar risico op gezondheidsverlies en u kunt tijdelijk niet thuis blijven.

Wat zijn de voorwaarden?

- Medicijnen en dieetpreparaten tijdens dit verblijf vergoeden wij volgens de artikelen 'Medicijnen' en 'Dieetpreparaten'

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- De indicatiestelling doet de huisarts samen met de wijkverpleegkundige.
Daarbij hebben zij overleg met de specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

- **Specialist ouderengeneeskunde.**
De zorg wordt geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde. Dit is een arts die als specialist ouderengeneeskunde is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C. of in de praktijk van de medisch specialist.
- **Arts verstandelijk gehandicapten.**
Dit is een arts die als arts verstandelijk gehandicapten is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- **Verzorgende of verpleegkundige.**
In afstemming met de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.
- **Paramedicus verleent paramedische zorg.**
Paramedicus kan zijn: fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, oedeemtherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Een voor verpleging en persoonlijke verzorging toegelaten instelling volgens de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).
Deze instelling heeft ten minste één medewerker met een AGB-code 'Verpleegkundige niveau 4 of 5' in dienst.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Zorg op grond van de Jeugdwet, Wlz en/of Wmo.
Bijvoorbeeld als sprake is van respijtzorg of als u met een Wlz-indicatie uw zorg in een geclusterde woonvorm krijgt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Logopedie en stottertherapie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Logopedie (artikel B.10.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Logopedie.
De logopedie heeft een geneeskundig doel en leidt tot verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen. Hieronder valt ook de behandeling van stotteren.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing nodig als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
De verwijzing moet worden opgesteld door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist, klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum, of verpleegkundig specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als meerdere behandelingen op één dag nodig zijn.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Logopedist.
Uw zorgverlener heeft als logopedist de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Logopedist die aangesloten is bij ParkinsonNet.
De logopedist moet hierbij aangesloten zijn als u de zorg krijgt omdat u de diagnose ziekte van Parkinson heeft.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Stottertherapie volgens de methode Del Ferro, B.O.M.A., Hausdörfer Instituut voor Natuurlijk Spreken.
- Behandeling met een onderwijskundig doel.
- Behandeling of onderzoek dat te maken heeft met dyslexie.
- Behandeling van taalontwikkelingsstoornis en/of articulatieprobleem in verband met anderstaligheid en dialect.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medicijnen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Medicijnen uit het GVS (artikel B.15.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medicijnen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).
Het gaat om het leveren van de medicijnen en de advisering en begeleiding die daarbij hoort. De minister van VWS bepaalt welke farmaceutische zorg en medicijnen voor vergoeding in aanmerking komen en welke voorwaarden er gelden. Deze minister heeft het GVS opgesteld. In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt. De zorgverzekeraar mag randvoorwaarden stellen aan de zorg.
Het GVS bestaat uit geregistreerde medicijnen uit bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering:
 - Bijlage 1A en 1B van het GVS: Bijlage 1A zijn geregistreerde medicijnen die onderling vervangbaar zijn, en bijlage 1B zijn geregistreerde medicijnen die niet onderling vervangbaar zijn.
Onderling vervangbare medicijnen zijn medicijnen die
 - op dezelfde manier worden toegediend; en
 - bij soortgelijke indicatie worden ingezet; en
 - in het algemeen voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

Niet onderling vervangbare medicijnen hebben andere eigenschappen. De werking en de indicatie waarbij u het middel gebruikt zijn bijvoorbeeld anders. Deze medicijnen hebben geen eigen bijdrage.

- Bijlage 2 van het GVS zijn geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden. Bijvoorbeeld voor de indicatie. Deze Bijlage 2-medicijnen en voorwaarden wijzigt de minister van VWS regelmatig. Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.znformulieren.nl
- Bijlagen 1 en 2 vindt u op wetten.overheid.nl in de Regeling zorgverzekering. (zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2).
- Er bestaat ook een bijlage 3. Dat zijn magistrale bereidingen. Deze zijn beschreven in het artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt'.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250.

Voorbeeld berekening eigen bijdrage.

Sommige medicijnen worden door de GVS-limiet niet volledig vergoed. Het niet vergoede deel is de wettelijke eigen bijdrage.

Uw medicijn kost bijvoorbeeld € 100,- waarvan € 25,- een eigen bijdrage is. De overige € 75,- wordt verrekend met uw eigen risico. Als u het medicijn vaker nodig heeft (en u geen andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), heeft u in totaal maximaal 10 keer deze eigen bijdrage:
 $10 \times € 25,- = € 250,-$. Na 10 keer in één jaar worden de volledige kosten van het medicijn (€ 100,-) verrekend met een eventueel nog openstaand eigen risico.

Als de basisverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt worden de al ingediende rekeningen naar evenredigheid herberekend en afgerond op hele euro's. U betaalt dan alleen een evenredig deel van de wettelijke eigen bijdrage voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep.

Voorbeeld van herberekening:

- U bent op 1 januari bij ons verzekerd en uw verzekering eindigt op 1 maart. In die periode heeft u in totaal € 50,- aan eigen bijdragen GVS- medicijnen betaald.
- Een jaar heeft 365 dagen. 1 januari tot en met 1 maart heeft 61 dagen
- $€ 250,- : 365 = € 0,6849$ eigen bijdrage per dag
- $€ 0,6849 \times 61 \text{ dagen} = € 41,78$. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 42,-.
- U heeft al € 50,- betaald. $€ 50,- \text{ minus } € 42,- = € 8,-$. U krijgt dus van ons € 8,- terug.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.
- U betaalt geen eigen risico voor een voorkeursmedicijn waarvan de werkzame stof, het merk en het Z-index nummer op onze Lijst Voorkeursgeneesmiddelen staan.
- U betaalt geen eigen risico als het gaat om middelen bij een Stoppen-met-roken programma; zie artikel 'Stoppen-met-roken'

Wat zijn de voorwaarden?

- Er geldt een maximale vergoeding voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen (bijlage 1A).

Een arts kan voor u kiezen uit twee of meer onderling vervangbare medicijnen. De overheid heeft voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen een maximum vergoeding vastgesteld. Is uw voorgeschreven middel uit die groep duurder? Dan moet u de meerprijs als 'eigen bijdrage' zelf betalen.

- Binnen de groep van onderling vervangbare medicijnen (bijlage 1A) bent u alleen verzekerd voor voorkeursgeneesmiddelen.

Binnen de groep onderling vervangbare medicijnen uit het GVS (bijlage 1A), wijzen wij op basis van de beste prijs één of meerdere geneesmiddelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursgeneesmiddel.

De werkzame stof in een medicijn bepaalt de werking van een medicijn. Vaak zijn er meerdere medicijnen met dezelfde werkzame stof. Deze medicijnen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof beschikbaar voor u. Onze voorkeursmedicijnen staan op de 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen' op onze website. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. Als wij dit doen plaatsen wij een bericht op onze website.

- Het voorkeursbeleid geldt ook als u in Nederland woont maar uw medicijnen liever in het buitenland koopt, bijvoorbeeld omdat u in de grensstreek woont.
- Vergoeding van een ander middel dan een voorkeursgeneesmiddel kan alleen als dat medisch noodzakelijk is.

Als uw arts vindt dat behandeling met een door ons aangewezen geneesmiddel (van de 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen') medisch niet verantwoord is, kan hij dat op het recept aangeven met 'Medische Noodzaak'.

U kunt andere bijwerkingen hebben van, of een intolerantie hebben voor het zelfde medicijn, maar dan van een andere fabrikant. Dit kan komen door bijvoorbeeld bepaalde hulpstoffen zoals kleurstoffen of vulmiddelen. Deze bijwerkingen kunnen na een paar dagen over gaan. Als na gebruik van 15 dagen de onacceptabele bijwerkingen niet over zijn, moet u contact opnemen met uw apotheker. Uw apotheker onderzoekt eventueel samen met uw arts, of het voorkeursgeneesmiddel voor u misschien niet geschikt is vanwege onacceptabele bijwerkingen.

Uw arts bepaalt of het nodig is dat u een ander medicijn uit het GVS gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. U heeft dan recht op een ander medicijn met dezelfde werkzame stof, geschikte sterkte en manier van toedienen, dat niet onnodig duur mag zijn. Dit is meestal niet het originele merkmedicijn.

Uw apotheker toetst wel het recept met Medische Noodzaak. Op grond van artikel 2.8 lid 4 van het Besluit zorgverzekering heeft u dan recht op vergoeding van het medicijn dat door uw arts voorgeschreven is.

- Levering van medicijnen mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie ze zijn bestemd. Dit mag ook zijn verzorger zijn, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening.
- Algemene advisering en begeleiding maakt onderdeel uit van de levering van uw medicijn.

Het gaat hierbij ten minste om:

- het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (eerste uitgifte) of een extra begeleiding als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt heeft;
- uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
- farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.
- Voor kosten van de dienstverlening van de apotheek geldt altijd eigen risico, ook als het een voorkeursmedicijn is.

Het gaat hierbij om:

- de terhandstelling: samenstellen en controleren van uw medicijn als u het ophaalt of laat bezorgen;
- het begeleidingsgesprek: uitleg over het gebruik van uw medicijn als u een nieuw medicijn krijgt of als u een medicijn langer dan 12 maanden niet heeft gebruikt;
- extra kosten, bijvoorbeeld als de apotheker uw medicijn zelf moet maken of als het gaat om deellevering of weekend- of avondtarief.
- Wat als uw voorkeursmedicijn niet leverbaar is?

Dan zorgt uw apotheek ervoor dat u een ander medicijn met dezelfde werkzame stof krijgt. U betaalt voor dit medicijn wel eigen risico.

- Medicijnen moeten worden geleverd op recept (behandelvoorstel) voor een bepaalde periode. Een recept geldt voor een bepaalde periode die per medicijn(groep) anders kan zijn. Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.
De leveringsperiodes die per recept (behandelvoorstel) gelden, zijn:
 - 15 dagen of de kleinste verpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
 - 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
 - 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
 - maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
 - 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
 - 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
 - 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.
- Deellevering per twee, drie of vier weken is mogelijk bij aantoonbare medische noodzaak. Dit kan dan alleen als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven en niemand het medicijnbeheer van u kan overnemen.
Dit heet een geïndividualiseerde distributievorm (gdv) of medicijnrol: een medicatiezakje waarin een of meer medicijnen zitten die op een bepaald moment van de dag ingenomen moeten worden. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol.
- Als u medicijnen op recept in het buitenland moet kopen gelden al deze voorwaarden:
 - de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn moeten zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
 - vergoeding vindt plaats volgens de Nederlandse vergoedingslimiet;
 - rekeningen van medicijnen moeten leesbaar en volledig zijn;
 - staat de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Dan moet u ook de bijsluiter, het doosje of etiketten (mag ook een foto zijn) opsturen samen met de rekening.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- GGD arts gespecialiseerd in infectieziekten.
- Kaakchirurg.
- Tandarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Physician assistant.
Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de physician assistant verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.
- Verpleegkundig specialist met aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid.
Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.
- Verloskundige, rekening houdend met voorschrijfbevoegdheid en deskundigheidsgebied.
De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u via wetten.overheid.nl op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.
- Een van bovenstaande zorgverleners in het buitenland.
Deze zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land voor zijn beroep gelden.

- U heeft geen herhaalrecept nodig voor anticonceptie medicijnen.
Voor anticonceptie in tabletvorm geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Voor deze medicijnen heeft u maar één keer een recept nodig. Onder uw basisverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden nodig is. Als het middel, de sterkte of het gebruik van het middel verandert, heeft u wel een nieuw recept nodig.
- U heeft geen herhaalrecept nodig voor insuline.
Voor insuline bij diabetes geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Voor deze medicijnen heeft u maar één keer een recept nodig. Onder uw basisverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden nodig is. Als het middel, de sterkte of het gebruik van het middel verandert, heeft u wel een nieuw recept nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor sommige medicijnen uit Bijlage 2.
 - Sommige medicijnen (werkzame bestanddelen) uit Bijlage 2 moeten wij beoordelen. U vindt deze medicijnen op onze website.
Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.zn.nl/formulieren. Daar staan ook de medicijnen die uw apotheek beoordeelt.
 - Voor veel Bijlage 2 medicijnen kan uw behandelend arts een artsenverklaring invullen. Uw apotheek beoordeelt dan of u recht heeft op vergoeding. Uw arts kan op onze site voor zorgverleners meer informatie hierover vinden.
- Heeft u bezwaar tegen beoordeling door uw apotheek?
Als u niet wil dat de beoordeling door uw apotheker of leverancier gebeurt dan kunt u, met vermelding van uw bezwaar, de verklaring van uw voorschrijver rechtstreeks naar onze afdeling Medische Beoordelingen sturen.
- Als wij u een akkoordverklaring geven dan is er vergoeding mogelijk vanaf de datum dat wij de aanvraag hebben ontvangen.
Het is dus belangrijk dat u de akkoordverklaring aanvraagt voordat u met de medicijnen begint. Een aanvraag voor vergoeding is geen garantie voor een akkoordverklaring.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Apotheek.
Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apotheekhoudend (huis)arts.
Dit is een (huis)arts die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apotheker of apotheekhoudend (huis)arts in het buitenland.
Deze zorgverlener heeft in het betreffende land een vergunning om geneesmiddelen te leveren en voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land voor zijn beroep gelden.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Medicijnen die gebruikt worden voor andere indicaties dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
En als niet aan de nadere voorwaarden wordt voldaan.
- Medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik.
Of medicijnen die onderdeel zijn van medisch specialistische zorg. Deze vallen onder 'Medisch specialistische zorg'.
- Een medicijn waarvoor wij geen voorkeur hebben terwijl er een gelijkwaardig en geschikt medicijn is dat wel op de Lijst Voorkeursgeneesmiddelen staat.

- Niet-geregistreerde medicijnen.
Een apotheekbereiding (magistrale bereiding) of een medicijn dat wel geregistreerd is in het buitenland kan onder bepaalde voorwaarden wel voor vergoeding in aanmerking komen. Deze medicijnen staan in het artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt' en in het artikel 'Medicijnen uit het buitenland'.
- Een medicijn dat (bijna) gelijk is aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald.
Zie artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt'.
- Medicijnen (en voorlichting en advies) uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland.
- Zelfzorggeneesmiddelen (en voorlichting en advies) en intramurale medicijnen.
Dit voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen.
Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het artikel 'Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie' bij kappenbril en ptosisbril.
- Medicijnen waarbij na falen van toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling.
Het gaat om hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvormen met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.
- Medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden.
Bijvoorbeeld medicijnen die onder de aanspraak van Jeugdwet, Wlz, Wmo, overheidsfinanciering of subsidieregeling vallen.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen.
Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om.
Dit wordt wel vergoed als sprake is van een spoedeisende situatie.
- Wettelijke eigen bijdragen voor medicijnen uit het GVS.
Deze vallen onder artikel 'Medicijnen wettelijke eigen bijdrage' uit een aanvullende verzekering.
- Levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn.
- Instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen als de hulpmiddelen niet geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten.
- Medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet.
- Alternatieve medicijnen.
Bijvoorbeeld homeopathische en antroposofische medicijnen. Deze vallen onder het artikel 'Alternatieve en psychosociale zorg'.
- Esketamine neusspray (Spravato).
Dit valt onder het artikel 'Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medicatiebeoordeling (artikel B.15.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medicatiebeoordeling (periodieke evaluatie).
- Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep.
Afhankelijk van de afspraken die wij met uw apotheek hebben gemaakt, bent u ook verzekerd voor 'Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep' en de facultatieve prestaties farmaceutische zorg conform de NZa beleidsregel:
 - Therapietrouwverbetering bij patiënten met astma/COPD;
 - Medicatieoptimalisatie en begeleiding bij patiënten met complexe farmaceutische zorg;
 - Begeleidingsgesprek chronische UR (Uitsluitend Recept)-medicijnen;

- Begeleidingsgesprek Astma en/of COPD-medicijnen.

Wat is uw vergoeding?

- Zo nodig vaker: vergoeding van 1 keer per 12 maanden voor medicatiebeoordeling.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U gebruikt meerdere medicijnen chronisch en er is een medische en farmaceutische noodzaak.

Wat zijn de voorwaarden?

- U gebruikt meerdere medicijnen chronisch.
- De zorgverlener die het behandelvoorstel doet, heeft de medische en farmaceutische noodzaak vastgesteld.
De criteria hiervoor kunt u vinden in de richtlijn Medicatiebeoordeling van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie op www.knmp.nl.
- Een medicatiebeoordeling heeft betrekking op medicijnen die voldoen aan de voorwaarden voor medicijnen die zijn opgenomen in het GVS.
Als u daarnaast ook medicijnen gebruikt die niet aan deze voorwaarden voldoen, worden deze inhoudelijk wel meegenomen in de medicatiebeoordeling.
- Medicatiebeoordeling gebeurt in samenspraak met u, uw behandelend arts en de overige betrokken zorgverleners.
- De zorgverlener moet de geldende NZa Prestatiebeschrijving en de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen volgen.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Apotheker.
- Apotheekhoudend huisarts.
- Medisch specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als niet wordt voldaan aan de algemene voorwaarden voor medicatiebeoordeling maar als u om andere medische of farmaceutische redenen wel behoefte heeft aan een medicatiebeoordeling.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Apotheker of apotheekhoudend huisarts met opleiding Medicatiebeoordeling.
Apotheker of apotheekhoudend huisarts die een door ons als voldoende beoordeelde, aanvullende opleiding met goed gevolg heeft afgerond voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling.
De zorg vindt plaats in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medicijnen die de apotheek zelf maakt (artikel B.15.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medicijnen die de apotheek zelf maakt (magistrale bereidingen).
Het gaat om niet-geregistreerde medicijnen die door een apotheker op individueel recept zijn gemaakt. Uw arts schrijft een medicijn voor dat de apotheek speciaal voor u maakt. Dat heet een magistrale bereiding.
Het kan ook gaan om een niet-geregistreerd medicijn dat uw apotheker door een andere apotheek laat maken. Dat noemen wij een 'doorgeleverde bereiding'.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250 als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Een bestaand medicijn is niet geschikt voor u omdat bijvoorbeeld de sterkte of vorm niet geschikt is voor u of de werkzame stof is niet als geregistreerd middel beschikbaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een geregistreerd medicijn dat niet is opgenomen in het GVS vergoeden wij alleen als dat bij ministeriële regeling is bepaald.
De minister kan een geneesmiddel aanwijzen als het gaat om:
 - een bereiding in de overbruggingstijd. Het medicijn is dan wel aangemeld maar er is nog geen besluit genomen over opname in het GVS.;
 - een medicijn dat niet in het GVS wordt opgenomen omdat het te duur is terwijl de bereiding wel een acceptabele prijs heeft.
- Er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie.
Dit betekent dat het medicijn moet voldoen aan al deze voorwaarden:
 - het heeft de geschikte vorm voor de patiënt. Bijvoorbeeld een drankje voor een kind dat nog geen tablet kan doorslikken;
 - het is bewezen werkzaam en effectief: er moet voldoende wetenschappelijk onderzoek naar het medicijn zijn gedaan waaruit blijkt dat het medicijn werkt tegen uw klacht of ziekte;
 - het is het meest economisch voor de zorgverzekering. Het is bijvoorbeeld niet duurder dan vergelijkbare medicijnen die net zo goed of beter werken.

Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie.

- Levering van medicijnen mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie ze zijn bestemd.
Dit mag ook zijn verzorger zijn, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening.

- Algemene advisering en begeleiding maakt onderdeel uit van de levering van uw medicijn.
Het gaat hierbij ten minste om:
 - het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (eerste uitgifte) of een extra begeleiding als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt heeft;
 - uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
 - farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.
- Medicijnen moeten worden geleverd op voorschrift (behandelvoorstel) of recept, voor een bepaalde periode.
Een recept geldt voor een bepaalde periode die per medicijn(groep) anders kan zijn. Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.
De leveringsperiodes die per voorschrift (behandelvoorstel) of recept gelden, zijn:
 - 15 dagen of de kleinste verpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
 - 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
 - 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
 - maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
 - 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
 - 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.
- Deellevering per twee, drie of vier weken is mogelijk bij aantoonbare medische noodzaak.
Dit kan dan alleen als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven en niemand het medicijnbeheer van u kan overnemen.
Dit heet een geïndividualiseerde distributievorm (gdv) of medicijnrol: een medicatiezakje waarin een of meer medicijnen zitten die op een bepaald moment van de dag ingenomen moeten worden. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Verpleegkundig specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- GGD arts gespecialiseerd in infectieziekten.
- Tandarts.
- Kaakchirurg.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Apotheek.
Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apotheekhoudend (huis)arts.
Dit is een (huis)arts die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Een medicijn dat (bijna) gelijk is aan een niet-geregistreerd medicijn én dat niet in het GVS is opgenomen.
Deze medicijnen kunt u vinden op wetten.overheid.nl.

- Medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik.
Of medicijnen die onderdeel zijn van medisch specialistische zorg. Deze vallen onder 'Medisch specialistische zorg'.
- Bereidingen uit voorzorg of ter voorkoming van ziekte voor een reis naar het buitenland.
- Zelfzorggeneesmiddelen (en voorlichting en advies) en intramurale medicijnen.
Dit voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen.
Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het artikel 'Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie' bij kappenbril en ptosisbril.
- Medicijnen waarbij na falen van toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling.
Het gaat om hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvormen met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.
- Medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden.
Bijvoorbeeld medicijnen die onder de aanspraak van Jeugdwet, Wlz, Wmo, overheidsfinanciering of subsidieregeling vallen.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen.
Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om.
Dit wordt wel vergoed als sprake is van een spoedeisende situatie.
- Wettelijke eigen bijdragen voor medicijnen uit het GVS.
Deze vallen onder artikel 'Medicijnen wettelijke eigen bijdrage' uit een aanvullende verzekering.
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Uit het buitenland ingevoerde medicijnen (artikel B.15.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medicijnen die door uw apotheek zijn ingevoerd uit het buitenland en niet in Nederland zijn geregistreerd.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- U heeft een ziekte die in Nederland niet vaker dan 1:150.000 inwoners voorkomt.
- Behandeling met een in Nederland geregistreerd medicijn of magistrale bereiding is niet mogelijk.
- De behandeling, preventie of diagnostiek wordt in een voor u geschikte vorm ingezet.
- Het gaat om in wetenschappelijke literatuur bewezen werkzaamheid en effectiviteit.
- De behandeling is het meest economisch voor u en de zorgverzekering.
- Alle bovenstaande voorwaarden zijn de regels volgens artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering.

- Levering van medicijnen mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie ze zijn bestemd. Dit mag ook zijn verzorger zijn, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening.
- Medicijnen moeten worden geleverd op recept (behandelvoorstel) voor een bepaalde periode. Een recept geldt voor een bepaalde periode die per medicijn(groep) anders kan zijn. Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.
De leveringsperiodes die per recept (behandelvoorstel) gelden, zijn:
 - 15 dagen of de kleinste verpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
 - 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
 - 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
 - maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
 - 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
 - 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
 - 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- GGD arts gespecialiseerd in infectieziekten.
- Kaakchirurg.
- Tandarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Physician assistant.
- Verpleegkundig specialist met aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid.
Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.
- Verloskundige, rekening houdend met voorschrijfbevoegdheid en deskundigheidsgebied.
De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u via wetten.overheid.nl op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dat kan alleen als aan alle voorwaarden wordt voldaan.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Een apotheek of apotheekhoudend (huis)arts met een ontheffing van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) voor de invoer van het medicijn.
Dit is een apotheker of apotheekhoudend (huis)art die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Medicijnen die gebruikt worden voor andere indicaties dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
En als niet aan de nadere voorwaarden wordt voldaan.

- Medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik.
Of medicijnen die onderdeel zijn van medisch specialistische zorg. Deze vallen onder 'Medisch specialistische zorg'.
- Een apotheekbereiding (magistrale bereiding): deze medicijnen staan beschreven in het artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt'
- Een medicijn dat (bijna) gelijk is aan een niet-geregistreerd medicijn én dat niet in het GVS is opgenomen.
Deze medicijnen kunt u vinden op wetten.overheid.nl.
- Medicijnen (en voorlichting en advies) uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland.
- Zelfzorggeneesmiddelen (en voorlichting en advies) en intramurale medicijnen.
Dit voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen.
Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het artikel 'Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie' bij kappenbril en ptosisbril.
- Medicijnen waarbij na falen van toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling.
Het gaat om hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvormen met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.
- Medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden.
Bijvoorbeeld medicijnen die onder de aanspraak van Jeugdwet, Wlz, Wmo, overheidsfinanciering of subsidieregeling vallen.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen.
Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om.
Dit wordt wel vergoed als sprake is van een spoedeisende situatie.
- Levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn.
- Instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen als de hulpmiddelen niet geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten.
- Esketamine neusspray (Spravato).
Dit valt onder het artikel 'Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Skinvision (artikel B.4.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Digitale medisch specialistische zorg (Skinvision).
Medisch specialistische zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor skinvision.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een huidplekje.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het account van de app moet aan uw relatienummer zijn gekoppeld.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.), opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medisch specialistische zorg.
Het gaat hierbij om al deze zorg:
 - medisch specialistische behandelingen (geneeskundige zorg);
 - aanvullende medische handelingen (zoals het aanleggen van gips of een ECG-onderzoek);
 - medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
 - laboratoriumonderzoek;
 - verpleging.
- Opname bij medisch specialistische zorg.
Het gaat hierbij om deze zorg:
 - opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg;
 - verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor medisch specialistische zorg; en
- Vergoeding van 100 %, maximaal 3 jaar (1095 dagen) voor opname bij medisch specialistische zorg.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Plastische chirurgie, orgaantransplantatie, geriatrische revalidatie, vruchtbaarheidsbehandeling en voorwaardelijke zorg zijn ook medisch specialistische zorg, maar zijn in een apart artikel beschreven.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Verloskundige.
- Medisch specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Sportarts.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.
- Optometrist of orthoptist.

Deze zorgverlener mag bij oogaandoeningen verwijzen naar een oogarts.

- GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Triage-audicien.

Een triage-audicien mag bij een gehooraandoening verwijzen naar een KNO-arts of audiologisch centrum.

- Klinisch fysicus-audioloog.

Een klinisch fysicus-audioloog mag verwijzen voor audiologische zorg

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.

Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.
- Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek.
- Besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.
- Sterilisatiebehandelingen en behandelingen om sterilisatie terug te draaien.
- Correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen).
- Parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener.
- Zorg of middelen die na behandeling nodig zijn (of die in het verlengde van de behandeling liggen).
- Bevolkingsonderzoek.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De opname komt voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering.
Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname in het buitenland geldt het Nederlandse verpleegtariaf.
Een ziekenhuis of instelling voor medisch specialistische zorg in het buitenland kan twee of meer verschillende (verpleeg)klassen hebben. Voor de hoogte van de vergoeding geldt het Nederlandse verpleegtariaf.
- Opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza), waarmee wij bedoelen:
 - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
 - een algemeen ziekenhuis
 - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis)
 - een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Plastische chirurgie (artikel B.4.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Plastische chirurgie.
Het gaat om behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Daarnaast de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen en laboratoriumonderzoek. Als er een opname nodig is, omvat de zorg ook opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg, opname, verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

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

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een afwijking in uw uiterlijk met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door objectief onderzoek is vastgesteld dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Bijvoorbeeld onbehandelbare, continu aanwezige smetplekken in de huidplooï bij een forse overhang van de buik.
 - U heeft een verminking die is ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting.
Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.
 - U heeft verlamde of verslapte bovenoogleden.
De verlamming of verslapping heeft een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
 - U heeft agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders.
De ingreep bestaat uit het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen of transvrouwen. Bij transvrouwen moet de genderincongruentie (transseksualiteit) zijn vastgesteld. Dit doet een zorgaanbieder die meewerkt aan een transgenderennetwerk.
 - U heeft correctie nodig van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (transseksualiteit).
 - U heeft een aangeboren misvorming.
Zoals een lip-, kaak- of gehemeltespleet, misvorming van het benig aangezicht. Of er is sprake van goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken, misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
 - U heeft een borstverkleining nodig.
Hiervan is sprake bij cup DD/E of groter (of cup D als u kleiner bent dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Deze klachten komen door de zwaarte van uw borsten en beperken u aanzienlijk. Andere behandelingen of therapieën hebben uw klachten niet verholpen. Uw gewicht is stabiel en niet te hoog.
 - U heeft een laserbehandeling van de huid nodig.
Hiervan is sprake bij (in het oog springende) verminking of bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden afwijkingen niet als zodanig gezien.
 - U heeft een neuscorrectie nodig.
Hiervan is sprake bij een fors beperkte doorgankelijkheid van de neus die niet op een andere manier te behandelen is. Een correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als een opname nodig is, komt deze voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname moet er medische noodzaak zijn in verband met geneeskundige zorg.

- De Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV) Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
De Werkwijzer is te vinden op vavolksgezondheid.nl onder 'Werkwijzers VAGZ/VAV'.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een behandeling die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen (Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN). Deze lijst staat op onze website.
- Voor een bovenooglidcorrectie beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Liposuctie van de buik.
- Verwijderen borstprothese zonder medische noodzaak.
- Plaatsen of vervangen borstprothese.
Als geen sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of
 - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen.
- De kosten van foto's die wij opvragen voor de aanvraag voor een akkoordverklaring.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Revalidatie (artikel B.4.6.1)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Revalidatie.
Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg wordt verleend in de vorm van:
 - deeltijd- of dagbehandeling of
 - opname, als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname.

Revalidatie omvat onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de medisch specialistische revalidatie.

Revalidatiezorg wordt geleverd door een samenhangend, interdisciplinair team, waarbij onder intensieve samenwerking alle teamleden aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt werken. Het team is verbonden aan een instelling voor revalidatie.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag.
Deze problemen worden veroorzaakt door:
 - stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of
 - een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

Wat zijn de voorwaarden?

- U werkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen. De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Sportarts.
- Bedrijfsarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor revalidatie zonder opname.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Revalidatiearts met interdisciplinair team.
Een samenhangend, interdisciplinair team onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.
De zorg vindt plaats in instelling voor revalidatie.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Geriatrische revalidatie (artikel B.4.6.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geriatrische revalidatie.
Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg. De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg duurt maximaal 6 maanden.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 6 maanden voor geriatrische revalidatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Er is sprake van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid.

Wat zijn de voorwaarden?

- De geriatrische revalidatie volgt binnen een week op een opname en behandeling in een instelling voor medisch specialistische zorg.
De start van de revalidatie gaat samen met opname. Voorafgaand is geen sprake geweest van verblijf volgens de Wlz.
- De geriatrische revalidatie kan ook nodig zijn bij plotselinge veranderingen in uw situatie.
Het gaat hierbij om plotseling optredende mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid door een aandoening waarvoor u al medisch specialistische zorg heeft ontvangen. In dit geval moet door een geriater op de eerste hulp of via een spoed-consult op de geriatrische polikliniek zijn vastgesteld dat u tot de doelgroep voor geriatrische revalidatie behoort.
- Geriatrisch assessment is nodig bij behandeling door plotseling optredende aandoening of trauma.
Een geriatrisch assessment (onderzoek) moet hebben plaatsgevonden door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een internist ouderengeneeskunde en/of een klinische geriater.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Medisch specialist.
- Physician assistant.
- Verpleegkundig specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor geriatrische revalidatie langer dan 6 maanden.
Geriatrische revalidatie die langer dan 6 maanden nodig is komt in bijzondere gevallen voor.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Orgaantransplantatie, zorg voor de ontvanger (artikel B.4.7.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg voor de ontvanger bij orgaantransplantatie.
Voor u, als verzekerde en ontvanger van een orgaan, gaat het om al deze zorg:
 - de transplantatie van weefsels en orgaan;
 - de medisch specialistische zorg die te maken heeft met het implanteren bij u (ontvanger) van het transplantatiemateriaal van de donor; en
 - het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het transplantatiemateriaal in verband met de transplantatie.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Transplantatie op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk.
- Transplantatie in EU of EER.
De transplantatie van weefsels en organen mag worden verricht in: - een lidstaat van de Europese Unie; of - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte.
Als het donororgaan wordt afgestaan door de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad, dan mag de transplantatie ook in het woonland van de donor (buiten de EU of EER) plaatsvinden.
- De zorgverlener moet voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist.
- Verpleegkundige.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist die voldoet aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie.

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Wettelijk erkend transplantatiecentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zorg voor de donor bij levertransplantatie (artikel B.4.7.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg voor de donor bij levertransplantatie.
Bij orgaantransplantatie gaat het om al deze zorg voor de donor (degene die een orgaan/weefsel aan de ontvanger afstaat):
 - opname en specialistisch-geneeskundige zorg voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal;
 - vervoer binnen Nederland in verband met selectie en opname en ontslag op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer;
 - vervoer met een auto of een taxi in plaats van openbaar vervoer als dat medisch noodzakelijk is;
 - vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont en het gaat om een transplantatie bij een verzekerde in Nederland;
 - kosten van de donor in verband met de transplantatie als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont. Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben met het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Bijvoorbeeld: reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, tot maximaal 6 maanden na opname voor rekening van de ontvanger, na 6 maanden voor rekening van de donor voor zorg voor de donor bij levertransplantatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg en het vervoer geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Zorg voor de donor komt de eerste periode na opname van de donor voor rekening van de ontvanger. Bij levertransplantatie valt de zorg voor de donor tot maximaal 6 maanden na het einde van de opname onder de verzekering van de ontvanger van het orgaan. Bij overige transplantaties valt de zorg voor de donor tot maximaal 13 weken na het einde van de opname onder de verzekering van de ontvanger van het orgaan. De donor wordt uitsluitend voor deze zorgperiode als verzekerde op de verzekering van de ontvanger beschouwd. Als de donor zelf een basisverzekering heeft of medeverzekerde is, komt het vervoer van de donor (of de kosten daarvan) voor rekening van zijn eigen basisverzekering.
- Transplantatie op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk.
- Transplantatie in EU of EER. De transplantatie van weefsels en organen mag worden verricht in: - een lidstaat van de Europese Unie; of - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte. Als het donororgaan wordt afgestaan door de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad, dan mag de transplantatie ook in het woonland van de donor (buiten de EU of EER) plaatsvinden.
- De zorgverlener moet voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist.
- Verpleegkundige.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist die voldoet aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie. Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Wettelijk erkend transplantatiecentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Verblijfskosten van buitenlandse donor in Nederland.
- Misgelopen inkomsten.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zorg voor de donor bij overige orgaantransplantaties (artikel B.4.7.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Zorg voor de donor bij andere transplantatie dan levertransplantatie. Bij orgaantransplantatie gaat het om al deze zorg voor de donor (degene die een orgaan/weefsel aan de ontvanger afstaat):
 - opname en specialistisch-geneeskundige zorg voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal;
 - vervoer binnen Nederland in verband met selectie en opname en ontslag op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer;
 - vervoer met een auto of een taxi in plaats van openbaar vervoer als dat medisch noodzakelijk is;
 - vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont en het gaat om een transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland;

- kosten van de donor in verband met de transplantatie als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont. Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben met het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Bijvoorbeeld: reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, tot maximaal 13 weken na opname voor rekening van de ontvanger , na 13 weken voor rekening van de donor voor zorg voor de donor bij overige orgaantransplantaties.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg en het vervoer geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Zorg voor de donor komt de eerste periode na opname van de donor voor rekening van de ontvanger. Bij levertransplantatie valt de zorg voor de donor tot maximaal 6 maanden na het einde van de opname onder de verzekering van de ontvanger van het orgaan. Bij overige transplantaties valt de zorg voor de donor tot maximaal 13 weken na het einde van de opname onder de verzekering van de ontvanger van het orgaan. De donor wordt uitsluitend voor deze zorgperiode als verzekerde op de verzekering van de ontvanger beschouwd. Als de donor zelf een basisverzekering heeft of medeverzekerde is, komt het vervoer van de donor (of de kosten daarvan) voor rekening van zijn eigen basisverzekering.
- Transplantatie op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk.
- Transplantatie in EU of EER. De transplantatie van weefsels en organen mag worden verricht in: - een lidstaat van de Europese Unie; of - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte. Als het donororgaan wordt afgestaan door de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad, dan mag de transplantatie ook in het woonland van de donor (buiten de EU of EER) plaatsvinden.
- De zorgverlener moet voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist.
- Verpleegkundige.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist die voldoet aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie. Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Wettelijk erkend transplantatiecentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Verblijfskosten van buitenlandse donor in Nederland.
- Misgelopen inkomsten.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie (artikel B.4.9.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 131,40, per kwartaal voor elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- U kunt kosten per kwartaal declareren.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Vruchtbaarheidsbehandelingen IVF en ICSI (artikel B.4.14.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- IVF/ICSI vruchtbaarheidsbehandeling.
De zorg omvat per te realiseren zwangerschap: in-vitrofertilisatiemethode (IVF) of intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI)-behandeling en daarbij toegepaste medicijnen volgens het GVS.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 42 jaar: vergoeding van 3 pogingen voor vruchtbaarheidsbehandelingen IVF en ICSI.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft vruchtbaarheidsproblemen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Voorwaarden waaronder IVF en ICSI onder de zorg vallen.
 - Als u jonger bent dan 38 jaar en er bij de 1e en 2e IVF-poging niet meer dan 1 embryo wordt teruggeplaatst (bij de 3e poging mogen dat er maximaal 2 zijn);
 - Als u tussen de 38 tot en met 42 jaar oud bent en er maximaal 2 embryo's per poging worden teruggeplaatst;
 - Als u 43 jaar of ouder bent, maar u bij aanvang jonger was dan 43 jaar: u heeft dan recht op afronding van die poging.

Vruchtbaarheidsbehandeling: voorbeelden IVF.

- U bent bezig met de 3e poging. Hierbij vindt een geslaagde follikelpunctie plaats, maar deze leidt niet tot een zwangerschap. Een volgende (4e) poging valt niet onder uw zorgverzekering.
- U bent bezig met de 3e poging. Het is niet gelukt zwanger te worden na de terugplaatsing van een embryo, maar er zijn nog enkele ingevroren embryo's. De ingevroren embryo's mogen worden teruggeplaatst tot ze op zijn, maximaal 2 per keer. Ook als u inmiddels 43 jaar bent; dit hoort namelijk nog bij de 3e poging waarbij u nog jonger was dan 43.
Zou het de 1e of 2e poging zijn en u bent jonger dan 38 jaar, dan zou maar één embryo tegelijk teruggeplaatst mogen worden.
- U bent bezig met uw 3e poging. Er wordt een embryo teruggeplaatst, maar 14 weken na de dag van de follikelpunctie eindigt de zwangerschap. U heeft dan opnieuw recht op 3 pogingen (als u jonger bent dan 43 jaar) omdat er sprake was van een gerealiseerde zwangerschap.
- U heeft 3 pogingen gehad zonder resultaat. Na een tijd wordt u toch zwanger. U heeft dan daarna opnieuw recht op 3 pogingen als u jonger bent dan 43 jaar.
- Na een gerealiseerde zwangerschap heeft u opnieuw recht op deze zorg.
Een gerealiseerde zwangerschap houdt in:
 - een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen, gerekend vanaf de implantatie in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's; of
 - een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
 - een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.
- Er is sprake van een IVF-poging als de follikelpunctie is geslaagd.
Er is sprake van een in-vitrofertilisatie (één IVF-poging) als fase 2, de follikelpunctie (het verkrijgen van de rijpe eicellen) is geslaagd. Terugplaatsing van eerder verkregen (ingevroren) embryo's maakt deel uit van de IVF-poging waarin de embryo's zijn verkregen.

Vruchtbaarheidsbehandeling: fases waar IVF uit bestaat.

Een in-vitrofertilisatie (IVF) omvat 4 opeenvolgende stadia:

- Fase 1: Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
- Fase 2: Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
- Fase 3: Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
- Fase 4: Een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Gynaecoloog in een vergunninghoudende instelling.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling van de donor van de eicel en donatie van de eicel in geval van een eiceldonatie. Voor de vergoeding van eiceldonatie gelden landelijke criteria.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Mondzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Mondzorg in bijzondere gevallen (artikel B.12.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Mondzorg in bijzondere gevallen.
Het gaat om mondzorg als u een ernstige aandoening heeft in het aangezicht, de mond, kaken of uw gebit. Of als u een verstandelijke of lichamelijke aandoening heeft waardoor reguliere mondzorg niet mogelijk is. De behandeling kan ook onder algehele anesthesie of sedatie worden gedaan.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- of mondstelsel.
 - Er is sprake van een verworven afwijking van het tand-, kaak- of mondstelsel.
 - U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening.
 - U krijgt een medische behandeling die aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft zonder tandheelkundige zorg.
Hierbij gaat het meestal om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Wat zijn de voorwaarden?

- Zonder de bijzondere mondzorg zou u de functie van uw gebit niet kunnen behouden.
Of uw gebit zou niet de functie krijgen zoals het zou functioneren zonder dat u een van de genoemde aandoeningen heeft.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties:

- als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
- als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Mondhygiënist.
De mondhygiënist beheert zijn of haar praktijk voor eigen rekening en verantwoordelijkheid.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.
- Orthodontist.
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie: een bevoegde zorgverlener in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) dat door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) is erkend.
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie: een bevoegde zorgverlener waarmee wij afspraken hebben gemaakt over deze behandelingen.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Een mandibulair repositie apparaat (MRA).
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001).
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002).
- Uitwendig bleken per kaak (code K003).
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Plaatsen implantaat in tandeloze kaak (artikel B.12.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) dat op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts.
- Tandarts-implantoloog.

De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor het plaatsen van een of meer implantaten in de bovenkaak.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Voor de onderkaak beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener is altijd een akkoordverklaring nodig. Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Orthodontie in bijzondere gevallen (artikel B.12.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthodontie in bijzondere gevallen.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.
Er is altijd sprake van een zeer ernstige stoornis waarbij medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.
- Bij prothetische nabehandeling is een behandelplan nodig.
Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling een prothetische nabehandeling nodig is, moet een vooraf een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw orthodontist of tandarts voor orthodontie, die voldoet aan de extra eisen van de VTvo, meesturen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Orthodontist.
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Tandarts voor orthodontie die voldoet aan de extra eisen van de VTvo.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811A*).
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811B*).
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811C*).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Reguliere mondzorg (artikel B.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Periodiek onderzoek.
- Incidenteel tandheelkundig consult.
- Verwijderen tandsteen.
- Aanbrengen fluoride vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen.
- Aanbrengen van een beschermend laklaagje op bovenkant kies (sealingsfissuurlak).
- Behandeling van steunweefsel van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg).
- Restaureren (vullen) van tand of kies met plastisch materiaal.
- Intake nieuwe patiënt.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor reguliere mondzorg .
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor bepaalde mondzorg.
Als de behandeling door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg wordt gedaan heeft u een akkoordverklaring nodig als het gaat om:
de behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg).

Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie.

Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- Als het gaat om mondzorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.). heeft u altijd een akkoordverklaring nodig.
- Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties
 - als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
 - als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), waarmee we bedoelen: - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.) - een algemeen ziekenhuis - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) - een universitair ziekenhuis.
- Mondhygiënist.
De mondhygiënist beheert zijn of haar praktijk voor eigen rekening en verantwoordelijkheid.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kroon, brug en implantaat.
Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen of als front-, snij- of hoektand ontbreekt als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet is aangelegd, worden deze kosten wel vergoed.
- Orthodontie en bijbehorende röntgenfoto.
Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen wordt deze zorg wel vergoed.
- Gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61).
Behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen.
- Uitwendig bleken van tanden (code E97).
- Slijpen en/of behandelen melkelement (code M05).
- Een mandibulair repositie apparaat (MRA).
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Eenvoudig bacteriologisch onderzoek (code M32).
- Behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*).
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).
- Uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012).
- Het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016*).
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001).
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002).
- Uitwendig bleken per kaak (code K003).
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Reguliere en specialistische mondzorg (artikel B.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Verdoving (lokale anesthesie).
- Behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg).
- Behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg).

- Implanthaat met kroon ter vervanging van ontbrekende, blijvende snij- of hoektand.
Dit is nodig omdat blijvende snij- of hoektand niet is aangelegd. Of omdat deze geheel ontbreekt als direct gevolg van een ongeval. Het kan gaan om één of meer elementen.
- Chirurgische tandheelkundige zorg.
Behalve het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.
- Röntgenonderzoek dat nodig is voor reguliere mondzorg.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor reguliere en specialistische mondzorg.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor bepaalde mondzorg.
Als het gaat om één van deze behandelingen:
 - vervangen en/of restaureren van tanden en/of kiezen met niet-plastische materialen;
 - plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die u mist als direct gevolg van een ongeval, of omdat deze niet zijn aangelegd;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten voor elementen die niet zijn aangelegd in het geval van oligodontie ten behoeve van het herstel van de functie;
 - het maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT, aangeduid met code X21);
 - het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) (code H36, H37, H38 en H39). De aanvraag wordt gedaan door het hoofd van het behandelteam met het speciale aanvraagformulier voor deze behandeling.

Als de behandeling door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg wordt gedaan heeft u ook een akkoordverklaring nodig als het gaat om één van deze behandelingen:

- trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
- kaakoperatie (osteotomie);
- plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie.

Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- Als het gaat om mondzorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.). heeft u altijd een akkoordverklaring nodig.
- Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties
 - als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
 - als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), waarmee we bedoelen: - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.) - een algemeen ziekenhuis - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) - een universitair ziekenhuis.
- Het hoofd van een team dat het specifieke opleidingstraject heeft gevolgd en aantoonbare specifieke deskundigheid heeft, als het gaat om het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), code H36, H37, H38 en H39.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kroon, brug en implantaat.
Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen of als front-, snij- of hoektand ontbreekt als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet is aangelegd, worden deze kosten wel vergoed.
- Gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61).
Behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen.
- Uitwendig bleken van tanden (code E97).
- Slijpen en/of behandelen melkelement (code M05).
- Een mandibulair repositie apparaat (MRA).
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontie.
- Plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
Behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen. Zie artikel 'Orthodontie in bijzondere gevallen'.
- Orthodontie en bijbehorende röntgenfoto.
Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen wordt deze zorg wel vergoed.
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).
- Uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012).
- Het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016*).
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001).
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002).
- Uitwendig bleken per kaak (code K003).
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Kunstgebit tot en met 17 jaar (artikel B.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit.
Uitneembare conventionele gebitsprothese inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten.
- Gedeeltelijk kunstgebit (uitneembare partiële gebitsprothese).
Plaat- of frameprothese inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor kunstgebit tot en met 17 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts bij behandeling door een tandprotheticus als u nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten heeft.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor bepaalde mondzorg.
In al deze situaties:
 - Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 760,- per kaak bedragen;
 - Als de behandeling door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg wordt gedaan heeft u ook een akkoordverklaring nodig als het gaat om trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - Als het gaat om mondzorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is altijd een akkoordverklaring nodig.

Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.

- Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties
- als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
- als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.

- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), waarmee we bedoelen: - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.) - een algemeen ziekenhuis - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) - een universitair ziekenhuis.
- Tandprotheticus voor zover daartoe bevoegd.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012).
- Het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016*).
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Kaakchirurgie vanaf 18 jaar (artikel B.14.a.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Kaakchirurgie.
Dit is mondzorg voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie die wordt uitgevoerd door een medisch specialist (kaakchirurg). De mondzorg bestaat uit al deze zorg:
 - specialistische chirurgische mondzorg;
 - daarbij behorende röntgenonderzoek;
 - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor kaakchirurgie vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- In geval van een opname, moet deze medisch noodzakelijk zijn voor specialistische chirurgische mondzorg.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts.
- Orthodontist.
- Huisarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor bepaalde kaakchirurgie.
Als het gaat om één van deze behandelingen:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - een kaakoperatie (osteotomie).

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Parodontale chirurgie door een kaakchirurg.
Chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).
- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Een mandibulair repositie apparaat (MRA).
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak zonder implantaten, vanaf 18 jaar (artikel B.14.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit.
Het gaat hierbij om één van deze soorten kunstgebit zonder implantaten:
 - uitneembare volledige kunstgebit (conventionele gebitsprothese) voor boven- en/of onderkaak;
 - tijdelijke volledige kunstgebit;
 - uitneembare volledige vervangingsprothese;
 - uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen) voor de boven- en/of onderkaak.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 75 % voor volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak zonder implantaten, vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 25%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Bij een behandeling waarvoor u een akkoordverklaring nodig heeft, is de aanspraak niet hoger dan waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.
- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij kosten boven de € 760,- per kaak als het kunstgebit is gemaakt en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus.
Het gaat hier om de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Reparatie en rebasen volledig kunstgebit vanaf 18 jaar (artikel B.14.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Reparatie en opvullen (rebasen) van volledig kunstgebit (uitneembare volledige overkappingsprothese).

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 90 % voor reparatie en rebasen volledig kunstgebit vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 10%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus voor kunstgebit (eventueel op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Ondergebit op implantaten vanaf 18 jaar (artikel B.14.c.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de onderkaak.
Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de onderkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 90 % voor ondergebit op implantaten vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 10%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt een akkoordverklaring aan als dat nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Bovengebit op implantaten vanaf 18 jaar (artikel B.14.c.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de bovenkaak.
Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de bovenkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 92 % voor bovengebit op implantaten vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 8%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt een akkoordverklaring aan als dat nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Reparatie of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (artikel B.14.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Reparatie en opvullen (rebasen) van volledige uitneembare prothese (klikgebit) op implantaten.
- Reparatie van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 90 % voor reparatie of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 10%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing nodig van een tandarts of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als een tandprotheticus de aanvraag doet.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt een akkoordverklaring aan als dat nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus voor kunstgebit (eventueel op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Implantaat met kroon ter vervanging van een snij- of hoektand, vanaf 18 jaar (artikel B.14.e.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Implantaat met kroon.
Vervangen van snij- of hoektand(en) met niet-plastische materialen (kroon) en het plaatsen van tandheelkundig implantaat.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 22 jaar: vergoeding van 100 % voor implantaat met kroon ter vervanging van een snij- of hoektand, vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U mist één of meer blijvende snij- of hoektanden omdat deze niet zijn aangelegd.
 - U mist één of meer blijvende snij- of hoektanden als direct gevolg van een ongeval voor uw 18-jarige leeftijd.
Dit geldt ook in situaties waarbij:
 - een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achterblijft. Om de kaakgroei niet te verstoren, wordt dan het verwijderen van het resterende worteldeel uitgesteld. Later moet dit alsnog verwijderd worden omdat er anders geen prothetische constructie op kan worden geplaatst;
 - een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Wat zijn de voorwaarden?

- Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld.
- Het resterende worteldeel of de of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat.
- In geval van een opname, moet deze medisch noodzakelijk zijn voor specialistische chirurgische mondzorg.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig. Bij de aanvraag moet u een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting meesturen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg met betrekking tot het plaatsen van de implantaten.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Tandartspraktijk.
- Ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontie.
- Plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
Behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen. Zie artikel 'Orthodontie in bijzondere gevallen'.
- Orthodontie en bijbehorende röntgenfoto.
Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen wordt deze zorg wel vergoed.
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.), bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.), bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met kunstgebit op implantaten (klikgebit) voor de andere kaak.
Uitneembare volledige conventionele gebitsprothese samen met volledige overkappingsprothese op implantaten op de andere kaak. Deze kosten worden gedeclareerd met code J080. Hierbij hoort het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Mesostructuur onder- of bovenkaak.
Deze hoort bij de combinatie van een kunstgebit voor de ene kaak samen met een kunstgebit op implantaten voor de andere kaak.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 83 % voor volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak, vanaf 18 jaar ; en
- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 90 % voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak, vanaf 18 jaar; en
- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 92 % voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak, vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.)

Wat betaalt u zelf?

- Eigen bijdrage 17%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.)**Wat betaalt u zelf?**

- Wettelijke eigen bijdrage 10%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt een akkoordverklaring aan als dat nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 8%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt een akkoordverklaring aan als dat nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Preventie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Begeleiding bij stoppen met roken (SMR) (artikel B.21.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Stoppen-met-roken (SMR)-begeleiding.
Een SMR-begeleidingstraject bestaat uit interventies die gericht zijn op gedragsverandering, indien nodig met ondersteuning van effectief bewezen medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie). De zorgverlener stemt de daadwerkelijke zorg en begeleiding binnen het SMR-traject op u persoonlijk af en past deze zo nodig geleidelijk in het zorgproces aan.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 1 stoppoging, per jaar voor begeleiding bij stoppen met roken (SMR).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor begeleiding van het SMR-traject geldt geen eigen risico als u naar een zorgverlener gaat die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg.
- Voor medicijnen of nicotinevervangende middelen geldt geen eigen risico als deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR en onderdeel zijn van het SMR-traject.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) nodig zijn, moeten deze worden ingezet in combinatie met de gedragsmatige ondersteuning vanuit het SMR-traject.
De farmacotherapie moet dus onderdeel zijn van de gedragsmatige ondersteuning in de vorm van persoonlijke, telefonische, internet- of groepsbegeleiding. Hierbij is een stopcoach betrokken, volgens een bewezen effectief SMR-programma.
- Medicijnen die zijn opgenomen in het GeneesmiddelenVergoedingssysteem (GVS) worden niet uit dit artikel vergoed maar vanuit het artikel 'Medicijnen uit het GVS'

- Als u al voor een andere verslaving onder behandeling bent binnen de GGZ, valt de Stoppen-met-roken zorg onder het GGZ-traject van de andere verslaving.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts of SMR gecontracteerde zorgverlener voor een recept voor medicijnen of voor nicotinevervangende middelen (farmacotherapie).
 - Als de farmacotherapie voor de SMR-begeleiding wordt voorgeschreven door uw huisarts, is een recept met daarop de letters SMR voldoende.
 - Voor SMR gecontracteerde zorgverleners moeten de farmacotherapie voorschrijven via het aanvraagformulier 'Geneesmiddelen bij het stoppen met roken'. Op dit formulier, dat te vinden is op onze website, staat de procedure beschreven.
 - Niet-gecontracteerde zorgverleners SMR moeten voor farmacotherapie verwijzen naar uw huisarts.
- Niet nodig als het alleen gaat om de stoppen-met-roken begeleiding.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Huisarts SMR.
De zorg wordt geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Dit is een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Daarnaast moet de huisarts zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- Medisch specialist SMR.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is. Daarnaast moet de specialist zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- SMR-coach.
De zorgverlener die het programma geeft en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- Gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog voor SMR.
Gezondheidszorgpsycholoog, ook wel gz-psycholoog, is in Nederland een wettelijk beschermde titel; deze mag alleen gevoerd worden door iemand die geregistreerd is in het BIG-register. Dit betekent dat niet iedere psycholoog werkzaam in de gezondheidszorg een gz-psycholoog is. Mogelijk is de gz-psycholoog niet gecontracteerd voor SMR-begeleiding. Op onze website kunt u vinden welke zorgverleners wij gecontracteerd hebben. Zoek dan specifiek op 'Stoppen met roken'.
- Gecontracteerde leverancier SMR voor het verstrekken van medicijnen of nicotinevervangende middelen.
Dit kan ook een apotheek zijn, maar waarschijnlijk is uw eigen apotheek niet gecontracteerd voor de SMR-farmacotherapie. Op onze website kunt u vinden welke leveranciers wij gecontracteerd hebben. Zoek dan specifiek op 'Stoppen met roken'.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Vervoer

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Ambulancevervoer (artikel B.18.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Ambulancevervoer.
Het gaat om al deze zorg:
 - Niet-spoedeisend ambulancevervoer, zoals bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - Spoedeisend ambulancevervoer;
 - Ziekenvervoer met ander vervoermiddel als vervoer met ambulance niet mogelijk is;
 - Gebruikskosten van een Automatische Externe Defibrillator (AED) die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht (elektrodenpads).

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Er is een medische noodzaak, waardoor andere manier van ziekenvervoer (auto, openbaar vervoer of taxi) medisch niet verantwoord is.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg.
- Ambulancevervoer naar een andere woning is alleen mogelijk als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Een arts vraagt het ambulancevervoer aan bij meldkamer van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV).
De meldkamer beoordeelt of ambulancevervoer nodig is.
- U heeft geen behandelvoorstel nodig bij spoedeisend ambulancevervoer.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken, omdat ambulancevervoer niet mogelijk is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Ambulancedienst met een erkende vergunning.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Vervoer per auto (artikel B.18.2.), vervoer per taxi (artikel B.18.2.), vervoer per openbaar vervoer 2e klasse (artikel B.18.2.), vervoer per ander vervoermiddel (artikel B.18.2.), logeerkosten (artikel B.18.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Ziekenvervoer per auto.
Deze zorg omvat:
 - ziekenvervoer met auto over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per taxi.
Deze zorg omvat:
 - ziekenvervoer met taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per openbaar vervoer.
Deze zorg omvat:
 - ziekenvervoer met openbaar vervoer (2e klasse) over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - vervoer begeleider, in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders, hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per ander vervoer.
Ziekenvervoer met een ander vervoermiddel over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, als vervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is.
- Logeren in plaats van vervoer.

Wat is uw vergoeding?

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
 1. Vergoeding van € 0,38, maximaal, per kilometer voor vervoer per auto en vergoeding van 100 % voor vervoer per taxi en vergoeding van 100 % voor vervoer per openbaar vervoer 2e klasse en vergoeding van 100 % voor vervoer per ander vervoermiddel.
 2. Vergoeding van € 89,-, maximaal, per nacht voor logeerkosten.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor vervoer per auto (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 118,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

- U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker. Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
- U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen en niet met openbaar vervoer of aangepast vervoer. De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
- Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
- U heeft geriatrische revalidatie nodig. De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
- U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking. De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
- U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig. U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
- De hardheidsclausule is van toepassing. Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
- Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
- De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
- Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
- Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om een rit naar:
 - een zorgverlener; of
 - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
 - het logeeradres als u gekozen heeft voor logeren in plaats van vervoer;
 - en een terugrit naar uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat.
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn.
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar.
- We gebruiken Routenet bij het berekenen van de ritlengte als u met de auto reist. Wij gaan uit van de meest recente versie van deze routeplanner. We berekenen de snelste route van postcode naar postcode. We maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg.
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
 - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;

- u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
- u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
Als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken, omdat vervoer per auto, openbaar vervoer of taxi niet mogelijk is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering.
- Huurkosten van een huurauto.
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden.
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeerafres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeerafres.
- Vervoer tussen uw logeerafres en de plaats van behandeling.
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeerafres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeerafres.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor vervoer per taxi (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 118,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen en niet met openbaar vervoer of aangepast vervoer.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U heeft geriatrische revalidatie nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.

- U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
- De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
- Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
- De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
- Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
- Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om een rit naar:
 - een zorgverlener; of
 - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
 - het logeeradres als u gekozen heeft voor logeren in plaats van vervoer;
 - en een terugrit naar uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat.
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn.
- U kunt bij vervoer met taxi met meerdere verzekerden tegelijk worden vervoerd vanwege de doelmatigheid.
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar.
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg.
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
 - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
 - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
 - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
Als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken, omdat vervoer per auto, openbaar vervoer of taxi niet mogelijk is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Erkende taxivervoerder met TX-keurmerk en met de juiste vergunning.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering.
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden.
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling.
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor vervoer per openbaar vervoer 2e klasse (artikel B.18.2.)**Wat betaalt u zelf?**

- Wettelijke eigen bijdrage € 118,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen en niet met openbaar vervoer of aangepast vervoer.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U heeft geriatrische revalidatie nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
 - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
 - De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
 - Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
 - De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
 - Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
 - Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om een rit naar:
 - een zorgverlener; of
 - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
 - het logeeradres als u gekozen heeft voor logeren in plaats van vervoer;
 - en een terugrit naar uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat.
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn.
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar.
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg.
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
 - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;

- u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
- u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
Als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken, omdat vervoer per auto, openbaar vervoer of taxi niet mogelijk is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering.
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden.
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling.
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor vervoer per ander vervoermiddel (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 118,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen en niet met openbaar vervoer of aangepast vervoer.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U heeft geriatrische revalidatie nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.

- U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
- De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
- Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
- De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
- Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
- Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om een rit naar:
 - een zorgverlener; of
 - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
 - het logeeradres als u gekozen heeft voor logeren in plaats van vervoer;
 - en een terugrit naar uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat.
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn.
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar.
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg.
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
 - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
 - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
 - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering.
- Huurkosten van een huurauto.

- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden.
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling.
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor logeerkosten (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Geen wettelijke eigen bijdrage.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen en niet met openbaar vervoer of aangepast vervoer.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
 - De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
 - Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
 - De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
 - Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
 - Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- U wilt logeren in plaats van reizen.
 - u komt in aanmerking voor ziekenvervoer op basis van een van de bovenstaande medische indicaties of situaties; en
 - u heeft dit ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U moet bij ons een aanvraag indienen voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) ziekenvervoer.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voetzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Preventieve voetzorg (artikel B.23.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Voetzorg.
Het gaat om preventieve voetzorg.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico als een medisch specialist in het ziekenhuis de zorg levert en declareert als onderdeel van een DBC.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Onder de enkel heeft u een verhoogd risico op een wond die door alle huidlagen heen gaat (voetulcera).
Dit komt door één van deze situaties :
 - uw voeten zijn minder gevoelig geworden voor druk (verlies van protectieve sensibiliteit);
 - de doorbloeding in uw voeten is minder geworden;
 - de druk op uw huid is hoger geworden; dit kan samengaan met een kwetsbare huid.

Of dit komt door één van deze indicaties zoals staat in 'Standpunt voetzorg bij diabetes mellitus' en 'Notitie verduidelijking standpunt voetzorg voor mensen met diabetes mellitus' van het Zorginstituut Nederland (ZiNI):

- een voetulcus of een eerdere amputatie;
- een inactieve Charcotvoet;
- eindstadium nierfalen of nierdialyse.

Wat zijn de voorwaarden?

- Uw klachten en symptomen zijn ontstaan door een medische aandoening of medische behandeling. Zorginstituut Nederland (ZiNI) heeft deze beschreven in:
 - Standpunt voetzorg bij diabetes mellitus en
 - Notitie verduidelijking standpunt voetzorg voor mensen met diabetes mellitus.
- Er is een individueel behandelplan waarin staat:
 - hoeveel behandelingen en controles nodig zijn en
 - welke diagnostiek is ingezet voor gerichte behandeling.

- De preventieve voetzorg bij Diabetes Mellitus Type II kan ook verleend worden in de vorm van ketenzorg. Zie artikel A.17.3.
- Declaratie vindt plaats via.
 - de hoofdaannemer (mogelijk podotherapeut) volgens de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa); of - de individuele, aangesloten zorgverleners met de zogenaamde 'kosten voor organisatie en infrastructuur'. Dit zijn de overheadkosten die de hoofdaannemer declareert.

Wat is ketenzorg?

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden. Consulten kunnen ook via internet plaatsvinden, als hierover in het zorgprogramma afspraken zijn gemaakt.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist.
Als een podotherapeut, een medisch pedicure of pedicure met 'voetverzorging bij diabetes' (aantekening DV) de zorg verleent.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Huisarts en/of andere zorgverlener (bijvoorbeeld medisch specialist of medisch pedicure DM) die is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer.
- Podotherapeut.
Degene die als podotherapeut de status 'kwaliteitsgeregistreerd' heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici en lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaardelijke zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Voorwaardelijke zorg (artikel B.22.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Voorwaardelijke zorg.

Van sommige zorg is de effectiviteit nog niet voldoende aangetoond. Toch heeft u soms tijdelijk al wel recht op deze zorg. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: wetten.overheid.nl.

In deze regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstelzorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen. Zie hiervoor 'Herstelzorg na COVID-19 (Corona)'

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Diëtetiek als herstelzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.), verlenging diëtetiek als herstelzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Diëtetiek als herstelzorg na COVID-19 (Corona).

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 7 behandeluren, maximaal, gedurende maximaal 6 maanden, tot 1 januari 2025 voor diëtetiek als herstelzorg na COVID-19 (Corona); en
- Vergoeding van 7 behandeluren, maximaal, gedurende maximaal 6 maanden, tot 1 januari 2025 voor verlenging diëtetiek als herstelzorg na COVID-19 (Corona).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor diëtetiek als herstelzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft COVID-19 (Corona) gehad en ondervindt hiervan ernstige klachten of beperkingen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze eerstelijns paramedische herstelzorg is voorwaardelijke zorg.
Voorwaardelijke zorg is zorg die nog niet definitief is opgenomen in de basisverzekering maar bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode mag worden vergoed.
- Het voorschrift is uiterlijk zes maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 afgegeven.
- De eerste behandeling start binnen een maand na het voorschrift.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor verlenging diëtetiek als herstelzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft COVID-19 (Corona) gehad en ondervindt hiervan langetermijngevolgen zoals ernstige klachten of beperkingen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze eerstelijns paramedische herstelzorg is voorwaardelijke zorg.
Voorwaardelijke zorg is zorg die nog niet definitief is opgenomen in de basisverzekering maar bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode mag worden vergoed.
- Voorschrift voor verlenging van maximaal 6 maanden na de eerste behandelperiode van 6 maanden.
- De eerste behandeling start binnen een maand na het voorschrift.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Medisch specialist of huisarts heeft vastgesteld dat verlenging van zorg medisch noodzakelijk is.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Ergotherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.), verlenging ergotherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Ergotherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona).

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 10 behandelingen, maximaal, gedurende maximaal 6 maanden, tot 1 januari 2025 voor ergotherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona); en
- Vergoeding van 10 behandelingen, maximaal, gedurende maximaal 6 maanden, tot 1 januari 2025 voor verlenging ergotherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor ergotherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft COVID-19 (Corona) gehad en ondervindt hiervan ernstige klachten of beperkingen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze eerstelijns paramedische herstellzorg is voorwaardelijke zorg. Voorwaardelijke zorg is zorg die nog niet definitief is opgenomen in de basisverzekering maar bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode mag worden vergoed.
- Het voorschrift is uiterlijk zes maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 afgegeven.
- De eerste behandeling start binnen een maand na het voorschrift.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg. De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor verlenging ergotherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft COVID-19 (Corona) gehad en ondervindt hiervan langetermijngevolgen zoals ernstige klachten of beperkingen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze eerstelijns paramedische herstellzorg is voorwaardelijke zorg. Voorwaardelijke zorg is zorg die nog niet definitief is opgenomen in de basisverzekering maar bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode mag worden vergoed.
- Voorschrift voor verlenging van maximaal 6 maanden na de eerste behandelperiode van 6 maanden.
- De eerste behandeling start binnen een maand na het voorschrift.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Medisch specialist of huisarts heeft vastgesteld dat verlenging van zorg medisch noodzakelijk is.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg. De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Fysiotherapie en oefentherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.), verlenging fysiotherapie en oefentherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie en oefentherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona).

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 50 behandelingen, maximaal, gedurende maximaal 6 maanden, tot 1 januari 2025 voor fysiotherapie en oefentherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona); en
- Vergoeding van 50 behandelingen, maximaal, gedurende maximaal 6 maanden, tot 1 januari 2025 voor verlenging fysiotherapie en oefentherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor fysiotherapie en oefentherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft COVID-19 (Corona) gehad en ondervindt hiervan ernstige klachten of beperkingen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze eerstelijns paramedische herstellzorg is voorwaardelijke zorg.
Voorwaardelijke zorg is zorg die nog niet definitief is opgenomen in de basisverzekering maar bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode mag worden vergoed.
- Het voorschrift is uiterlijk zes maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 afgegeven.
- De eerste behandeling start binnen een maand na het voorschrift.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor verlenging fysiotherapie en oefentherapie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft COVID-19 (Corona) gehad en ondervindt hiervan langetermijnevolgen zoals ernstige klachten of beperkingen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze eerstelijns paramedische herstellzorg is voorwaardelijke zorg.
Voorwaardelijke zorg is zorg die nog niet definitief is opgenomen in de basisverzekering maar bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode mag worden vergoed.
- Voorschrift voor verlenging van maximaal 6 maanden na de eerste behandelperiode van 6 maanden.
- De eerste behandeling start binnen een maand na het voorschrift.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Medisch specialist of huisarts heeft vastgesteld dat verlenging van zorg medisch noodzakelijk is.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Logopedie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.), verlenging logopedie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Logopedie als herstellzorg na COVID-19 (Corona).

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 6 maanden, tot 1 januari 2025 voor logopedie als herstellzorg na COVID-19 (Corona); en
- Vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 6 maanden, tot 1 januari 2025 voor verlenging logopedie als herstellzorg na COVID-19 (Corona).
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor logopedie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft COVID-19 (Corona) gehad en ondervindt hiervan ernstige klachten of beperkingen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze eerstelijns paramedische herstellzorg is voorwaardelijke zorg.
Voorwaardelijke zorg is zorg die nog niet definitief is opgenomen in de basisverzekering maar bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode mag worden vergoed.
- Het voorschrift is uiterlijk zes maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 afgegeven.
- De eerste behandeling start binnen een maand na het voorschrift.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor verlenging logopedie als herstellzorg na COVID-19 (Corona) (artikel B.22.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft COVID-19 (Corona) gehad en ondervindt hiervan langetermijnegevolgen zoals ernstige klachten of beperkingen.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze eerstelijns paramedische herstellzorg is voorwaardelijke zorg.
Voorwaardelijke zorg is zorg die nog niet definitief is opgenomen in de basisverzekering maar bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode mag worden vergoed.
- Voorschrift voor verlenging van maximaal 6 maanden na de eerste behandelperiode van 6 maanden.

- De eerste behandeling start binnen een maand na het voorschrift.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Medisch specialist of huisarts heeft vastgesteld dat verlenging van zorg medisch noodzakelijk is.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Wijkverpleging en PGB

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Wijkverpleging (artikel B.26.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Wijkverpleging.
Het gaat hierbij om verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.
Onder bepaalde voorwaarden is het mogelijk om voor deze zorg een Persoons Gebonden Budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) aan te vragen. Het budget stellen wij vast op basis van geïndiceerde uren (verpleging en verzorging).

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Er is sprake van behoefte aan verpleging en verzorging waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg.
Het gaat om geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

Wat zijn de voorwaarden?

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg.
- De indicatiestelling en de te verlenen zorg moeten doelmatig zijn.
Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Als de zorg alleen bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en om eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen.

- Het zorgplan en de indicatiestelling moeten inhoudelijk voldoen aan het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
Bij de indicatie wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem.
De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. De HBO-verpleegkundige of verpleegkundig specialist die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, legt dit vast in een zorgplan. Deze zorgverlener is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan (dus de ingezette zorg), nog passen bij de zorgvraag. Als u een PGB heeft, kan deze betrokkenheid en bewaking anders zijn. De voorwaarden hiervoor vindt u in het Reglement Zvw-pgb.
Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolgbaar is.
Wilt u kiezen voor een PGB dan kijken wij aan de hand van de opgestelde voorwaarden en uw zorgindicatie of u in aanmerking komt voor een pgb-verpleging en verzorging (vv). Zie hiervoor ook het Reglement Zvw-pgb in de bijlage.
- De HBO verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, is aangesloten bij het netwerk dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert.
Dit is bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis.
- De zorgverlener of zorgverlenende instantie moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel.
De zorgverlener de zorg verleent en declareert heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code 'Verpleegkundige niveau 5' of hoger die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen.
Bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie. Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- Advies om bij zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd (integrale zorg) contact met ons op te nemen.
Bijvoorbeeld zorg vanuit de Zorgverzekeringswet, Jeugd-wet, WMO en Wlz.
Voor integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in deze verzekeringsvoorwaarden.
- Als u kiest voor een PGB, moet u zelf de taken en verplichtingen rond het PGB uit kunnen voeren.
 - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn, op verantwoorde manier uit te voeren. De aspecten die meewegen in onze beoordeling daarbij staan in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
 - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de zorgverleners die u heeft gekozen op zodanig aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of wordt van verantwoorde zorg;
 - U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.
Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan al deze voorwaarden te voldoen, dan verlenen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb, of we stellen aanvullende eisen waaraan moet worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb;
 - Alle specifieke voorwaarden en informatie over het aanvragen van PGB vindt u in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
- Voor zorg vanuit een PGB moet het gaan om zorg die u langer dan 1 jaar nodig heeft of het moet gaan om palliatieve terminale zorg (PTZ).
PTZ betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- De indicatiestelling voor volwassenen vanaf 18 jaar wordt gedaan door minimaal een BIG-geregistreerde HBO verpleegkundige.
De indicatie is opgesteld in uw eigen omgeving waarbij u zelf aanwezig bent.
- De indicatiestelling kinderen onder de 18 jaar wordt gedaan door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-kinderverpleegkundige of een verpleegkundig specialist.
 - Deze verpleegkundig specialist moet een opleiding tot kinderverpleegkundige hebben;
 - deze kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist moet werkzaam zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg)
 - de indicatie is opgesteld in de eigen omgeving van het kind waarbij het kind zelf aanwezig is met de ouder(s) of andere wettelijk vertegenwoordiger (bijvoorbeeld mentor of curator).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden en of de zorg verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel een akkoordverklaring van ons nodig. De aanvraag van een niet-gecontracteerde zorgverlener is alleen geldig als de indicatie niet ouder is dan 3 maanden.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij herbeoordeling van de zorgbehoefte.
U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen door een andere verpleegkundige. Deze herbeoordeling wordt alleen vergoed als u hier vooraf toestemming van ons voor heeft gekregen. Wij kunnen hierbij een andere verpleegkundige aanwijzen. Wij kunnen die toestemming bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, voordat u een herbeoordeling aanvraagt.
Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Dan kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.
- Uw aanvraag voor PGB beoordelen wij aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set.
Meer informatie hierover en over een eventuele akkoordverklaring vindt u in de Bijlage Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
Het Zvw-pgb-aanvraagformulier staat op onze website. Of u kunt het telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Verpleegkundige niveau 4 of 5 met BIG-registratie.
- Zorgverlener (beroepskracht) die bevoegd en bekwaam is voor de handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen.
Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kunt u contact opnemen met ons Zorgteam.
- Als u de zorg inkoopt met een PGB kan het ook een andere zorgverlener zijn dan de bovenstaande zorgverleners. De voorwaarden voor die zorgverlener kunt u vinden in het Reglement Zvw-pgb.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Bij u thuis.
- Intensieve kindzorg kan ook in kinderhospice of verpleegkundig dagverblijf plaatsvinden.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kraamzorg.
Deze zorg vergoeden wij uit het artikel 'Zorg na de bevalling'.
- Wijkverpleging in combinatie met verblijf in een instelling, behalve als het om Intensieve Kindzorg gaat.
- U kunt geen zorg met PGB inkopen ingeval van Intensieve Kindzorg in combinatie met verblijf in een instelling.

- Zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).
Deze zorg valt onder de Jeugdwet omdat de zorg dan niet in geneeskundige context plaatsvindt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zorg na de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Kraamzorg en verloskundige zorg na de bevalling bij u thuis (artikel B.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Verloskundige zorg na de bevalling bij u thuis.
- Kraamzorg na de bevalling bij u thuis.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, verdeeld over maximaal 6 weken voor kraamzorg en verloskundige zorg na de bevalling bij u thuis.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg is € 5,10 per uur.
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- U regelt de kraamzorg zelf. U doet dit uiterlijk in de 20e week van uw zwangerschap.
Voor advies of hulp kunt u contact met ons opnemen.
- De inschrijving en intake voor kraamzorg gebeurt vóór de bevalling of de kraamzorg.
Dit mag bij u thuis of telefonisch. Tijdens de intake bespreekt u het aantal dagen kraamzorg en het aantal uren per dag.
- De verloskundige of medisch specialist stelt na de bevalling vast hoeveel uren en dagen er kraamzorg nodig is.
Dit gebeurt aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze website.
- De kraamzorg volgt direct op de bevalling.
De kraamzorg is voor:
 - de (biologische) moeder;
 - de verzorger (bijv. bij adoptie of draagmoederschap). Een verloskundige of medisch specialist stelt dit vast;
 - het geboren kind (of kinderen).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Kraamverzorgende.
De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:

- de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
- is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
- werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).
- Verloskundige.
De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Kraamzorg en verloskundige zorg na de bevalling als u kiest voor een bevalling in een ziekenhuis (open verloskamer) of geboortecentrum (artikel B.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Verloskundige zorg na de bevalling als u kiest voor een bevalling in een ziekenhuis (open verloskamer) of geboortecentrum.
Er is geen medische indicatie geweest voor de bevalling.
- Kraamzorg na de bevalling als u kiest voor een bevalling in een ziekenhuis (open verloskamer) of geboortecentrum.
Er is geen medische indicatie geweest voor de bevalling.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, verdeeld over maximaal 6 weken, maximaal € 143 per persoon per dag voor kraamzorg en verloskundige zorg na de bevalling als u kiest voor een bevalling in een ziekenhuis (open verloskamer) of geboortecentrum.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per persoon per dag.
Voorbeeld eigen bijdrage en maximale vergoeding.
Als u bevalt zonder medische indicatie in een instelling:
 - Is de vergoeding voor moeder en kind 2x € 143,- per dag. De totale vergoeding is € 286,- voor deze bevalling.
 - Maar wij trekken daar voor beiden € 20,- aan wettelijke eigen bijdragen vanaf; dat is € 40,-.
 - U krijgt dus € 286,- minus € 40,- = maximaal € 246,- per dag van ons.
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- U regelt de kraamzorg zelf. U doet dit uiterlijk in de 20e week van uw zwangerschap.
Voor advies of hulp kunt u contact met ons opnemen.
- De inschrijving en intake voor kraamzorg gebeurt vóór de bevalling of de kraamzorg.
Dit mag bij u thuis of telefonisch. Tijdens de intake bespreekt u het aantal dagen kraamzorg en het aantal uren per dag.
- De verloskundige of medisch specialist stelt na de bevalling vast hoeveel uren en dagen er kraamzorg nodig is.
Dit gebeurt aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

- De kraamzorg volgt direct op de bevalling.
De kraamzorg is voor:
 - de (biologische) moeder;
 - de verzorger (bijv. bij adoptie of draagmoederschap). Een verloskundige of medisch specialist stelt dit vast;
 - het geboren kind (of kinderen).
- Kraamzorg in een instelling telt mee in het totaal aantal uren dat u voor kraamzorg thuis heeft afgesproken.
Tijdens de intake voor kraamzorg heeft u een aantal uren kraamzorg afgesproken. Als u in een instelling (ziekenhuis of geboortecentrum) bevalt en daar nog een aantal dagen verblijft dan krijgt u daar ook kraamzorg. Dit is verplaatste kraamzorg; de kraamzorg die u thuis zou krijgen, wordt verplaatst naar de instelling. Deze uren kraamzorg gaan af van de uren die tijdens de intake zijn besproken.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Geboortecentrum.
Een instelling voor eerstelijns verloskundige zorg (ofwel geboortehotel of bevalcentrum) in een ziekenhuis. U kunt hier bevallen en eventueel verblijven tijdens de kraamperiode.
- Kraamhotel.
Een instelling waar u tijdens de kraamperiode kunt verblijven en kraamzorg kunt ontvangen. In een kraamhotel kunt u niet bevallen.
- Kraamverzorgende.
De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
 - de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
 - is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
 - werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).
- Verloskundige.
De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Kraamzorg en verloskundige zorg na een bevalling met een medische indicatie in het ziekenhuis (artikel B.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Kraamzorg en verloskundige zorg na een bevalling met een medische indicatie in het ziekenhuis.
Het gaat om zorg na de bevalling in een instelling voor medische specialistische zorg. Tijdens een eventuele opname bevat deze zorg ook medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de medisch specialistische zorg horen.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- De kraamzorg volgt direct op de bevalling.
De kraamzorg is voor:
 - de (biologische) moeder;
 - de verzorger (bijv. bij adoptie of draagmoederschap). Een verloskundige of medisch specialist stelt dit vast;
 - het geboren kind (of kinderen).
- Bij opname of verblijf is de kraamzorg inbegrepen in de opname (verpleging en verzorging).
Aan de hand van het aantal opnamedagen worden uw resterende uren/dagen kraamzorg vastgesteld.
- U heeft een medische indicatie voor deze zorg.
U krijgt een medische indicatie als er rondom de zwangerschap of de bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Verloskundige.
- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Physician assistant.
- Verpleegkundig specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Verloskundige.
De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Instelling voor medisch specialistische zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zorg tijdens de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Verloskundige zorg tijdens een thuisbevalling (artikel B.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Thuisbevalling.
Het gaat om de verloskundige zorg tijdens de bevalling zonder medische indicatie. Dit is inclusief voor- en nazorg. U krijgt deze zorg bij u thuis. Hierbij hoort ook de assistentie van een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling (partusassistentie). Deze wordt gegeven op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie' tot maximaal het aantal uren zoals vastgesteld in het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Onder bevalling verstaan wij het einde van de zwangerschap na de 16e week.
- De maximumvergoeding per dag en de wettelijke eigen bijdrage per dag blijft hetzelfde, ongeacht of er sprake is van 1 kind of een meerling.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Verloskundige.
De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Huisarts.
Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). De zorg kan ook geleverd worden onder verantwoordelijkheid van een huisarts.
- Verpleegkundige.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Kraamverzorgende.
De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
 - de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
 - is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
 - werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Verloskundige zorg in een ziekenhuis of geboortecentrum (artikel B.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Verloskundige zorg in een ziekenhuis of geboortecentrum.
Het gaat om de verloskundige zorg tijdens de bevalling zonder medische indicatie. Dit is inclusief voor- en nazorg. U krijgt deze zorg in een ziekenhuis (poliklinische bevalling in een open verloskamer) of in een geboortecentrum.
Hierbij hoort ook de assistentie van een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling (partusassistentie). Deze wordt gegeven op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie' tot maximaal het aantal uren zoals vastgesteld in het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, maximaal € 246 voor verloskundige zorg in een ziekenhuis of geboortecentrum.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Als er meer dan € 246 wordt gerekend voor de bevalling, moet u het bedrag boven de € 246 zelf betalen.
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Onder bevalling verstaan wij het einde van de zwangerschap na de 16e week.
- De maximumvergoeding per dag en de wettelijke eigen bijdrage per dag blijft hetzelfde, ongeacht of er sprake is van 1 kind of een meerling.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Verloskundige.
De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Huisarts.
Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). De zorg kan ook geleverd worden onder verantwoordelijkheid van een huisarts.
- Verpleegkundige.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

- **Kraamverzorgende.**

De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.

De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:

- de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
- is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
- werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Verloskundige zorg tijdens de bevalling in een ziekenhuis onder begeleiding van een medisch specialistisch team (artikel B.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Verloskundige zorg tijdens de bevalling in een ziekenhuis onder begeleiding van een medisch specialistisch team.

Het gaat om verloskundige zorg met medische indicatie. Dit is inclusief voor- en nazorg. Als u een medische indicatie krijgt voor uw bevalling, betekent dit dat u in het ziekenhuis moet bevallen onder begeleiding van een medisch specialistisch team. Hierbij hoort ook de assistentie van een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling (partusassistentie). Deze wordt gegeven op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie' tot maximaal het aantal uren zoals vastgesteld in het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor verloskundige zorg tijdens de bevalling in een ziekenhuis onder begeleiding van een medisch specialistisch team.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Onder bevalling verstaan wij het einde van de zwangerschap na de 16e week.
- De uren die u na de bevalling op medische indicatie in de instelling verblijft worden in mindering gebracht op het totaal aantal kraamuren waar u in de thuissituatie recht op zou hebben gehad.
Dit is verplaatste kraamzorg; de geïndiceerde kraamzorg die thuis gegeven zou worden, wordt verplaatst naar de instelling.
- U heeft een medische indicatie voor deze zorg.
U krijgt een medische indicatie als er rondom de zwangerschap of de bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Verloskundige.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Verpleegkundige.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Kraamverzorgende.
De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
 - de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
 - is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
 - werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zorg voor de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie (artikel B.5.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie.
Het gaat hierbij om al deze zorg:
 - Het inbrengen van een spiraaltje (IUD) / implanteren of verwijderen implanonstaafje;
 - Preconceptieconsult: advies en informatie op verzoek van de verzekerde, om zo gezond mogelijk te beginnen aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs, gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (zoals arbeidsomstandigheden), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties, medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten en vaccinaties;
 - Verloskundige en preventieve zorg tijdens de zwangerschap ter bevordering van een goede gezondheid voor moeder en kind.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor spiraaltje (IUD) of implanonstaafje zelf (voor het inbrengen of verwijderen geldt geen eigen risico).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg met medische indicatie (artikel B.5.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg met medische indicatie.
 - preconceptieconsult: advies en informatie op verzoek van de verzekerde, om zo gezond mogelijk te beginnen aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs, gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (zoals arbeidsomstandigheden), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties, medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten en vaccinaties; en
 - Verloskundige en preventieve zorg tijdens de zwangerschap ter bevordering van een goede gezondheid voor moeder en kind.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor het inbrengen van een spiraaltje (IUD) of het implanteren of verwijderen implanonstaafje.

Wat zijn de voorwaarden?

- U heeft een medische indicatie voor deze zorg.
U krijgt een medische indicatie als er rondom de zwangerschap of de bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Physician assistant.

- Verloskundige.
- Verpleegkundig specialist.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Gynaecoloog.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Instelling voor medisch specialistische zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Algemene termijnecho (artikel B.5.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Algemene termijnecho.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts bij behandeling door medisch specialist of echoscopist.
- Verloskundige bij behandeling door een medisch specialist of echoscopist.
- Physician assistant bij behandeling door een medisch specialist of echoscopist.
- Een verwijzing is niet nodig als u al in behandeling bent bij een medisch specialist voor de verloskundige zorg.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Huisarts.
Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). De zorg kan ook geleverd worden onder verantwoordelijkheid van een huisarts.

- Verloskundige.
De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Echoscopist.
Degene die een (para-)medische opleiding op minimaal hbo-niveau heeft afgerond en is ingeschreven in het register voor echoscopie van de KNOV of het register van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN).
De zorg vindt plaats in echocentrum of prenataal screeningscentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Specifieke diagnose echo (artikel B.5.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Specifieke diagnose echo.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- U heeft een medische indicatie voor deze zorg.
U krijgt een medische indicatie als er rondom de zwangerschap of de bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts bij behandeling door medisch specialist of echoscopist.
- Verloskundige bij behandeling door een medisch specialist of echoscopist.
- Physician assistant bij behandeling door een medisch specialist of echoscopist.
- Een verwijzing is niet nodig als u al in behandeling bent bij een medisch specialist voor de verloskundige zorg.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Huisarts.
Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
De zorg vindt plaats in de praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet in ziekenhuishuis of Z.B.C. of verpleeghuis). De zorg kan ook geleverd worden onder verantwoordelijkheid van een huisarts.

- Verloskundige.
De verloskundige staat in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).
- Echoscopist.
Degene die een (para-)medische opleiding op minimaal hbo-niveau heeft afgerond en is ingeschreven in het register voor echoscopie van de KNOV of het register van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN).
De zorg vindt plaats in echocentrum of prenataal screeningscentrum.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Prenatale screening zonder medische indicatie (artikel B.5.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Prenatale screening in de vorm van counseling.
Tijdens de counseling ontvangt u uitleg over de prenatale screening.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Verloskundig counselor.
Een counselor heeft een kwaliteitsovereenkomst met een Regionaal Centrum en voldoet aan de gestelde eisen zoals staat in "Kwaliteitseisen counseling prenatale screening" afgegeven door RIVM.
Tevens voldoet de counselor aan de bijscholing vereisten.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Prenatale screening met medische indicatie (artikel B.5.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Prenatale screening met medische indicatie in de vorm van de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor prenatale screening met medische indicatie.

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- U heeft een medische indicatie voor deze zorg.
U krijgt een medische indicatie als er rondom de zwangerschap of de bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby.
- Er is een medische indicatie voor invasieve diagnostiek.
Er kan ook een medische indicatie voor invasieve diagnostiek zijn als uit een NIPT een aanmerkelijke kans blijkt op een foetus met een chromosoom afwijking.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts bij behandeling door medisch specialist of echoscopist.
- Verloskundige bij behandeling door een medisch specialist of echoscopist.
- Een verwijzing is niet nodig als u al in behandeling bent bij een medisch specialist voor de verloskundige zorg.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist Wbo.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) en die voor prenatale screening: - een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo); of - een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo).
- Huisarts Wbo.
Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) en die voor prenatale screening: - een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo); of - een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo).
- Verloskundige Wbo.
Een verloskundige, opgenomen in het kwaliteitsregister van de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen) die voor prenatale screening: - een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo); of - een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo).
De zorg vindt plaats in geboortecentrum, kraamhotel, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats.
- Echoscopist Wbo.
Degene die een (para-)medische opleiding op minimaal hbo-niveau heeft afgerond, is ingeschreven in het register voor echoscopie van de KNOV of het register van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN) en die voor prenatale screening: - een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo); of - een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo).
De zorg vindt plaats in echocentrum of prenataal screeningscentrum.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Bloedafnamelocatie moet zijn erkend op basis van de TRIDENT-studie omdat de niet-invasieve prenatale test (NIPT) wordt uitgevoerd in het kader van wetenschappelijk onderzoek (de TRIDENT studie).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Inschrijving en intake kraamzorg (artikel B.5.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Inschrijving en intake kraamzorg.
De intake bestaat uit het bespreken van de kraamzorg (inhoud en aantal uren) die u gaat krijgen na de bevalling.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, 1x per zwangerschap voor inschrijving en intake kraamzorg.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het aantal uren kraamzorg wordt geïndiceerd op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).
- De inschrijving en intake kunnen bij u thuis of telefonisch plaatsvinden.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Instelling die kraamzorg levert.
- Kraamverzorgende.
De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden:
 - de kwalificatie (kraam)verzorgende heeft niveau 3 of gelijkwaardig;
 - is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg;
 - werkt volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kosten voor inschrijving bij een geboortecentrum of kraamhotel.
Behalve als u de hele kraamperiode daar verblijft en u thuis geen kraamzorg meer krijgt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zorg zintuigelijk beperkten

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Zorg voor zintuigelijk beperkten (artikel B.25.), zorg voor zintuigelijk beperkten met verblijf of opname (artikel B.25.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Multidisciplinaire geneeskundige zorg voor zintuigelijk beperkten.
De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren.
- Multidisciplinaire geneeskundige zorg met verblijf of opname voor zintuigelijk beperkten.
De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren.

Wat is uw vergoeding?

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

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor zorg voor zintuigelijk beperkten (artikel B.25.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een auditieve beperking (gehoor).
 - U heeft een communicatieve beperking (spraak) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.
Voor niet-autistische kinderen en jong volwassenen tot de leeftijd van 23 jaar.
 - U heeft een visuele beperking (zicht).

Wat zijn de voorwaarden?

- Auditieve beperking volgens FENAC-richtlijnen voor diagnostiek.
Het drempelverlies bij het audiogram bedraagt ten minste 35 dB, of het drempelverlies is groter dan 25 dB.
- Communicatieve beperking door taalontwikkelingsstoornis, vastgesteld volgens multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen.
 - de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren; - de taalontwikkelingsstoornis is primair, dus andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) is ondergeschikt aan de taalontwikkelingsstoornis.
- Visuele beperking volgens NOG-richtlijnen voor diagnostiek.
 - een gezichtsscherpte van minder dan 0.3 aan het beste oog; of - een gezichtsveld van minder dan 30 graden; of - een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Medisch specialist bij nieuwe stoornis.
Als de stoornis of beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis of beperking is gewijzigd. Een medisch specialist verwijst op grond van de NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg .
- Klinisch fysicus bij nieuwe stoornis.
Als de stoornis of beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis of beperking is gewijzigd.
- Huisarts bij bijkomende zorgbehoefte.
Als de stoornis of beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.
- Jeugdarts bij bijkomende zorgbehoefte.
Als de stoornis of beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Multidisciplinair team in instelling voor zintuiglijk beperkten.
De zorgverleners binnen het multidisciplinair team, hun werkzaamheden en de voorwaarden daaraan staan in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering.
- GZ-psycholoog (namens de orthopedagoog) is eindverantwoordelijk voor de auditieve en communicatie zorg.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.
- Oogarts, GZ-psycholoog of klinisch fysicus is eindverantwoordelijk is voor de geleverde visuele zorg.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en blijkt uit de verwijzing.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling van taalontwikkelingsstoornis en/of articulatieprobleem in verband met anderstaligheid en dialect.
- Behandeling met een onderwijskundig doel.
- Taal- of spellingsonderzoek.
- Behandeling of onderzoek dat te maken heeft met dyslexie.
- Behandeling voor medisch opvoedkundige kwesties.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor zorg voor zintuiglijk beperkten met verblijf of opname (artikel B.25.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een medische indicatie voor verblijf volgens indicatieprotocol.

Wat zijn de voorwaarden?

- De voorwaarden in het indicatieprotocol zijn van toepassing.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor verblijf langer dan 1 jaar.
De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Multidisciplinair team in instelling voor zintuiglijk beperkten.
De zorgverleners binnen het multidisciplinair team, hun werkzaamheden en de voorwaarden daaraan staan in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Bijlage Begrippen

Aanvullende verzekering

Een overeenkomst die u als aanvulling op uw basisverzekering kunt afsluiten voor de vergoeding van zorg en zorgkosten.

De inhoud en omvang van uw aanvullende verzekering worden bepaald door ons. Wij hebben deze vastgelegd in uw verzekeringsvoorwaarden.

Afgesproken tarief

Het (gemiddelde) tarief dat wij in contracten met zorgverleners voor bepaalde zorg afspreken. De afgesproken tarieven vindt u op onze website.

AGB-code

Een Algemeen Gegevens Beheer (AGB)-code is een unieke, landelijke code waarmee de zorgverlener kan worden herkend in Vektis. Vektis is een landelijk register met daarin alle noodzakelijke (zorg)informatie om het declareren, de zorginkoop, het contracteren en het 'gidsen' van de zorg mogelijk te maken.

Behandeling

Het (fysieke of online) contact met een of meer zorgverleners voor zorgverlening of advisering. Onder behandeling verstaan wij geen cursussen en trainingen.

Behandelveorstel (of voorschrift)

Hierin staat welke zorg (onderzoek, behandeling of therapie) u nodig heeft. Voor medicijnen krijgt u een recept.

Buitenland

Elk ander land dan het land waar u woont.

CAK

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) staat genoemd in artikel 6.1.1., eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

Consult

Een contact met een zorgverlener. Het kan gaan om advies, een doorverwijzing, een gesprek over de voorgeschiedenis, lichamelijk onderzoek, het stellen van een diagnose of een aanvullend onderzoek als dit medisch noodzakelijk is.

Dagbehandeling

Zorg op een afdeling voor dagverpleging in een instelling voor medisch specialistische zorg (zoals een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum). Het kan ook gaan om medisch onderzoek of een behandeling in een instelling voor revalidatie. De zorg is algemeen voorzienbaar en duurt een aantal uren. Er is geen sprake van een opname.

DBC Zorgproduct

Een Diagnose Behandel Combinatie (DBC-zorgproduct of DBC) is een code die het totale behandeltraject binnen de medisch specialistische zorg (MSZ) beschrijft. Een DBC bevat alle kosten die de zorgverlener maakt om u de juiste zorg te kunnen geven. Dus ook kosten die niet direct met uw behandeling te maken hebben. Het tarief van een DBC is een gemiddelde van de gemaakte kosten bij een bepaald behandeltraject.

De startdatum van een DBC is de datum van het eerste contact met de zorgverlener en is bepalend voor de vergoeding. De nota wordt afgehandeld op de startdatum van de DBC. Als de ingangsdatum van een DBC buiten de looptijd van uw verzekering valt, dan vallen de kosten van die DBC buiten de dekking.

Een ziekenhuis kan naast een DBC ook behandelingen in rekening brengen die vallen onder 'overige zorgproducten' (OZP). Dit zijn vaak enkelvoudige behandelingen waar geen behandeltraject aan vast zit. Het gaat dan bijvoorbeeld om diagnostiek op verzoek van de huisarts, zoals het maken van een echo of foto. Of voor kaakchirurgie.

Ook specifieke dure zorg wordt als OZP gedeclareerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om intensive care zorg, dure medicijnen en bloedproducten.

Diagnostiek

Het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem, de ziekte of aandoening van een patiënt.

EU- en EER-staat

De EU-staten (Europese Unie) zijn:

België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische Eilanden), Tsjechië en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

Niet tot de EU behoren onder andere: Andorra, Monaco, de Kanaaleilanden, Man, San Marino en Vaticaanstad.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn: bovenstaande EU-staten, Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Toelichting: Het Verenigd Koninkrijk inclusief Gibraltar hebben per 31 januari 2020 de EU verlaten.

Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de rekening staat. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten die u heeft gemaakt en aan u in rekening zijn gebracht.

Hulpmiddelen in bruikleen

Dit zijn medische hulpmiddelen die u mag gebruiken zolang u bij ons hiervoor verzekerd bent. Wij of de zorgverlener sluiten hiervoor een bruikleenovereenkomst met u. Hierin staan uw rechten en verplichtingen bij bruikleen. Bij beëindiging van uw verzekering moet u het hulpmiddel teruggeven.

Wij vergoeden rechtstreeks aan de zorgverlener als u het hulpmiddel van een gecontracteerde zorgverlener in bruikleen krijgt.

Koopt u een hulpmiddel dat normaal in bruikleen wordt gegeven bij een niet-gecontracteerde zorgverlener dan krijgt u niet zondermeer de gehele aanschafwaarde vergoed. Wij vergoeden aan u dan de gebruikskosten voor een jaar zoals we die ook bij een gecontracteerde zorgverlener vergoeden.

Voor hulpmiddelen in bruikleen bent u geen kosten verschuldigd; daarom betaalt u hiervoor geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.

Hulpmiddelen in eigendom

Dit zijn hulpmiddelen die u volgens uw verzekeringsvoorwaarden in eigendom krijgt. Die zijn dan van u, u bent de eigenaar. De aanschafkosten worden verrekend met uw eigen risico.

Als u een hulpmiddel in eigendom krijgt, is dit voor eigen gebruik. U mag u dit hulpmiddel niet doorverkopen.

Jaar

Kalenderjaar. Alleen als het gaat om de leeftijd van iemand, wordt niet 'kalenderjaar' maar levensjaar bedoeld.

Maand

Kalendermaand.

Marktconform tarief

Dit is het tarief dat in de Nederlandse markt in redelijkheid passend is voor een bepaalde behandeling. Hierbij kijken we welke bedragen zorgverleners gemiddeld in rekening brengen voor die behandeling. Dit betekent dat wij onredelijk hoge bedragen niet helemaal vergoeden. Zie hiervoor ook artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

(Medisch) adviseur

De arts, apotheker, tandarts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons adviseert. Het gaat dan om advies over medische zorg, farmacotherapeutische zorg, tandheelkundige zorg, fysiotherapeutische zorg of een ander zorginhoudelijk vakgebied.

Medische indicatie

De aandoening of ziekte die een arts (vermoedt of) vaststelt waarmee u toegang krijgt tot bepaalde zorg.

Ongeval

Een plotselinge, onverwachte en niet gewilde gebeurtenis van buitenaf. Deze gebeurtenis leidt rechtstreeks tot objectief medisch aan te tonen fysiek letsel.

Dit geldt ook als u de gebeurtenis niet heeft voorzien en redelijkerwijs ook niet kon voorzien.

We stellen een acute ernstige ziekte gelijk met een ongeval als:

- zorg op medische gronden direct nodig en niet uit te stellen is of als een ziekte of aandoening levensbedreigend is; en
- deze benodigde zorg onder de basisverzekering valt; en
- naar objectieve medische maatstaven binnen een halfjaar geen herstel te verwachten is.

Voorbeeld ongeval.

- wondinfectie of bloedvergiftiging;
- verstuiking, ontwrichting of scheuring van band- en spierweefsel;
- het (onvrijwillig) binnenkrijgen van of vergiftiging met gasen, dampen, vloeibare of vaste stoffen of voorwerpen, behalve wanneer sprake is van bewust gebruik van alcohol, medicijnen of drugs;
- besmetting door ziekteverwekkers of vergiftiging als u onvrijwillig in een (vloeistof) valt, of als u er zelf ingaat om een mens, dier of voorwerp te redden;
- verdrinking, verstikking, bevriezing, onderkoeling, zonnesteek of verbranding (anders dan door zonnebaden), blikseminslag of andere elektrische ontlading, of in aanraking komen met bijtende stoffen;
- natuurgeweld zoals aardbeving, overstroming, tsunami/vloedgolf, orkaan of vulkanische uitbarsting;
- verhongering, uitdroging en uitputting;
- complicaties of verergering van letsel na een noodzakelijke medische behandeling na een ongeval;
- besmetting met HIV door een bloedtransfusie of een injectie met een besmette naald tijdens behandeling in een ziekenhuis.

Opname

Een periode van verpleging en behandeling met overnachting op een afdeling voor verpleging in een instelling voor medisch specialistische zorg (zoals een ziekenhuis). De opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geneeskundige zorg.

We bedoelen niet verblijf in een polikliniek, niet een dagopname of spoedeisende hulp en ook niet verblijf in een instelling voor revalidatie.

Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw basisverzekering. Hierbij gelden deze regels:

- bij een onderbreking van uw opname korter dan 31 dagen tellen de dagen van de onderbreking niet mee, maar tellen we na de onderbreking wel verder voor het totaal;
- bij een onderbreking van uw opname van meer dan 30 dagen gaan we na de onderbreking opnieuw tellen voor het totaal;
- bij een onderbreking voor weekend- en vakantieverlof tellen deze dagen van onderbreking wel mee voor het totaal aantal dagen.

Polis(blad)

Het bewijs van verzekering.

Schriftelijk

Een fysieke of digitale informatiedrager waarbij de informatie begrijpelijk is, bewaard kan worden en reproduceerbaar is. Onder digitale informatiedrager verstaan wij ook internet en e-mailberichten. Onder schriftelijk valt bijvoorbeeld communicatie per brief, e-mail of via de Mijn-omgeving.

Spoedeisende zorg

Medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden. De zorg wordt naar algemeen geldend oordeel in de kring der beroepsgenoten redelijkerwijs als spoedeisend aangeduid.

Tarief

Het geldbedrag voor verleende zorg of geleverde middelen dat we als uitgangspunt nemen voor vergoeding van die zorg of middelen. We kennen verschillende soorten tarieven.

Verdragsland

Nederland heeft een verdrag over sociale zekerheid gesloten met daarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg met: Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Ook dit zijn verdragslanden:

- alle lidstaten van de Europese Unie (EU) behalve Nederland;
- alle staten die deelnemer zijn bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte (EER);
- Zwitserland;
- Verenigd Koninkrijk.

Verwijzing

Voor bepaalde zorg moet u vóór een consult of vóór de aanvang van de zorg een verwijzing (verwijsbriefje) hebben. Deze verwijzing is het advies van een zorgverlener om voor een consult of zorg naar een ander zorgverlener te gaan. In de voorwaarden noemen we onder 'verwijzing' welke zorgverlener deze verwijzing moet afgeven.

Verzekerde

Degene die recht heeft op (vergoeding van) verzekerde zorg volgens onze verzekeringsvoorwaarden. De verzekerde kan ook verzekeringnemer zijn.

In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij verzekerde en verzekeringnemer aan met 'u' en 'uw'. Uit de strekking en inhoud van de verzekeringsvoorwaarden kunt u opmaken of wij de verzekerde of de verzekeringnemer bedoelen.

Waar we spreken van 'hij', 'hem' en 'zijn', kan ook respectievelijk 'zij', 'haar' en 'haar' gelezen worden.

Verzekering

Een overeenkomst van verzekering kan bestaan uit een basisverzekering met eventueel één of meer aanvullende verzekeringen.

Als de verzekering bestaat uit een combinatie van 2 of meer overeenkomsten van verzekering dan bevat die ten hoogste één basisverzekering.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekering met ons heeft gesloten, de premie en kosten moet betalen en als enige de verzekering kan wijzigen en opzeggen. De polis staat op naam van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer kan ook verzekerde zijn.

In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met 'u' en 'uw'. Uit de strekking en inhoud van de verzekeringsvoorwaarden kunt u opmaken of wij de verzekerde of de verzekeringnemer bedoelen.

Waar we spreken van 'hij', 'hem' en 'zijn', kan ook respectievelijk 'zij', 'haar' en 'haar' worden gelezen.

Wettelijke eigen bijdrage

Zorg die in uw basisverzekering zit en waarvan u kosten geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen. Eigen bijdragen zijn wettelijk vastgesteld. Een wettelijke eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten.

Wettelijke eigen bijdrage is iets anders dan eigen risico. Wettelijke eigen bijdragen en eigen risico kunnen naast elkaar gelden voor dezelfde verzekerde zorg. Dit betekent dat een wettelijke eigen bijdrage én eigen risico voor uw rekening kunnen komen.

Wettelijk maximum tarief

Het maximale tarief dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vaststelt voor bepaalde zorg. Het tarief van de zorgverlener mag dus niet hoger maar wel lager zijn.

Wettelijk vast tarief

Het vaste tarief dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vaststelt voor bepaalde zorg. Het tarief van de zorgverlener mag dus niet hoger en ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel 'punttarieven' genoemd.

Bijlage Algemene Voorwaarden

A.1A. Aanvullende begrippen

Basisverzekering

Uw basisverzekering is een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw). De overheid bepaalt de inhoud en omvang van uw basisverzekering.

Gezinsleden

Gezinsleden wonen op hetzelfde adres en vormen een gezamenlijke huishouding. Hieronder verstaan wij:

- volwassenen die elkaars enige levenspartner zijn;
- kinderen tot 18 jaar (ook adoptiekinderen en pleegkinderen);
- studerende kinderen van 18 jaar tot en met 30 jaar (zij hoeven niet op hetzelfde adres als de verzekeringnemer te wonen);
- een bedrijf of instelling die een collectieve overeenkomst met ons heeft kan ook iemand als gezinslid aanwijzen.

Een gezinslid heeft een eigen polis of is meeverzekerd op de polis van een ander gezinslid.

Zorgverzekeraar

Uw zorgverzekeraar is CZ Zorgverzekeringen N.V., ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel onder nummer 27093766. Dit is een zorgverzekeraar overeenkomstig de Zorgverzekeringswet en biedt zorgverzekeringen aan en/of voert deze uit. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'wij' of 'ons' staat, moet CZ worden gelezen.

A.2. Verzekeringsgrondslag

Polisblad

Uw verzekering(en) staan op uw polisblad. U krijgt van ons ieder jaar een nieuw polisblad. U krijgt ook een nieuw polisblad als er verandering is in de gegevens op uw polis.

Zie ook:

[Polis\(blad\)](#) (begrippen)

Algemene basis van uw verzekering

Wij baseren uw verzekering op:

- uw aanmeldformulier met de gegevens die u invult of die iemand namens u invult;
- informatie en verklaringen die wij van u krijgen of van iemand anders namens u;
- de door u gekozen verzekeringen die op uw polisblad staan;
- de verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekering(en) horen;
- protocollen, reglementen en bijlagen;
- eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten.

Grondslag van uw basisverzekering

Uw basisverzekering is ook gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet;
- het Besluit zorgverzekering;
- de Regeling zorgverzekering;
- de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- de regelingen van bevoegde toezichthouders over zorgverzekeringen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland ('standpunten').

Natura basisverzekering

Uw basisverzekering is een 'naturaverzekering'. U bent verzekerd voor zorg (in natura).

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt waardoor u ook een fysieke pas ontvangt. Dit kan een pasje zijn met of zonder EHIC.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit?
- Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep.
- Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit?

- Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie.
Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig.
- De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit?
- Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.

Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
- de ingangsdatum van uw dienstverband;
- inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.

Ingangsdatum en wijziging

Uw verzekering gaat in op de datum waarop wij uw aanmelding ontvangen. Als u nog bij een andere verzekeraar verzekerd bent dan kunt u aangeven dat uw verzekering later in moet gaan. De ingangsdatum moet wel aansluiten op uw vorige verzekering. De ingangsdatum van uw verzekering staat op uw polisblad. U kunt aangeven dat uw verzekering veranderd moet worden. Dan beëindigen wij de verzekering die u op dat moment heeft omdat deze niet tegelijk met uw nieuwe verzekering kan lopen. Uw nieuwe verzekering komt dan dus in de plaats van uw oude verzekering.

Ingangsdatum basisverzekering met terugwerkende kracht

U wilt uw basisverzekering laten ingaan op de dag waarop uw verzekeringsplicht ontstaat. Dit kan als uw aanvraag binnen 4 maanden na deze ingangsdatum bij ons binnen is.

Als u ten onrechte niet verzekerd bent

Moet u zich volgens de Zorgverzekeringswet verzekeren voor een basisverzekering maar bent u (nog) niet verzekerd? Dan kunt u zich alsnog bij ons aanmelden. We moeten dan wel alle documenten die nodig zijn op tijd ontvangen:

- binnen 4 maanden nadat uw verzekeringsplicht is ingegaan; of
- binnen 1 maand nadat uw eerdere basisverzekering is beëindigd.

Verzekeringsduur basisverzekering

Uw basisverzekering duurt één heel jaar. Gaat uw basisverzekering in de loop van het jaar in? Dan duurt uw basisverzekering tot 1 januari.

Jaarlijkse verlenging

Wij verlengen uw verzekering op 1 januari steeds met één jaar. Wij geven dit aan u door samen met de veranderingen voor het nieuwe verzekeringsjaar. U kunt dan uw verzekering veranderen of opzeggen.

A.5. U wil uw verzekering beëindigen

Herroeping

Heeft u een (nieuwe) verzekering afgesloten? Dan mag u uw verzekering gratis herroepen. Herroepen betekent dat uw verzekering eindigt alsof deze niet heeft bestaan. Dat kan ook met terugwerkende kracht. U hoeft hier geen reden voor op te geven.

Voor herroeping gelden de volgende voorwaarden:

- u bent de verzekeringnemer;
- de herroeping is schriftelijk;
- de herroeping gaat om een verzekering die u kort geleden heeft afgesloten;
- de herroeping is binnen 14 dagen nadat de verzekering is ingegaan of binnen 14 dagen nadat u de polis heeft ontvangen.

Als u al premie en kosten heeft betaald dan krijgt u deze binnen 30 dagen terug. Heeft u al vergoedingen ontvangen? Dan moet u deze binnen 30 dagen terugbetalen nadat u daarover bericht van ons heeft gehad.

Opzeggen of veranderen

U mag uw verzekering ieder jaar per 1 januari opzeggen. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?

- u moet schriftelijk opzeggen;
- uw opzegging moeten wij uiterlijk 31 december ontvangen.

U mag uw verzekering ieder jaar per 1 januari veranderen. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?

- u moet de verandering schriftelijk doorgeven;
- uw verzoek moeten wij uiterlijk 31 december ontvangen.

Als wij de verandering goedkeuren, stopt uw oude verzekering tegelijk op 1 januari.

Zie ook:

[Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Opzeggen door verzekering bij andere zorgverzekeraar

Krijgen wij een bericht dat u zich bij een andere verzekeraar heeft aangemeld voor een zorgverzekering? Dan gaan wij ervan uit dat u uw verzekering(en) bij ons opzegt. Uw verzekering bij ons stopt op 1 januari nadat wij het bericht ontvangen.

Verandering van voorwaarden van uw basisverzekering

Veranderen wij de verzekeringsvoorwaarden van uw basisverzekering? En is dat in uw nadeel? Dan krijgt u van ons bericht wat er verandert en wat voor keuzes u heeft. U kunt uw verzekering dan per diezelfde datum opzeggen of veranderen in een andere basisverzekering.

Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?

- U moet schriftelijk opzeggen of veranderen;
- De opzegging of verandering moet u binnen 30 dagen na ons bericht opsturen.
Als u uw verzekering wil veranderen, krijgt u van ons nieuwe verzekeringsdocumenten en verzekeringsvoorwaarden.

Gaat het om een verandering in uw basisverzekering omdat de wet verandert? Dan kunt u uw verzekering niet opzeggen of veranderen.

Verandering van premiegrondslag van uw basisverzekering

Verhogen wij de premiegrondslag van uw verzekering? Dan krijgt u daar minstens 7 weken van tevoren bericht over. U kunt uw verzekering dan opzeggen of veranderen in een andere basisverzekering. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?

- U moet schriftelijk opzeggen of veranderen;
- De opzegging of verandering moet u opsturen voordat de nieuwe premiegrondslag ingaat.
Uw verzekering stopt of verandert op de dag dat de nieuwe premiegrondslag ingaat. Als u uw verzekering wil veranderen, krijgt u van ons nieuwe verzekeringsdocumenten en verzekeringsvoorwaarden.

Zie ook:

[Welke premie en kosten betaalt u voor uw basisverzekering?](#) (algemene voorwaarden)

Andere werkgevers collectiviteit

Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever? En gaat u aansluitend bij een andere werkgever werken met een andere collectieve verzekering? Dan kun u (verzekeringnemer) uw collectieve verzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U moet dat schriftelijk aan ons doorgeven. Dat moet binnen 30 dagen nadat u begonnen bent bij uw nieuwe werkgever.

Wat zijn de mogelijkheden?

- U heeft bij ons een collectieve verzekering en kunt bij uw nieuwe werkgever een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluiten. U zegt daarom uw oude collectieve verzekering bij ons op. Deze collectieve verzekering bij ons eindigt dan op de dag dat u bij uw oude werkgever uit dienst gaat; of
- u heeft een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar en u kunt bij uw nieuwe werkgever een collectieve verzekering bij ons afsluiten. U zegt daarom uw oude collectieve verzekering bij de andere zorgverzekeraar op. Bij ons vraagt u een nieuwe collectieve verzekering aan. Gaat uw nieuwe baan in op de 1e van een maand? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering ook op die dag in. Anders gaat uw nieuwe collectieve verzekering in op de 1e dag van de volgende maand. Uw oude collectieve verzekering eindigt ook op die dag; of
- u heeft bij ons een collectieve verzekering en u kunt bij uw nieuwe werkgever een andere collectieve verzekering bij ons afsluiten. U vraagt ons dan om te wisselen van de oude naar de nieuwe collectieve verzekering. Gaat uw nieuwe baan in op de 1e van een maand? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering ook op die dag in. Anders gaat uw nieuwe collectieve verzekering in op de 1e dag van de volgende maand. Uw oude collectieve verzekering eindigt ook op die dag.

Verzekering voor iemand anders

Had u (verzekeringnemer) een verzekering voor iemand anders gesloten? En heeft deze verzekerde zelf een verzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze eerste verzekering ook in de loop van het jaar opzeggen.

Wanneer eindigt de opgezegde verzekering?

- Ontvangen wij uw opzegging uiterlijk op de dag vóór de ingang van de nieuwe verzekering? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe verzekering.

- Ontvangen wij uw opzegging op de dag van de ingang van de nieuwe verzekering of daarna? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de laatste dag van de lopende maand, waarin wij de opzegging ontvangen.

Zie ook:

- [Verzekerde](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Basisverzekering via CAK opzeggen of veranderen

Heeft het CAK voor u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dat kan als u geen basisverzekering heeft maar deze wel zou moeten hebben volgens de zorgverzekeringswet.

Kunt u deze verzekering opzeggen?

Dit kan als u aan ons en aan CAK kunt bewijzen dat u zelf al een andere basisverzekering heeft afgesloten. U moest deze afsluiten binnen 3 maanden na de mededeling van CAK dat u onterecht niet verzekerd was.

Wanneer kunt u deze verzekering opzeggen?

Binnen 2 weken nadat CAK u heeft meegedeeld dat zij voor u een basisverzekering bij ons heeft afgesloten. De verzekering stopt dan op de ingangsdatum, alsof deze niet heeft bestaan.

In alle andere gevallen kunt u de basisverzekering van het CAK de eerste 12 maanden niet opzeggen.

Zie ook:

[CAK](#) (begrippen)

Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

U kunt uw verzekering niet opzeggen of veranderen:

- als u de premie en kosten niet op tijd aan ons heeft betaald; en
- als wij u een herinnering hebben gestuurd om alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- als wij de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (tijdelijk gestopt) hebben; en
- als wij niet binnen 14 dagen akkoord gaan met uw opzegging.

Dat betekent dat u dus ook niet kunt opzeggen of veranderen:

- aan het einde van een contractjaar;
- bij verandering van de premie(grondslag);
- bij verandering van de ene collectiviteit naar een andere collectiviteit;
- als u een verzekering voor iemand anders had afgesloten maar deze persoon krijgt een andere verzekering.

Als u alle premies en kosten volledig aan ons betaald heeft, kunt u uw verzekering weer veranderen of opzeggen per de eerstkomende 1 januari.

A.6. Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

Beëindiging als de wet dat eist

In volgende situaties beëindigen wij uw verzekering:

- als wij geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Hier is sprake van wanneer onze vergunning als schadeverzekeringsbedrijf verandert of wordt ingetrokken. Wij sturen u 2 maanden van tevoren hierover een bericht;
- als u overlijdt. Dat moet binnen 30 dagen na de overlijdensdatum aan ons worden doorgegeven.

Beëindiging als de wet dat eist bij uw basisverzekering

Er zijn twee situaties waarin wij uw basisverzekering moeten beëindigen:

- als wij ons werkgebied hebben veranderd en u daardoor buiten ons nieuwe werkgebied woont. Wij geven dat uiterlijk 2 maanden van tevoren aan u door. Uw verzekering eindigt de dag nadat ons werkgebied is veranderd.

- als uw verzekeringsplicht uit de Zorgverzekeringswet eindigt.
U moet dat zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Uw verzekering eindigt de dag nadat uw verzekeringsplicht is geëindigd.

U bent onrechtmatig verzekerd voor uw basisverzekering

Bent u verzekerd voor een basisverzekering terwijl u niet verplicht verzekerd moet zijn? Dan beëindigen wij uw basisverzekering vanaf de ingangsdatum. Dat betekent dat de basisverzekering nooit heeft bestaan.

Bij misdrijf of overtreding

Bent u schuldig aan een (poging tot) misdrijf of overtreding tegenover ons of tegenover een gecontracteerde zorgverlener? Hieronder vallen ook oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij mogen dan:

- uw verzekering(en) bij ons onmiddellijk beëindigen;
- uw aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg stoppen;
- vergoedingen terugvorderen die u heeft gekregen;
- kosten van onderzoek door u laten betalen;
- aangifte doen bij de politie;
- u (laten) registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

Als wij de verzekering niet meer aanbieden of uitvoeren

Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering die u heeft. Wij kunnen deze dan beëindigen of vervangen door een andere verzekering. U ontvangt dan van ons hierover een bericht.

Van collectiviteit naar individuele aanvullende verzekering

Als uw deelname aan de collectiviteit stopt dan veranderen wij uw collectieve aanvullende verzekering in een individuele aanvullende verzekering. U krijgt de verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had.

Wil u dit niet? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door dan laten we de nieuwe aanvullende verzekering niet ingaan.

Beëindigingspolis (royement)

Is uw verzekering beëindigd? Dan sturen wij u een 'beëindigingspolis' (royementsverklaring). Daarop staat welke verzekerden en welke verzekeringen er op de polis stonden, wat de premie was en wat de einddatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

Welke premie en kosten betaalt u voor uw basisverzekering?

U betaalt premie voor alle verzekerden op uw polis. De basis van de premie is de premiegrondslag: de bruto premie zonder kortingen.

U kunt korting krijgen op uw premie:

- als u kiest voor een vrijwillig eigen risico (dus naast het verplichte eigen risico);
- als u voor een langere periode dan één maand vooruit betaalt (betaaltermijnkorting).

U betaalt ook kosten. Het gaat dan om:

- rekeningen die wij voor u aan uw zorgverlener hebben voorgesloten;
- verplicht eigen risico en eigen bijdrages die u zelf moet betalen door wettelijke regelingen;
- toeslagen of extra kosten als u bijvoorbeeld niet via automatische afschrijving betaalt.
Wij bedoelen hier niet de wettelijke rente, vertragingsrente of incassokosten die wij moeten maken als u niet of te laat betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen voor een vrijwillig eigen risico staan op uw premiebijlage zijn in euro's.

Zie ook:

[Polis\(blad\)](#) (begrippen)

Premie basisverzekering tot 18 jaar

De premie voor kinderen tot 18 jaar is € 0,-. Is de verzekerde 18 geworden? Dan betaalt u premie vanaf de 1e dag van de volgende maand.

Hechtenis of gevangenschap

Ben u in hechtenis (in huis van bewaring) of in de gevangenis? Dan onderbreken wij uw verzekering en hoeft u geen premie en kosten te betalen. Als u niet meer in hechtenis of gevangenschap bent, moet u dat aan ons doorgeven. Uw verzekering gaat dan weer verder en dan moet u weer premie en kosten gaan betalen.

Begin, verandering of einde van de verzekering

Verandert uw verzekering aan het einde van een betalingsperiode? Dan berekenen wij de premie en het eigen risico voor de volgende betalingsperiode opnieuw.

Begint, verandert of eindigt uw verzekering tijdens een betalingsperiode? Of wordt er een verzekerde bijgeschreven of uitgeschreven? Dan berekenen wij de premie en het eigen risico voor de volgende betalingsperiode ook opnieuw. We houden daarbij rekening met het moment van dat begin, de verandering of de beëindiging. Het kan zijn dat u geld terugkrijgt of dat u moet bijbetalen of dat we het verschil verrekenen.

A.8. Betaling van premie en kosten

Volledig en op tijd betalen

U moet als verzekeringnemer alle premies en kosten betalen. Deze betaalt u per 'betalingsperiode'. Een betalingsperiode is één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar.

U moet volledig betalen. Wat betekent dat?

- u betaalt voor de betalingsperioden die geweest zijn;
- u betaalt voor de lopende betalingsperiode;
- en u betaalt voor de eerstvolgende betalingsperiode. U betaalt dus altijd vooruit.

U moet ook op tijd betalen. Wat betekent dat?

- het totale bedrag moet uiterlijk bij ons binnen zijn op de datum die op uw premienota staat;
- als u via automatische incasso betaalt, schrijven wij dat bedrag in de eerste 7 dagen van de betalingsperiode af;
- u ontvangt eerst van ons bericht voordat wij het bedrag van uw rekening afschrijven;
- u zorgt voor voldoende geld op uw bankrekening;
- kan het totale bedrag niet in de eerste 7 dagen van de betalingsperiode afgeschreven worden? Dan kunt u met ons een ander moment voor de automatische incasso afspreken.
- Betaalt u anders dan met premienota of automatische incasso? Dan moet het totale bedrag vóór de afgesproken betalingsperiode bij ons binnen zijn.

Hebben wij al deze premies en kosten ontvangen? Dan heeft u voldaan aan uw betalingsplicht.

Zie ook:

[Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Manier van betalen

U heeft gekozen voor een digitale polis en digitale communicatie. Daarom kunt u de premies en kosten alleen via automatische incasso betalen.

Verrekening

Wat kan wel en wat kan niet?

- Als u een schuld bij ons heeft dan kunt u uw schuld niet verrekenen met geld dat u nog van ons tegoed heeft.
- Wij mogen uw schuld wel verrekenen met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en).
- Uw schuld verrekenen wij niet met geld waar u nog recht op heeft vanuit een Persoons Gebonden Budget (PGB).

A.9. Betalingsachterstand

Wat doen wij als u uw premie en kosten niet op tijd betaalt?

Als u niet op tijd en volledig betaalt, doen wij het volgende:

- wij sturen u een herinnering;
- als u daarna niet binnen 14 dagen betaalt dan sturen wij een 2e herinnering;
- wij verrekenen uw schuld met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en);
- als er dan nog schuld over is dan moet u die nog betalen. Daarvoor schakelen wij een deurwaarder in.

Als u een betalingsachterstand bij ons heeft, betaalt u over de opeisbare schuld ook wettelijke rente, vertragingsrente en incassokosten.

Aanmelding bij het CAK van uw basisverzekering

Heeft u na 6 maanden nog steeds een betalingsachterstand voor uw basisverzekering? Dan melden we dat bij het CAK. U moet dan voor uw basisverzekering een premie aan het CAK betalen in plaats van premie aan ons. Dit heet een bestuursrechtelijke premie en is in de wet geregeld. De hoogte van deze premie bepaalt de overheid.

Wanneer stopt de bestuursrechtelijke premie en moet u weer premie aan ons betalen?

- als alle schuld voor uw basisverzekering is betaald;
- als de rechter bepaalt dat u onder 'de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen uit de Faillissementswet' valt;
- als u deel neemt aan een schuld(sanerings)regeling waar wij ook aan deelnemen. Dit moet wel geregeld zijn via een professionele schuldhulpverlener;
- als u een betalingsregeling heeft afgesproken met ons of met een van onze incassopartners.

De bestuursrechtelijke premie wordt dan weer omgezet naar een premie bij ons op de eerste dag van de volgende maand.

Wanneer moet u weer premie aan het CAK gaan betalen in plaats van aan ons?

- als de schuld(sanerings)regeling niet goed is gegaan en daarom is gestopt;
- als wij van het CAK een melding krijgen dat u eerder bent gestopt met een afgesproken regeling. Of dat u daar helemaal niet aan heeft meegedaan.

De premie bij ons wordt dan weer omgezet naar een bestuursrechtelijke premie op de eerste dag van de volgende maand.

We willen meer schulden voorkomen. Daarom sturen wij uw gemeente een bericht als u een premieachterstand heeft van 2 of meer maanden. Dit doen wij voordat wij u aanmelden bij het CAK. De gemeente kan dan samen met ons een regeling treffen over uw betalingsachterstand. Als u aan de voorwaarden voldoet, bent u van uw schulden af.

Zie ook:

[CAK](#) (begrippen)

Betaaltermijnkorting vervalt

Betaalt u langer dan één maand vooruit en krijgt u een betalingsachterstand? Dan veranderen wij de betalingsperiode naar één maand. U verliest dan de korting die u kreeg omdat u langere tijd vooruit betaalde. Deze betaaltermijnkorting vervalt voor alle verzekeringen waar u verzekeringnemer van bent. U kunt niet opzeggen omdat de korting vervalt.

Zie ook:

[Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Aflossen van uw schuld

Met elk bedrag dat wij van u krijgen lost u een deel van uw schuld af. De rente en incassokosten lost u altijd als eerste af.

Aflossen van uw schuld van uw basisverzekering

Daarna lost u de schuld over uw basisverzekering af. U begint daarbij met het deel dat het langst openstaat.

Schuld uit meer betalingsperioden

Heeft u langere tijd niet betaald en heeft u daardoor schuld over meerdere perioden? Dan begint u met aflossen van de oudste periode. U moet uw schulden van alle verzekeringen per periode helemaal aflossen voordat u een volgende periode aflost. Dus zowel die van de basisverzekering als voor de aanvullende verzekering(en) van die periode.

U kunt uw schuld dus niet splitsen.

Voorbeeld.

U kunt niet kiezen om eerst de premies af te lossen en daarna de andere schulden. Of eerste de premies en kosten van de basisverzekering te betalen en daarna pas die van de aanvullende verzekering(en).

A.10 Premie en kosten na beëindiging

Openstaande premie en kosten

Heeft u uw verzekering bij ons opgezegd en moet u nog premie of kosten betalen?

Als u een andere of nieuwe verzekering bij ons afsluit dan gaan we verrekenen. We verrekenen de openstaande schuld van uw oude verzekering met de vergoedingen uit uw nieuwe verzekering.

Moet u nog premie of kosten betalen? Dan stellen we vergoedingen uit totdat u alles betaald heeft.

Teveel betaald in een betalingsperiode

Stopt of verandert uw verzekering nadat u al premie heeft betaald?

Wij berekenen uw premie en eigen risico opnieuw. Als u teveel heeft betaald, betalen wij u die terug. Of we verrekenen met de nieuwe premie. U krijgt van ons bericht op welke manier we dit verwerken.

Onrechtmatige basisverzekering

Heeft u een basisverzekering afgesloten maar bent u niet wettelijk verplicht om een basisverzekering te hebben? Dan stoppen wij deze per de ingangsdatum. De premie en kosten die u heeft betaald, verrekenen we met onze vergoedingen. Het verschil betalen wij u terug of moet u aan ons terugbetalen.

Teveel betaald nadat wij uw verzekering stoppen

Wij kunnen uw verzekering stoppen vanwege een (poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. U krijgt dan de door u betaalde premie en kosten niet terug.

A.12. Verplicht eigen risico

Eigen risico bij uw basisverzekering

Het eigen risico is het bedrag dat u eerst zelf moet betalen voor zorg uit de basisverzekering. Dit geldt voor iedereen vanaf 18 jaar.

Verplicht eigen risico

Voor de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico van € 385,- voor een heel jaar. De overheid stelt dit ieder jaar opnieuw vast.

Zie ook:

[Jaar](#) (begrippen)

Vrijwillig eigen risico

Voor uw basisverzekering kunt u het verplicht eigen risico verhogen met een vrijwillig eigen risico. U krijgt dan korting op de premie. De verschillende eigen risico's en bijbehorende kortingen op de premie vindt u in de premiebijlage.

Voor welk jaar geldt het eigen risico

We verrekenen de kosten met uw eigen risico van het jaar waarin u zorg krijgt. De rekening moet dan wel uiterlijk in het volgende jaar bij ons binnen zijn.

Voorbeeld.

Een behandeling die u in 2022 heeft, mag niet meer verrekend worden met het eigen risico als wij de rekening in 2024 ontvangen.

De kosten worden wel met het eigen risico van 2022 verrekend als u de rekening zelf heeft laten liggen en wij deze pas ontvangen in 2024.

Voor welk jaar geldt het eigen risico bij een DBC

Krijgt u medisch specialistische zorg die een jaarwisseling overgaat? En krijgt u een rekening met een DBC-zorgproductcode?

De startdatum van de DBC bepaalt de vergoeding. De kosten zijn dan voor het eigen risico van het jaar van de startdatum.

Op de rekening kunnen ook kosten staan voor Overige Zorg Producten (OZP). Deze kosten zijn voor het eigen risico van het jaar waarin de zorg is geleverd.

Zie ook:

- [DBC Zorgproduct](#) (begrippen)
- [Jaar](#) (begrippen)

Zorg waarvoor geen eigen risico geldt

Er is zorg uit uw basisverzekering waarvan de overheid heeft besloten dat er geen eigen risico voor geldt. Ook kunnen wij voor zorg beslissen dat er geen eigen risico geldt.

Dat kan voor een programma dat wij hebben aangewezen voor: diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken.

Als zorgkosten niet gelden voor het eigen risico dan staat dat bij de betreffende zorg.

Bij zorg waar geen eigen risico voor geldt, kan voor bijkomende zorg wel eigen risico gelden. Bijvoorbeeld voor het bloedonderzoek op verwijzing van de huisarts.

Zie ook:

[Tarief](#) (begrippen)

Eigen bijdrage is geen eigen risico

Kosten die u zelf moet betalen, verrekenen we niet met het eigen risico. Het gaat dan bijvoorbeeld om (wettelijke) eigen bijdragen.

Betaling aan zorgverlener of aan u

Wij vergoeden aan een gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener met een betaalovereenkomst als hij de zorg die u krijgt bij ons declareert. Wij vragen de kosten bij u terug (of verrekenen met u) als u nog eigen risico of eigen bijdrage moet betalen.

We vergoeden aan u als een niet-gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener zonder betaalovereenkomst bij ons declareert. Als u nog eigen risico of eigen bijdrage moet betalen dan trekken wij dit bedrag af van de vergoeding. U moet zelf de rekening volledig en op tijd betalen aan de zorgverlener.

Wij vergoeden ook aan u als u zelf de rekening naar ons instuurt.

Als uw basisverzekering geen heel jaar loopt

Uw basisverzekering kan voor een gedeelte van een jaar lopen. Voor het eigen risico geldt dan een evenredig deel.

Hoe berekenen we een evenredig (naar rato) deel van het eigen risico?

- We kijken eerst wat uw eigen risico per dag is. Dat doen we door het eigen risico voor een heel jaar te delen door 365 dagen (of 366 dagen in een schrikkeljaar).
- De uitkomst vermenigvuldigen we met het aantal dagen dat u verzekerd bent.
- De uitkomst ronden we af op hele euro's.

Let op!

U kunt binnen een jaar verschillende basisverzekeringen bij ons hebben. En kunt dan ook voor verschillende vrijwillige eigen risico bedragen kiezen. De evenredige delen van de verplichte en vrijwillige eigen risico's tellen we dan voor dat jaar bij elkaar op.

Voorbeeld.

Voorbeeld verplicht eigen risico:

Uw basisverzekering gaat bij ons in op 23 september 2024 en loopt tot en met 31 december.

Dit is een periode van 100 dagen. Dit jaar heeft 365 dagen en voor een heel jaar geldt een verplicht eigen risico van € 385,-. Uw eigen risico voor dit deel van het jaar wordt dan:

- $\text{€ } 385,- : 365 = \text{€ } 1.0547$ eigen risico per dag
- $\text{€ } 1.0547 \times 100 \text{ dagen} = \text{€ } 105,47$. Dat is afgerond € 105,- aan verplicht eigen risico voor 2024.

In welke volgorde verrekenen we het eigen risico?

De kosten van zorg uit uw basisverzekering verrekenen we met het eigen risico. Dat doen we in deze volgorde:

1. Eerst verrekenen we de kosten van zorg met het verplicht eigen risico tot dit op € 0 staat;
2. Daarna verrekenen we de kosten van zorg met een eventueel vrijwillig gekozen eigen risico tot dit op € 0 staat;
3. Als er geen eigen risico meer open staat, betalen we de zorg als u daarvoor verzekerd bent.

Gespreid betalen verplicht eigen risico

U kunt het verplicht eigen risico gespreid vooraf betalen. U betaalt dit dan vanaf het 1e kwartaal in 10 gelijke delen vooruit.

Wanneer kunt u deelnemen aan gespreid betalen van eigen risico?

- U bent 18 jaar of ouder;
- U heeft op 1 januari bij ons een basisverzekering zonder vrijwillig eigen risico. uw basisverzekering heeft dus alleen een verplicht eigen risico;
- U vraagt bij ons vóór 1 februari gespreide betaling aan;
- U geeft aan voor welke verzekerden u het eigen risico gespreid wil betalen.

Wat doen we na het jaar waarin u uw eigen risico vooruit heeft betaald?

- U ontvangt in het 1e kwartaal de eindafrekening.
- Het kan zijn dat u meer vooruit heeft betaald dan dat er zorgkosten zijn geweest. Wat u teveel heeft betaald, betalen wij in het 1e kwartaal aan u terug.
- Het kan zijn dat er na dat 1e kwartaal nog rekeningen bij ons binnen komen die we met uw eigen risico van het jaar ervoor moeten verrekenen. Wij vorderen dat bedrag dan direct bij u terug zonder gespreide betaling.

Einde van de deelname

- Als u niet meer wil deelnemen moet u dat vóór 1 februari aan ons doorgeven. Als u niets doorgeeft, verlengen we uw deelname nog een jaar.
- Wij kunnen uw deelname stoppen:
- als u niet meer voldoet aan bovengenoemde voorwaarden;

- als u niet op tijd betaalt;
- als uw verzekeringssituatie wijzigt. Bijvoorbeeld als de verzekeringnemer verandert.
- Als de gespreide betaling in de loop van het jaar stopt dan ontvangt u direct een eindafrekening. Als u op dat moment teveel vooruit betaald heeft dan betalen wij dat aan u terug. Komen er hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die we met uw eigen risico moeten verrekenen? Dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug zonder gespreide betaling.

A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

Vrijwillig eigen risico vanaf 18 jaar

Vanaf uw 18e jaar kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- in uw basisverzekering. Vóór de maand waarin u 18 jaar wordt, vragen wij u of u dit wil. U kunt dan ook aangeven voor welk bedrag.

Als u niet of niet op tijd reageert dan gaan wij er vanuit dat u kiest voor een basisverzekering met alleen een verplicht eigen risico. Op grond daarvan berekenen wij de premie voor uw basisverzekering.

A.14. Algemene verplichtingen

Als u uw algemene verplichtingen niet nakomt

Wat kunnen wij doen als u uw algemene verplichtingen niet nakomt? En u hierdoor onze belangen schaadt?

- U heeft geen recht meer op vergoeding van zorg.
- De vergoedingen die u eerder van ons ontving, kunnen wij terugvorderen.

Is iemand anders aansprakelijk voor de zorg(kosten) die u nodig heeft?

Iemand anders kan aansprakelijk zijn voor gebeurtenissen, omstandigheden of ongevallen waardoor u zorg nodig heeft. Hiervoor geldt:

- U moet dit zo snel mogelijk aan ons melden.
 - U moet ons helpen als wij de kosten gaan verhalen. Als u ons niet helpt, kunnen wij u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan.
 - U geeft vorderingen die u op anderen heeft of krijgt aan ons over bij de ingang van uw verzekering.
 - U mag geen afspraken maken met degenen die wij aansprakelijk kunnen stellen voor de zorg(kosten). U mag hiervoor ook geen overeenkomst sluiten met bijvoorbeeld een andere verzekeraar.
- Als wij u vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven, mag u wel afspraken maken of een overeenkomst sluiten.

Uw algemene verplichtingen

U heeft een aantal algemene verplichtingen:

- U moet met een identiteitsbewijs kunnen laten zien wie u bent als u zorg nodig heeft in een ziekenhuis of in een Z.B.C.
- U moet ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts of de gecontracteerd zorgverlener de informatie geven die nodig is. Of helpen om deze informatie te krijgen.
- U moet uw behandelend arts of medisch specialist vragen om de reden van opname door te geven aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat u in hechtenis bent genomen, in de gevangenis zit of als u daartoe veroordeeld bent.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat uw hechtenis of gevangenschap is gestopt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt als de huidige verzekeringnemer niet meer zelfstandig over zijn vermogen mag beschikken.
- U moet ons binnen 30 dagen na overlijden van de verzekeringnemer laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt.

Zie ook:

- [\(Medisch\) adviseur](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

A.15. Doorgeven van informatie

Als u verkeerde informatie geeft

U moet ons de juiste informatie geven en ons helpen alle informatie die nodig is te krijgen. Doet u (of iemand anders namens u) dit niet? Geeft u ons een verkeerd idee van een situatie? Geeft u ons valse of misleidende documenten? Doet u een verkeerde opgave of werkt u niet met ons mee? Dan kunnen wij het volgende doen:

- Wij stoppen uw verzekering(en) waardoor u geen meer recht heeft op zorg(kosten);
- U moet ons alles terugbetalen vanaf de datum waarop u ons misleidde of uw medewerking niet verleende;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de erkende signaleringssystemen van verzekeraars;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij weigeren u voor 5 jaar voor een nieuwe verzekering.

Belangrijke gebeurtenissen

Gebeurtenissen die wij moeten weten voor een goede uitvoering van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Anders gaat de aanpassing in op een moment dat wij bepalen. Het gaat om gebeurtenissen zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of e-mailadres;
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis of verblijf in een gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Uw actuele adres

U moet ons uw juiste postadres en/of e-mailadres doorgeven. Wij gaan er dan ook vanuit dat onze berichten aankomen op het adres dat u als laatste aan ons heeft doorgegeven.

Als u ons niet uw juiste postadres of e-mail doorgeeft, kan hierdoor schade ontstaan. Wij zijn hiervoor niet aansprakelijk.

A.16. Privacy en controle

Privacy

Wij verwerken alleen gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Dit doen wij volgens de voorwaarden die we met u hebben afgesproken. We bewaren deze gegevens in onze administratie.

We verwerken uw persoonsgegevens volgens:

- de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en
 - de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).
- In het 'Privacy Statement' op onze website vindt u meer informatie over privacy en uw rechten en plichten over de (persoons)gegevens die wij bewaren en bewerken. Voor vragen of andere informatie aan de functionaris voor de gegevensbescherming stuurt u een brief aan:

CZ Klantenservice
Postbus 90152
5000 LD, Tilburg

Informatie die wij delen

Wij delen alleen informatie als het nodig is om uw verzekering(en) goed uit te kunnen voeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de pakketsamenstelling, premie, korting en persoonsgegevens. Dit doen we bijvoorbeeld om:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- uitbetaalde kosten te verhalen op derden. Bijvoorbeeld op een reisverzekering als u in het buitenland verzekerde zorg heeft gehad.

Inhoudelijke controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek doen bij de uitvoering van uw verzekering. Dit doen we volgens:

- de met u overeengekomen voorwaarden en (persoons)gegevens,
 - de Zorgverzekeringswet,
 - het landelijk 'Protocol materiële controle' en
 - het landelijk 'Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen'.
- U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

Begripsomschrijving zorgverlener

Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is een zorgverlener:

- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent;
- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die tarieven in rekening brengt. Dit doet hij namens een (andere) bevoegde zorgverlener die zorg verleent.
- de natuurlijke persoon die niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verzekerde zorg verleent. Het gaat dan om wijkverpleging die u zelf inkoopt met een Persoons Gebonden Budget (PGB).

Een zorgverlener verleent zorg of levert medicijnen of hulpmiddelen en eventuele diensten die daarbij horen.

Begripsomschrijving hoofdaannemer

Een hoofdaannemer:

- is een zorgverlener en is bijvoorbeeld een zorggroep, gezondheidscentrum of podotherapeut;
- contracteert als rechtspersoon in een samenwerkingsverband meerdere zorgverleners van verschillende disciplines;
- levert verschillende vormen van zorg zoals huisartsenzorg, diëtetiek en/of voetzorg;
- is verantwoordelijk voor:
- het handhaven en bewaken van de kwaliteitseisen van de aangesloten zorgverleners en
- het leveren van de zorg volgens de zorgstandaard. In zorgstandaarden staat waar, vanuit de patiënt gezien, kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. Het gaat daarbij om de inhoud van de zorg, de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar én patiënt.

Eisen aan zorg en zorgverleners

De zorg en de zorgverlener moeten aan verschillende algemene voorwaarden voldoen:

- Per zorgvorm benoemen we de soort zorgverlener die de zorg mag leveren. Wij vergoeden geen zorg door een andere soort zorgverlener ook al is deze wel bevoegd om die zorg die leveren.
- De genoemde zorgverlener levert de zorg zelf en heeft een AGB-code. Een andere soort zorgverlener mag de zorg ook leveren als dat onder de verantwoordelijkheid van de genoemde zorgverlener gebeurt. Behalve als we bij een zorgvorm anders aangeven.
- De genoemde zorgverlener declareert onder eigen naam. Een instelling, een andere zorgverlener of een andere partij kan ook declareren als de naam van de behandelende, verantwoordelijke zorgverlener op de rekening staat.
- De zorgverlener moet bevoegd zijn om de zorg te leveren. Dit betekent dat hij moet voldoen aan de eisen en regels die via wetten aan zijn beroep, zijn bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld.

- Een in Nederland gevestigde zorgverlener moet voldoen aan de eisen van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ).
- De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) geldt ook voor artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. Zij moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander register dat wij gelijkwaardig vinden.
- Van andere zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg als zij op grond van artikel 34 van de Wet BIG een aangewezen opleiding hebben gevolgd. Zij moeten dan de titel of het onderscheidingsteken voeren die rechtmatig aan die opleiding verbonden is.
- Voor sommige zorgvormen hebben wij extra voorwaarden aan de zorgverlener gesteld als kwaliteitsgarantie. U leest dat bij de betreffende zorgverleners. Bijvoorbeeld: Een podotherapeut moet lid zijn van de N.V.v.P. Een alternatief zorgverlener moet als lid zijn ingeschreven bij één van de beroepsverenigingen voor alternatieve geneeswijzen; de lijst met beroepsverenigingen vindt u op onze website.
- Een zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld. Als deze regelgeving er niet is dan gelden de regels die in dat land daar zorgverleners binnen die zorg gebruikelijk is.

Zie ook:

- [AGB-code](#) (begrippen)
- [Buitenland](#) (begrippen)

Gecontracteerde zorgverleners

Wij hebben met zorgverleners contracten gesloten over zorg of middelen die zij leveren. In die contracten staan afspraken over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. Ook staan hierin de voorwaarden waaronder die zorg geleverd mag worden en de manier van declareren. Op onze website vindt u een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners.

Als wij een zorgverlener hebben gecontracteerd, dan is dat niet altijd voor alles wat hij levert. Dit kan betekenen:

- dat een zorgverlener wel bevoegd is om bepaalde zorg te verlenen, maar dat u hiervoor niet bent verzekerd. We hebben dan doelbewust een deel van zijn zorg of middelen niet gecontracteerd.
- dat u te maken krijgt met een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd tot een bepaald budget (omzetplafond). Of we hebben volumeafspraken gemaakt. Hierdoor kan het gebeuren dat een zorgverlener u niet in behandeling neemt. Op onze website geven wij het aan als wij hier met die betreffende zorgverlener afspraken over hebben gemaakt.

Naar een andere zorgverlener voor zorg uit uw basisverzekering

Ons Zorgteam kan u helpen om een andere zorgverlener te vinden.

Lopende behandeling

U kunt de behandeling ongehinderd afmaken als u al in behandeling bent bij een zorgverlener met budget- of volumeafspraken.

Zie ook:

- [Behandeling](#) (begrippen)

Niet-gecontracteerde zorgverleners uit uw basisverzekering

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan krijgt u geen volledige vergoeding. Zie hiervoor artikel A.20. Tarieven

Zorgverlener met zorgcontract of betaalovereenkomst

Gecontracteerde zorgverleners hebben altijd een betaalovereenkomst. Andere zorgverleners kunnen ook een betaalovereenkomst met ons hebben.

Andersom geldt dat niet. Zorgverleners met een betaalovereenkomst hoeven niet altijd een contract met ons over bepaalde zorg of levering van middelen te hebben.

Einde contract met zorgverlener tijdens behandeling

In de volgende gevallen zijn uw behandelingen nog maximaal één jaar verzekerd alsof een gecontracteerde zorgverlener de zorg heeft verleend:

- U bent onder behandeling bij een gecontracteerde zorgverlener. Gaandeweg de behandeling eindigt dat contract tussen uw zorgverlener en ons.
- U stapt tijdens uw lopende behandeling over van een andere verzekeraar naar ons. Uw zorgverlener was wel gecontracteerd bij uw oude verzekeraar maar (nog) niet bij ons.

Plaats van zorgverlening

Uw zorgverlener verleent de zorg op een locatie die redelijkerwijs passend, geschikt en medisch verantwoord is. Dit kan een locatie zijn waarover wij afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener of met u. Of een locatie die wettelijk of door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd daarvoor is aangewezen. In bijzondere situaties of bij bijzondere zorg noemen we de locatie.

De zorg kan, als dat mogelijk is, ook online worden verleend.

A.18. Akkoordverklaring

Wanneer is een akkoordverklaring nodig?

Met akkoordverklaring bedoelen wij de schriftelijke verklaring van onze afdeling Medische Beoordelingen.

Voor sommige zorg moeten wij eerst toestemming geven. U ziet dan bij deze zorg staan dat u een akkoordverklaring moet aanvragen. U moet deze aanvraag doen voordat u de zorg krijgt. Wij kijken bij de aanvraag voor de zorg of u voldoet aan de voorwaarden. Ook kijken wij of de zorg voor u passend en doelmatig is. Hiervoor hebben wij soms extra informatie nodig die we aan u vragen.

Geven wij u akkoord? Dan leest u in de akkoordverklaring wat wij vergoeden en welke voorwaarden gelden.

Zie ook:

[Schriftelijk](#) (begrippen)

Akkoordverklaring voor zorg van een gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een gecontracteerde zorgverlener? Dan kan de zorgverlener namens ons beoordelen of u een akkoordverklaring krijgt. Dit hebben wij dan met de zorgverlener afgesproken.

Wat doet de gecontracteerde zorgverlener?

- De zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor de vergoeding van de zorg;
- De zorgverlener beoordeelt welke zorg u nodig heeft;
- De zorgverlener geeft een akkoordverklaring af.
Weet de zorgverlener niet zeker of alles in orde is? Dan stuurt hij de aanvraag naar ons zodat wij dit kunnen beoordelen. U hoeft dan zelf niets aan ons door te geven.

Akkoordverklaring voor zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. U doet dit alleen als wij voor deze zorg aangeven dat een akkoordverklaring nodig is. U kunt vragen of de zorgverlener u hierbij helpt.

Welke informatie hebben wij nodig?

- Een aanvraag met de reden waarom u de zorg nodig heeft;
- Als het mogelijk is: een overzicht van de kosten van de behandeling en een behandelplan.

Hebben wij nog meer informatie nodig? Dan laten wij u weten welke informatie wij missen. U kunt de informatie opsturen naar de afdeling Medische Beoordelingen.

In welke taal moet u de aanvraag indienen?

Aanvragen en aanvullende informatie schrijft u in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Doet u uw aanvraag in een andere taal? Dan vragen wij een vertaling bij u op. U kunt er ook voor kiezen om de vertaling door ons te laten regelen. U moet dan de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen.

Akkoordverklaring voor hulpmiddelen

Voor veel hulpmiddelen kunt u voor aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie rechtstreeks bij een door ons gecontracteerde zorgverlener terecht. Deze zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking en welk hulpmiddel voor uw situatie is aangewezen. Als u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking, declareert hij het hulpmiddel rechtstreeks bij ons. Voldoet u niet aan de voorwaarden, dan kunt u kiezen:

- zelf voor het hulpmiddel te betalen; of
- alsnog zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Vermeld daar dan bij dat uw verzoek bij de zorgverlener is afgewezen. U vraagt de akkoordverklaring schriftelijk bij de afdeling Medische Beoordelingen aan. U moet hiervoor een zorgaanvraag naar ons sturen.

Als wij aanvullende informatie nodig hebben voor de beoordeling van de zorgaanvraag, zullen we die bij u opvragen. Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat, stuurt deze vaak namens u de zorgaanvraag naar ons. Als u kiest voor een niet gecontracteerde zorgverlener moet u zelf de zorgaanvraag naar ons insturen. Voor een aantal hulpmiddelen is hiervoor een standaard aanvraagformulier. Dit kunt u vinden op onze website. U kunt ook telefonisch een aanvraagformulier opvragen bij onze afdeling Medische Beoordelingen.

Met de zorgaanvraag stuurt u ons een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de voorschrijver. Hierin staat de medische indicatie; eventueel aangevuld met een advies of rapportage als wij daar om vragen. Ook bevat de zorgaanvraag:

- uw relatienummer;
- uw naam, adres en woonplaats;
- uw geboortedatum;
- de naam van de zorgverlener die het hulpmiddel levert;
- een omschrijving van het gewenste hulpmiddel;
- het artikelnummer van de Z-index of de GPH-code: de zorgverlener kan u deze gegevens geven;
- een opgave van de periode dat u verwacht het hulpmiddel nodig te hebben;
- en als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat een offerte of prijsopgave van de kosten van het te leveren hulpmiddel.

Bij een basisverzekering als u verandert van zorgverzekeraar

Stapt u tijdens uw behandeling naar ons over? Dan blijft de akkoordverklaring, de verwijzing of het recept dat u heeft verkregen van uw vorige zorgverzekeraar geldig.

Mededelingen en toezeggingen

De akkoordverklaring is alleen geldig als u schriftelijk toestemming van ons heeft gehad. Wij sturen dan een brief naar het door u doorgegeven post- of e-mailadres. Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die ontstaat als u te laat of geen berichten krijgt. Bijvoorbeeld omdat wij het verkeerde adres hebben ontvangen.

Geldigheidsduur

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is geldig:

- op basis van algemeen geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden;
- voor maximaal 365 dagen, behalve als we anders aangeven. Als wij binnen deze periode de specifieke voorwaarden voor uw zorg veranderen, mag u de behandeling volgens de akkoordverklaring afmaken.

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is niet meer geldig als:

- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt; of
- als uw verzekering is veranderd of stopt. Behalve als de ingangsdatum van een behandeling met een DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt.

Zie ook:

[DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

A.19. Rekeningen

Vergoeding algemeen

U krijgt nooit meer vergoed dan de werkelijke kosten van de zorg die op de rekening staan.

Rekeningen algemeen

Heeft u recht op vergoeding? Dan ontvangt u de vergoeding op uw banknummer (IBAN) dat bij ons bekend is.

Declareren en vergoeden van rekeningen kan op verschillende manieren:

- Een gecontracteerde zorgverlener declareert meestal rechtstreeks bij ons. Wij vergoeden dan rechtstreeks aan de zorgverlener.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener geeft of stuurt u de rekening. Deze kunt u bij ons declareren. Wij vergoeden dan aan u als u daar recht op heeft.
- De volgende acties of handelingen zijn uitgesloten:
- uw vordering of een ander recht op ons mag u niet overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of aan iedere andere derde;
- een zekerheidsrecht (zoals een pandrecht) mag u niet geven aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of anderen die wij niet gecontracteerd hebben;
- een niet-gecontracteerde zorgverlener of iedere andere derde mag u geen toestemming, een last, instructie of andere opdracht geven om namens u te declareren. Zij mogen ook geen betaling in ontvangst te nemen, of een betaling aannemen waarmee een verplichting van u aan die ander wordt voldaan. Ook niet als u daar toestemming of opdracht voor geeft.

Waar rekeningen aan moeten voldoen

Aan welke eisen moet een rekening voldoen?

- het moet gaan om zorg die werkelijk geleverd is;
- de rekening moet binnen 36 maanden na de zorg bij ons binnen zijn. U heeft geen recht meer op vergoeding als wij de rekening na 36 maanden binnen hebben.
- de rekening is in een van de volgende talen: Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Dit geldt ook voor behandelverslagen. Is dit niet een van die talen? Dan vragen wij u om een vertaling van de rekening. U kunt de vertaling ook door ons te laten regelen. U moet dan wel de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen;
- u moet de rekening hebben ingestuurd of een gecontracteerde zorgverlener heeft dat namens u gedaan;
- wij moeten de rekening zonder navraag, bewerking of onderzoek kunnen afhandelen. Wij gaan daarbij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. In ieder geval moet op de rekening staan:
- naam en adres van de zorgverlener;
- uw naam en geboortedatum;
- de inhoud van de gegeven zorg;
- de datum of de periode waarin de zorg is gegeven;
- de kosten van de gegeven zorg;
- de juiste DBC-zorgproductcode als het gaat om medisch specialistische zorg;
- het nummer van de zorgverlener in het BIG-register als het om een zorgverlener gaat die BIG-geregistreerd moet zijn;
- de AGB-code als dat van toepassing is.
- de vereisten aan een rekening zoals de belastingdienst die stelt voor de BTW.

Bij vergoeding van de zorg gaat het om de datum van de behandeling of de levering. De datum van de rekening of de datum van een bestelling van een (hulp)middel is niet van belang.

Wat doen wij niet?

- wij vergoeden geen offertes, voorschotrekeningen, herinneringen of aanmaningen;
- wij sturen geen rekeningen of documenten die bij de rekening horen terug. Ook niet als er maar een deel of helemaal niets is vergoed. U kunt wel een gewaarmerkte kopie (kopie van de rekening met een originele waarmerkstempel) bij ons opvragen.

Zie ook:

- [AGB-code](#) (begrippen)
- [DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

Buitenlandse rekeningen die niet helemaal vergoed zijn

Woont u niet in Nederland en heeft u in uw woonland zorg gehad? U heeft de originele rekening ingediend en die is niet helemaal vergoed? Dan heeft u misschien recht op (een deel van) vergoeding uit uw basisverzekering.

Wat moet u doen?

U stuurt (een kopie van) de rekening naar ons met daarbij een verklaring van de sociale of wettelijke verzekering van het land waarin u woont. In die verklaring moet staan:

- dat (een deel van) de kosten niet is vergoed en
- welk bedrag er niet is vergoed.

Zorgkosten declareren

Hoe kunt u uw zorgkosten declareren?

- met uw smartphone via onze app stuurt u ons de rekeningen digitaal;
 - online via de Mijn omgeving stuurt u ons de rekeningen digitaal;
 - via de post stuurt u ons de originele rekeningen;
- Soms mag het ook een kopie zijn als u dat met ons heeft afgesproken. Dat is een uitzondering. Uw gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekeningen rechtstreeks naar ons in.

Als wij rechtstreeks betalen aan de zorgverlener

Als wij met een zorgverlener hebben afgesproken dat hij de rekeningen rechtstreeks bij ons declareert dan betalen wij ook rechtstreeks aan de zorgverlener. U bent verplicht hieraan mee te werken. Op dat moment vervalt onze plicht om die kosten aan u te vergoeden. Een rekening van een zorgverlener kunnen we ook verrekenen met een voorschot dat de zorgverlener al heeft gehad.

Als wij meer betalen aan de zorgverlener dan waar u recht op heeft

Wij betalen aan een gecontracteerde zorgverlener altijd de hele rekening. Het kan zijn dat we dan meer betalen dan de vergoeding waar u recht op heeft. Bijvoorbeeld omdat u nog eigen risico moet betalen of omdat er een wettelijke eigen bijdrage is. U moet dat deel dan aan ons terugbetalen.

Toen u bij ons verzekerd werd heeft u ons een volmacht tot incasso gegeven. Dat betekent dat u toestemming heeft gegeven om de premie bij u te innen en ook de het bedrag dat wij te veel betalen aan de zorgverlener.

Zie ook:

- [Eigen risico bij uw basisverzekering](#) (algemene voorwaarden)
- [Wettelijke eigen bijdrage](#) (begrippen)

Bewaren van originele rekeningen

Heeft u gedeclareerd via e-mail, internet, de app of de Mijn omgeving? Dan moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren. Wij kunnen deze opvragen voor controle.

Vergoeding van rekeningen tijdens verzekerde periode

Wij vergoeden alleen rekeningen voor zorg tijdens uw verzekerde periode. Is een behandeling met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC zorgproductcode) gedeclareerd? Dan moet de startdatum van de DBC in uw verzekerde periode liggen. Ligt de startdatum eerder dan ingang van uw verzekering bij ons? Dan valt de hele DBC buiten uw verzekerde periode. Ook als de behandeling voor een deel doorloopt in uw verzekering bij ons. De DBC moet dan bij uw vorige verzekeraar worden ingediend.

Zie ook:

[DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

Volgorde van vergoeding

Wij verwerken rekeningen op een bepaalde volgorde. Zo bepalen we of u een vergoeding krijgt en hoeveel dat is.

Eerst kijken we of een rekening vergoed moet worden uit een andere verzekering zoals een volksverzekering of sociale verzekering. Bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg, Jeugdwet of Wet maatschappelijke ondersteuning.

Volgorde van vergoeden van zorg uit de basisverzekering

Daarna behandelen we de rekening volgens uw basisverzekering.

Verzekering voor een deel van het jaar

Er zijn vergoedingen met een maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen per jaar. Begint of stopt uw verzekering in de loop van een jaar? Dan krijgt u niet minder vergoed. Wij verminderen het maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen van dat jaar niet.

A.20. Tarieven

Hier leest u:

over onze tarieven

Hoogte van de tarieven: U heeft zorg nodig die verzekerd is als zorg in natura

Naar welke zorgverlener gaat u voor de zorg die verzekerd is als zorg in natura?

- a. U gaat naar een gecontracteerde zorgverlener; of
- b. U wil naar een gecontracteerde zorgverlener maar kunt dat niet:
 - omdat de zorg spoedeisend is; of
 - omdat een gecontracteerde zorgverlener niet beschikbaar is; of
 - omdat een gecontracteerde zorgverlener niet tijdig bereikbaar is. Tijdig bereikbare zorg heeft een wachttijd die medisch inhoudelijk verantwoord is. Ook is deze wachttijd algemeen maatschappelijk geaccepteerd.

We vergoeden 100% van de verzekerde zorg van deze zorgverlener maar niet meer dan:

- het wettelijk vast tarief, of als dat niet bestaat;
- in situatie a.: het afgesproken tarief of
- in situatie b.: het gemiddelde afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconforme tarief).

Wij vergoeden nooit meer dan het gedeclareerde tarief of het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

- c. U kunt naar een gecontracteerde zorgverlener, maar u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgverlener.

We vergoeden dan het hieronder vermelde lagere percentage* van:

- het wettelijk vast tarief, of als dit niet bestaat;
- het gemiddelde afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconforme tarief); of
- het gedeclareerde tarief als dat lager is.

We vergoeden nooit meer dan het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

Zie ook:

- [Afgesproken tarief](#) (begrippen)
- [Gedeclareerde tarief](#) (begrippen)
- [Marktconform tarief](#) (begrippen)
- [Wettelijk maximum tarief](#) (begrippen)
- [Wettelijk vast tarief](#) (begrippen)

* Lagere vergoeding als u ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan

Voor alle zorg in natura uit uw basisverzekering is de vergoeding 65% van het geldende tarief.

Hardheidsclausule in uw basisverzekering

Uw basisverzekering heeft een hardheidsclausule. U kunt zich hierop beroepen als de lagere vergoeding uw keuze belemmert voor het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie.

U moet ons dan schriftelijk laten weten waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en ons vragen om alsnog een hoger, redelijk percentage van het afgesproken tarief te vergoeden. Binnen 4 weken laten wij u dan weten of wij aan uw verzoek kunnen voldoen.

Tarieven bij een PGB (Persoons Gebonden Budget) uit uw basisverzekering

De bepalingen over tarieven gelden voor wijkverpleging die uit een Persoons Gebonden Budget (PGB). Meer informatie vindt u in het artikel 'Wijkverpleging' en in het Reglement Verpleging & Verzorging PGB.

Omzetbelasting

Een zorgverlener kan verplicht zijn om over het bedrag van de zorg omzetbelasting te betalen. Of een vergelijkbare belasting in het buitenland te betalen. Deze kosten worden vergoed als hij deze bij u in rekening brengt.

A.21. Algemene uitsluitingen

Hier leest u:

over onze algemene uitsluitingen

Algemene uitsluitingen

Onderstaande kosten of zorg vergoeden wij niet:

- als u een afspraak met een zorgverlener niet nakomt;
- kosten van een spoedeisende behandeling in het buitenland die een (reis)verzekeraar bij ons declareert;
- deze (reis)verzekeraar is niet aangesloten bij het Convenant Samenloop;
- als u geen verzekering bij ons zou hebben dan zouden deze kosten wel vergoed worden uit uw (reis)verzekering. Uw (reis)verzekeraar heeft de kosten dus uitgesloten als u een verzekering bij ons heeft.
- het kan ook gaan om andere kosten die door die (reis)verzekeraar zijn betaald of voorgesloten.

Toelichting:

Deze (reis)verzekeraar heeft niet het Convenant Samenloop ondertekend. Dit convenant is een overeenkomst die de verdeling van kosten regelt die aan verzekerden zijn vergoed. Het maakt niet uit of de (reis)verzekering eerder of later is ingegaan dan uw verzekering bij ons. Onze verzekering dient als excedentverzekering. Dat betekent dat wij alleen kosten vergoeden die boven de dekking van die (reis)verzekering komen.

- zorg die u ook vergoed zou kunnen krijgen uit een andere verzekering of regeling en u ons niet heeft doorgegeven wat de naam van die verzekeraar is;
- kosten van geldverkeer, administratie-, facturerings- of verzendkosten.
- een behandeling die geen verantwoorde en adequate zorg of dienst is. Hierbij kijken we naar stand van de medische wetenschap en praktijk. Of als de zorg niet erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden.
- een behandeling waarvan wij vinden dat deze nog in een wetenschappelijke of experimentele fase zit;
- een behandeling waarvan wij vinden dat die niet bedoeld is om de ziekte of aandoening tegen te gaan. Of die een ziekte of aandoening voorkomt;

- zorg met een behandeldatum buiten uw verzekerde periode. Dus voordat uw verzekering is gestart of als uw verzekering al is geëindigd. Bij een DBC moet alleen de startdatum in uw verzekerde periode vallen.
- zorg via telefoon, online of op afstand waarvan wij vinden dat dit niet logisch is en niet passend. We verwachten dan dat zorg niet leidt tot een gewenst resultaat. Bijvoorbeeld: een gaatje vullen bij de tandarts kan niet telefonisch. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is bijvoorbeeld wel online mogelijk.
- zorg die u als zorgverlener aan uzelf heeft verleend;
- kosten van zorg die uitkomen boven het maximum bedrag of maximum aantal. Het maakt daarbij niet uit of u het jaar ervoor niet alles van die zorg heeft gebruikt;
- zorg die u krijgt van een zorgverlener die uw partner, een gezinslid of een familielid in de eerste of tweede graad is;
- behandelingen die nodig zijn als gevolg van atoomkernreacties. Zorg die nodig is door radioactief materiaal buiten een kerninstallatie wordt wel vergoed. Maar dat kan alleen onder deze voorwaarden:
 - er is een vergunning van de Rijksoverheid voor de plaatsing van de nucliden;
 - de plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
 - volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de schade.
- zorg die u krijgt als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit. Het maakt niet uit of dat in Nederland of in het buitenland is. U krijgt dan zorg die door de instelling geregeld wordt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.
- een nieuw hulpmiddel omdat uw oude hulpmiddel niet goed meer werkt;
- doordat u de voorschriften of uitleg van het gebruik bewust niet opvolgde;
- omdat het kapot is gegaan door uw eigen schuld.
- (wettelijke) eigen bijdragen uit de Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) of de Zorgverzekeringswet. Een vergoeding voor een eigen bijdrage kan wel zijn opgenomen in een aanvullende verzekering.
- kosten die boven het maximum tarief uitkomen dan waar u voor verzekerd bent.

Zie ook:

- [Behandeling](#) (begrippen)
- [Buitenland](#) (begrippen)
- [DBC Zorgproduct](#) (begrippen)
- [Jaar](#) (begrippen)
- [Tarief](#) (begrippen)

Geen vergoeding bij molest en terrorisme

Onderstaande kosten vergoeden wij niet:

- Molestschade. Dit zijn kosten die zijn ontstaan door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij in Nederland. Dit staat in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Wij gaan uit van de begripsomschrijvingen die het Verbond van Verzekeraars hiervan heeft vastgelegd.
- Terrorismerisico. Dit zijn kosten die zijn ontstaan door terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen. Zowel in Nederland als in het buitenland. We vergoeden dit alleen als wij de kosten kunnen betalen van het bedrag dat wij uit de herverzekering ontvangen: de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (N.H.T.) in Amsterdam.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan per jaar aangepast worden. Het bedrag geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet kan een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld. U bent dan verzekerd voor een aanvullende vergoeding. De hoogte daarvan wordt bepaald uit dat wetsartikel 33.

Woont u niet in Nederland? Dan valt u niet onder deze herverzekering. U krijgt dan dus geen vergoeding.

Meer uitleg over terrorisme vindt u op de website van de N.H.T.

Er is een landelijk 'Clausuleblad Terrorisme' (clausuleblad NHT) uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op nht.vereende.nl.

A.22 Geschillen

Heroverweging en geschil

Ben u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen bij de uitvoering van uw basisverzekering? Dan kunt u vragen of wij onze beslissing heroverwegen. Dat betekent dat wij onze beslissing opnieuw gaan beoordelen om te kijken of we een andere beslissing moeten nemen. Een heroverweging moet u schriftelijk aanvragen. Onze contactgegevens vindt u op onze website.

Bent u het niet eens bent met onze heroverweging? Dan kunt u kiezen wat u wil doen:

- u kunt naar de bevoegde rechter;
- dat kan als wij niet binnen 4 weken hebben gereageerd op uw vraag om heroverweging;
- of als wij u na heroverweging laten weten dat we bij onze eerste beslissing blijven.
- u kunt het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). U doet dat schriftelijk naar Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij deze SKGZ werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Als u gekozen heeft voor een van de mogelijkheden dan kunt u daarna niet meer voor de andere mogelijkheid kiezen.

A.23. Klachten

Klacht over standaardformulieren

Vindt u onze formulieren te ingewikkeld of niet nodig? Of vindt uw zorgverlener of een andere zorgverzekeraar dat? Dan kan u of degene die de klacht heeft, deze indienen bij de NZa: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. De NZa doet een bindende uitspraak over de klacht.

A.24. Nederlands Recht

Nederlands Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

A.25. Wat als een situatie niet geregeld is?

Wat als een situatie niet geregeld is?

Als iets niet in onze verzekeringsvoorwaarden staat dan beslist onze raad van bestuur of directie hoe wij hiermee omgaan.

Bijlage Overig

Op onze website staan nog enkele bijlages die bij uw basisverzekering horen.

Het gaat om:

- - Bijlage hulpmiddelen
- Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg
- Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ
- Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie
- Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN
- Lijst Voorkeursgeneesmiddelen
- NMT-Praktijkrichtlijn Tandletsel
- Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging