



2025

Algemene regels en vergoedingen Health Basic en Health Premium

ONVZ

Eersteklas Zorgverzekering

Inhoudsopgave

- **Health Basic & Health Premium** >

- **Contactgegevens** >

- **Algemene regels** >

- **Vergoedingen** >

● Voor zorg in Nederland

Deze verzekeringen vergoeden zorgkosten in Nederland. Zorgkosten in het buitenland komen alleen voor vergoeding in aanmerking als het gaat om spoedeisende zorg.

● Hoe werkt de verzekering?

Uw verzekering heeft algemene regels en vergoedingen. De algemene regels zijn de regels en afspraken die gelden voor Health Basic en Health Premium. Er staat bijvoorbeeld in wanneer de verzekering ingaat en hoe wij zorgkosten vergoeden.

In de vergoedingen staat op welke zorg en diensten u recht heeft en wat u daarvoor moet doen.

● En hoe werkt de zorg in Nederland?

De huisarts heeft in Nederland een belangrijke rol. U kunt zich inschrijven bij een huisartsenpraktijk in de buurt. Als u een gezondheidsprobleem heeft, gaat u eerst naar de huisarts. Vaak kan de huisarts of een medewerker van de praktijk u helpen. Als het nodig is, verwijst de huisarts u naar een andere zorgverlener, bijvoorbeeld een medisch specialist in het ziekenhuis.

U kunt in Nederland niet rechtstreeks (zonder verwijzing) naar het ziekenhuis. Ook als u met spoed zorg nodig heeft, moet u eerst contact opnemen met de huisarts, of een huisartsenpost. Alleen bij een levensbedreigende situatie belt u een ambulance, via 1-1-2.

Voor paramedische zorg, de homeopathisch arts en de tandarts heeft u geen verwijzing nodig. Heeft u hulp nodig bij het kiezen van een zorgverlener? Of een andere vraag over zorg? Onze ZorgConsulenten zijn uw persoonlijke gids voor zorg.

● Heeft u nog vragen?

Algemene informatie vindt u op www.onvz.nl. U kunt ook contact opnemen met ons Service Center op 030 639 62 22.

● ONVZ

Postbus 392
3990 GD Houten
Telefoon: 030 639 62 22
Fax: 030 635 12 75
Internet: www.onvz.nl

● ONVZ Service Center

Voor algemene vragen over uw zorgverzekering
Telefoon: 030 639 62 22
Bereikbaar op werkdagen van 8.00 tot 17.30 uur
Internet: onvz.nl/contact

● ONVZ Machtigingen

Als u toestemming nodig heeft om zorg vergoed te krijgen
Telefoon: 030 639 62 22
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur
Internet: www.onvz.nl/contact

● ONVZ ZorgConsulent

Informatie over behandelmethodes, het regelen van zorg en zorgbemiddeling
Telefoon: 030 639 62 24
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur
E-mail: zorgconsulent@onvz.nl

● ONVZ Kraamzorg Service

Informatie over en aanvraag van kraamzorg
Telefoon: 088 668 97 05
Bereikbaar op werkdagen van 08.00 tot 17.00 uur
Internet: <https://www.onvz.nl/snel-regelen/zwangerschap-en-geboorte>

● ONVZ Zorgassistance

Hulp en advies over geneeskundige zorg in noodsituaties (in het buitenland)

Telefoon: +31 (0)88 668 97 67

24 uur per dag bereikbaar

● ONVZ Verhaalszaken

Bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde

Telefoon: 030 639 62 64

Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

● ONVZ Klachtenservice

Voor het indienen van een klacht kunt u gebruik maken van

Het klachtenformulier op onvz.nl/contact

Postbus 392

3990 GD Houten

E-mail: klachtenservice@onvz.nl

● Taxivervoer

Telefoon: 0900 333 33 30

Bereikbaar op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur

Algemene regels

● Inhoudsopgave

Inleiding	7
1. De verzekeringen Health Basic en Health Premium	8
Over onze verzekeringen	8
Wie de verzekering afsluit. Wie verzekerd is. En wie het bewijs van de verzekering krijgt	8
Welke regels de verzekering en de premie bepalen	8
2. Ik word klant van ONVZ	10
De verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd	10
Wanneer uw verzekering ingaat	10
Wat verder van belang is	10
3. Ik ben verzekerd bij ONVZ	11
Ik heb zorg nodig	11
Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico	12
Soms vergoedt de verzekering minder, of niet	13
Ik wil zorgkosten declareren	14
Ik betaal premie	15
Meewerken en informeren	15
Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig.	15
Wij kunnen de verzekering wijzigen	17
U kunt de verzekering wijzigen	17
4. Ik ga weg bij ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering	18
Opzeggen	18
Soms eindigt de verzekering zonder opzegging	18
Soms beëindigen wij de verzekering	19
Als u fraudeert	19
Als u niet tevreden bent of een klacht heeft	20
Recht dat van toepassing is	20

● Inleiding

Dit zijn de algemene regels van Health Basic en Health Premium. Samen met de vergoedingen van Health Basic en Health Premium bepalen ze waar u recht op heeft. En wat u daarvoor moet doen.

Er staan ook regels in voor het afsluiten van deze verzekeringen.

Deze algemene regels zijn verdeeld in 4 onderwerpen.

1. De verzekeringen Health Basic en Health Premium¹
2. Ik word klant van ONVZ
3. Ik ben verzekerd bij ONVZ
4. Ik ga weg bij ONVZ. Of ONVZ beëindigt de verzekering

Het belangrijkste staat in **vette** letters. Zo vindt u snel wat u zoekt.

Uitleg

1. Health Basic en Health Premium: Risicodraagster is ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
(handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nummer 12001024), gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990
GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Internet: www.onvz.nl

● 1. De verzekeringen Health Basic en Health Premium

Bijna iedereen in Nederland moet een 'basisverzekering' hebben. Dat is wettelijk zo geregeld. De basisverzekering vergoedt alle belangrijke ziektekosten.

Kunt u geen basisverzekering afsluiten, bijvoorbeeld omdat u maar tijdelijk in Nederland bent en een niet-Nederlandse werkgever heeft? Of omdat u kenniswerker bent? Dan zijn Health Basic en Health Premium prima verzekeringen voor uw ziektekosten in Nederland. Met Health Basic bent u in Nederland verzekerd tegen de belangrijkste risico's, bijvoorbeeld de kosten van een ziekenhuisopname en geneesmiddelen. Health Premium heeft een uitgebreidere dekking. Bijvoorbeeld zorg bij de tandarts, fysiotherapie en kraamzorg.

● Over onze verzekeringen

1. Met Health Basic en Health Premium heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg en diensten. Het zijn **restitutieverzekeringen**.

We spreken hierna kortweg van 'verzekering', en van 'vergoeden van zorg'.

Als wij hierna van 'ONVZ' spreken, of van 'wij' of 'ons', bedoelen we daarmee ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.

2. **In dit document staat:**

- **welke zorg** en diensten verzekerd zijn
- **wie** die zorg mag geven
- **welke voorwaarden** verder gelden

De verzekeringen vergoeden zorg en diensten die **medisch noodzakelijk** zijn. Wat dat is, staat in algemene regel 18.

● Wie de verzekering afsluit. Wie verzekerd is. En wie het bewijs van de verzekering krijgt

3. De persoon die een verzekering afsluit, heet officieel **verzekeringnemer**. Die noemen wij **'hoofdverzekerde'**. Een hoofdverzekerde kan een verzekering voor zichzelf afsluiten. Maar ook voor iemand anders. Zoals partner of kinderen. De persoon die verzekerd is, is **de verzekerde**. Als u een verzekering afsluit voor uzelf bent u hoofdverzekerde én verzekerde.
4. **De hoofdverzekerde krijgt van ons de zorgpolis**. Dat is het bewijs van de verzekering. Op de zorgpolis staat wie er verzekerd is. En welke verzekering is afgesloten.

● Welke regels de verzekering en de premie bepalen

5. De algemene regels en de vergoedingen bepalen de verzekering.
6. De verzekering is ook gebaseerd op informatie die u ons heeft verstrekt, bijvoorbeeld bij uw aanvraag.

7. Bij de algemene regels hoort de premietabel. Daarin staan de – leeftijdsafhankelijke – premies van de verzekeringen. En kortingen en toeslagen.

En bij de vergoedingen hoort het overzicht maximale vergoedingen. Daarin staat hoeveel wij maximaal vergoeden als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben. Voor u gelden alleen de onderdelen:

- eerstelijns diagnostiek
- kaakchirurgie
- medisch-specialistische revalidatie
- medisch-specialistische zorg

8. Bent u collectief verzekerd? Dan gelden ook de regels voor de collectieve verzekering. Die kunt u opvragen bij de partij die deze met ONVZ heeft afgesloten. Vaak de werkgever.

● 2. Ik word klant van ONVZ

Wilt u klant worden van ONVZ? U bent van harte welkom!

● De verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd

9. U sluit de verzekering zelf af op onze website. U kunt ons ook het aanvraagformulier via post of per e-mail sturen. Afsluiten kan ook via uw verzekeringsadviseur.
10. **U kunt Health Basic en Health Premium alleen afsluiten als uw woon- of hoofdverblijfplaats in Nederland ligt.** En als u geen recht heeft op een basisverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.
11. **Wij stellen vragen over de gezondheid van de verzekerde(n).** Daarmee beoordelen wij of u de verzekering kunt afsluiten. Sluit u de verzekering af voor een kind binnen 4 maanden na de geboortedatum? Dan gaat de verzekering in op de geboortedatum zonder gezondheidsvragen.

● Wanneer uw verzekering ingaat

12. Op de zorgpolis staat wanneer uw verzekering ingaat.

● Wat verder van belang is

13. **Bij een nieuwe verzekering heeft u 14 dagen bedenktijd.** De bedenktijd gaat in op de dag dat u de zorgpolis ontvangt. U kunt zonder reden opzeggen. Er bestaat dan geen recht op vergoeding van zorg en diensten. Betaalde premies krijgt u terug.
14. **Neemt u per e-mail of via social media contact met ons op? Dan mogen wij ook op die manier reageren.** Dat doen wij niet als dat door privacyregels niet kan. Of als u aangeeft dat u op een andere manier reactie wilt ontvangen. Neemt u via de website contact met ons op? Dan reageren wij telefonisch of per e-mail.

● 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

U heeft Health Basic of Health Premium. Dan heeft u recht op vergoeding van zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.

● Ik heb zorg nodig

15. Heeft u zorg nodig? De volgende regels bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.

U kunt het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht). Dit heeft goederenrechtelijk effect. Zodat bij handelen in strijd hiermee geen overdracht plaatsvindt en geen pandrecht tot stand komt.

Wij betalen altijd in euro's. Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontving.

16. **Health Basic en Health Premium vergoeden de zorg en geven recht op diensten die in de vergoedingen staan.** Als aan de voorwaarden en de algemene regels is voldaan. Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

17. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling als 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.
18. Wij vergoeden alleen de zorg:
- a. **die naar inhoud en omvang voldoende effectief en veilig is**
Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan speelt mee wat in het gehele betrokken vakgebied als goede zorg geldt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent. Het steeds passende zorg zijn die voldoet aan de professionele standaard¹ en Werkwijzers VAGZ/VAV.
 - b. **en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen**
U moet de zorg nodig hebben, en de zorg moet voor u doelmatig zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.
19. **De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt soms het tarief.** Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér.

Is er geen vaste of maxumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Bij fysiotherapie en spoedeisende medisch-specialistische zorg in het buitenland bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners in Nederland onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

Een uitzondering voor medisch-specialistische zorg

Voor medisch-specialistische zorg gaat het anders. Die zorg vergoeden wij alleen volledig als uw zorgverlener een contract met ons heeft. Alle gecontracteerde zorgverleners in Nederland vindt u in de [Zorgzoeker](#) op onze site. Kiest u dan toch voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden maximale vergoedingen. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Dit geldt voor de volgende vergoedingen:

- Medisch specialist
- Ziekenhuisopname
- Medisch-specialistische revalidatie
- Second opinion
- Vruchtbaarheidsbehandelingen
- In-vitrofertilisatie (ivf)
- Plastische chirurgie
- Kaakchirurgie

● **Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico**

20. **Soms betaalt u een eigen bijdrage.** Voor bepaalde geneesmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Dat is een bedrag dat u zelf moet betalen als u deze geneesmiddelen krijgt.
21. **U kunt per kalenderjaar een eigen risico kiezen. U kunt kiezen voor € 0, € 500 of € 1.000.** Bij een eigen risico van € 500 of € 1.000 krijgt u dit deel van uw zorgkosten niet vergoed. U krijgt dan wel korting op de premie. In de premietabel staan de kortingen. Op uw polis staat welk eigen risico voor u geldt. U betaalt geen eigen risico over de eigen bijdrage. Dit werkt zo. Als wij een rekening van u krijgen, halen we daar eerst uw eigen bijdrage vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico.
22. **Tot 1 januari van het jaar waarin u 19 jaar wordt, heeft u geen eigen risico.** Wilt u vanaf die datum wel een eigen risico? Dan moet u dat voor 1 januari aan ons doorgeven.
23. Declareert u of uw zorgverlener zorg, dan telt die zorg mee voor het eigen risico van het jaar van behandeling. Soms moet de zorgverlener consulten, onderzoeken en behandelingen in 1 keer declareren. Bijvoorbeeld met een dbc. Dan telt de dbc mee voor het eigen risico in het jaar waarin deze is geopend.

Opent de zorgverlener voor dezelfde behandeling een nieuwe dbc (vervolg-dbc) in het jaar erop? Dan moet u mogelijk voor beide jaren eigen risico betalen.

24. **Bent u een deel van het jaar bij ons verzekerd? Dan passen wij het eigen risico daarop aan.** Wij berekenen dit dan op basis van het aantal dagen dat de verzekering heeft gelopen. Het bedrag ronden wij af op hele euro's.

Uw verzekering gaat in op 3 februari. Er zijn dan 33 dagen van het jaar voorbij en nog 332 te gaan. Uw eigen risico is 332/365 van bijvoorbeeld € 500: € 454,79. We ronden dat af op € 455.

• Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

25. **Soms bestaat recht op zorg of hulp volgens onder meer de:**

- Wet langdurige zorg (Wlz)
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)
- Jeugdwet

Dan vergoeden wij de zorg of hulp niet, ongeacht of u Wlz-/Wmo-gerechtigd bent. Ook niet als u de zorg of hulp van zorgkantoor of gemeente niet voldoende zou vinden.

26. **Wij vergoeden ook de volgende zorg en diensten niet.**

- eigen bijdragen volgens:
 - Wet langdurige zorg
 - Zorgverzekeringswet
 - Wet maatschappelijke ondersteuning 2015
 - Jeugdwet
- eigen bijdragen voor bevolkingsonderzoek
- keuringen (bijvoorbeeld aanstellings- en rijbewijskeuringen)
- doktersverklaringen
- kosten voor niet of te laat betalen van rekeningen
- niet nagekomen afspraken (no-show)
- schade door (burger)oorlog, opstand, en andere conflicten die hier op lijken
- activiteiten om een bepaald sportniveau te bereiken. Of sportprestaties te verbeteren

27. Bij zorg door terrorisme krijgt u mogelijk een lagere vergoeding. Wij hebben onze verplichting om deze zorg te vergoeden verzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Deze verzekering vergoedt maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Zijn er meer kosten? Dan vergoedt de NHT deze voor een deel. Wij vergoeden de zorg dan ook voor dit deel. Het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT regelt de vergoeding. Hebben wij de zorg niet verzekerd bij de NHT? Ook dan vergoeden wij de zorg alsof deze wel verzekerd zou zijn bij de NHT.

Met terroristische handelingen bedoelen wij: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

(Woont u niet in Nederland? Dan wordt zorg door terrorisme niet vergoed.)

28. **Voor Health Basic en Health Premium gelden de volgende 2 beperkingen. Meestal merkt u hier niets van.** Verzekeraars lossen dit zoveel mogelijk samen op.

1. **Health Basic en Health Premium vergoeden niet voor het deel waarvoor een andere regeling geldt.**

De verzekeringen zijn zogenaamde excedentverzekeringen. Dit betekent dat de vergoedingen niet gelden voor zover een andere regeling vergoedt. Daarboven vergoeden wij wel. Tot de maximale vergoeding. Een regeling is een verzekering, wet of voorziening.

2. **Wij vergoeden niet bij samenloop.**

Samenloop betekent dat zorg of zorgkosten onder 2 of meer regelingen vallen. Of onder die andere regeling zou vallen, als Health Basic of Health Premium niet bestond. Het maakt niet uit of de andere regeling eerder of later is ingegaan.

29. **Wij vergoeden de volgende zorg ook niet.**

Zorg die is voorgeschreven of geleverd:

- door de verzekerde aan zichzelf
- door een gezinslid of een familielid in de 1e of 2e graad van de verzekerde aan die verzekerde

Wij vergoeden de zorg wel als we vooraf toestemming hebben gegeven.

● Ik wil zorgkosten declareren

U heeft zorg gekregen. Hoe zit het dan met de vergoeding? Vaak heeft u hier geen omkijken naar. Want zorgverleners sturen ons meestal de rekening rechtstreeks. Krijgt u toch zelf een rekening? Dan kunt u die op verschillende manieren bij ons indienen. Hieronder leest u meer.

30. **Veel zorgverleners dienen de rekening elektronisch bij ons in. Wij betalen dan meestal rechtstreeks aan de zorgverlener. Zo voldoen wij aan de verplichting om uw rekening te vergoeden.** Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop u recht heeft? Dan kunnen wij het verschil bij de zorgverlener terugvragen.

31. **Soms moet u ons zorgkosten terugbetalen.** Als wij rechtstreeks met uw zorgverlener afrekenen, betalen wij soms de hele rekening. Ook als u een deel ervan zelf moet betalen door eigen risico of eigen bijdrage. Of omdat Health Basic of Health Premium niet alle zorg vergoedt. Voor het bedrag dat u zelf moet betalen, krijgt u van ons een rekening. Die moet u binnen 21 dagen betalen.

32. **Dient u zelf een rekening van een zorgverlener bij ons in? Dan moet u zich aan de volgende 3 regels houden.** Anders kan het zijn dat wij de kosten niet vergoeden. Of dat u de vergoeding moet terugbetalen.

- a. **Dien uw rekeningen zo snel mogelijk bij ons in. We moeten ze binnen 3 jaar hebben ontvangen.**

De 3 jaar gaan in op het moment dat u de rekening van de zorgverlener krijgt.

- b. **Rekeningen die u indient moeten duidelijk en volledig zijn.** Er moet bijvoorbeeld op staan welke zorg u van wie heeft gekregen, de datum en het nummer van de rekening. De rekeningen moeten in het Nederlands Engels, Duits, Frans of Spaans zijn. Anders kunnen wij om een vertaling vragen.

- c. **Dient u de nota digitaal in, bijvoorbeeld via de ONVZ app of onze website? U moet de originele rekening nog 1 jaar bewaren nadat wij deze hebben ontvangen.** Wij kunnen de originele rekening bij u opvragen.

Soms betalen wij een zorgverlener meer dan waarop de verzekering recht geeft. Dan gaat u ermee akkoord dat ONVZ zelf het teveel betaalde terugvraagt van de zorgverlener.

33. **Wij kunnen rekeningen controleren.** Wij gaan dan bijvoorbeeld na of u de zorg of dienst wel heeft gekregen en nodig had. Is dat niet zo? Dan kan het zijn dat u moet terugbetalen.

● Ik betaal premie

34. **De hoofdverzekerde moet de premies voor de verzekeringen steeds vooraf betalen.** U kunt per maand, kwartaal, halfjaar of jaar betalen.
35. **Leeftijdsafhankelijke premie.** De premie is leeftijdsafhankelijk. Bij een hogere leeftijdscategorie hoort een hogere premie. Die geldt vanaf 1 januari van het kalenderjaar dat volgt op uw verjaardag. De premie staat in de premietabel.
36. **Er kunnen van de premie nog kortingen af gaan.** De premie en de kortingen staan in de premietabel. Korting krijgt u:
- als u per kwartaal, half jaar of jaar betaalt in plaats van per maand
 - als u een eigen risico kiest
 - als deelnemer aan een collectiviteit
37. Berekenen wij premie over een deel van 1 maand? Dan stellen we 1 maand op 30 dagen.
38. U mag premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.
39. Tijdens detentie wordt uw verzekering opgeschort, tenzij u deze wilt laten doorlopen. Tijdens opschorting kunt u bij ons geen aanspraak maken op vergoeding van zorg. U hoeft ook geen premie te betalen. Als u de verzekering wilt opschorten, moet u ons laten weten dat u in detentie zit, en voor welke periode. U moet ons ook laten weten wanneer u vrij bent gekomen.

● Meewerken en informeren

40. **Hebben wij voor (het beoordelen van) een aanvraag, voor controle of voor onderzoek informatie nodig? Daar moet u aan meewerken.** U moet zorgen dat onze medisch adviseur of een andere medewerker die informatie krijgt. Bijvoorbeeld van uw behandelend arts. Hierbij gelden de privacyregels. Werkt u niet mee? Dan kan het zijn dat u zorg of diensten niet vergoed krijgt. Of ons vergoedingen moet terugbetalen.
41. **Belangrijke veranderingen in uw situatie moet u binnen 1 maand aan ons doorgeven.** Met belangrijk bedoelen we gebeurtenissen die wij moeten weten om uw verzekering goed uit te voeren. Bijvoorbeeld:
- u verhuist naar het buitenland of gaat daar werken
 - u krijgt een ander bankrekeningnummer
 - u heeft een kind gekregen
 - u bent verplicht om een basisverzekering (een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet) te hebben
- Doet u dit niet, dan kan het zijn dat u rekening niet vergoed krijgt. Of ons vergoedingen moet terugbetalen.
42. Is iemand anders aansprakelijk voor uw zorgkosten. Bijvoorbeeld omdat u bent aangereden? Of heeft u een (reis)verzekering met dekking voor medische kosten? **U moet meewerken als wij de zorgkosten bij de aansprakelijke persoon of de (reis)verzekeraar willen terugvragen.** Vraagt u zelf ook (andere) kosten terug bij de tegenpartij? Dat mag onze rechten dan niet beperken. Anders kan het zijn dat u zorgkosten aan ons moet terugbetalen.

• Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig.

43. **Als u bij ons een verzekering heeft of aanvraagt, nemen wij uw gegevens op in onze administratie.**
Als u ons belt, kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons privacy statement.

Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden. Wij nemen dan maatregelen.

44. **Wij moeten uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie opnemen.** Wij moeten het ook gebruiken bij contacten met zorgverleners.

45. Wij gebruiken uw gegevens en opgenomen telefoongesprekken:
- om uw verzekering en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
 - om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
 - voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
 - voor marketing
 - voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit

Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen wij alleen als dat nodig is voor deze doelen, behalve marketing. Meer informatie hierover staat in ons privacy statement. Ook over uw rechten.

46. Stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nakijken of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via CIS uitwisselen met andere verzekeraars, als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het privacyreglement van CIS vindt u op www.stichtingcis.nl.
47. Om uw verzekering uit te voeren, vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens van/aan onder meer zorgverleners en leveranciers van hulpmiddelen. Wij doen dat digitaal via het netwerk voor veilige communicatie in de zorg (Vecozo). Of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die u krijgt makkelijk en veilig bij ons worden gedeclareerd.
48. Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekering gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij na of u (nog) recht op premiekorting heeft.
49. Wilt u geen post, e-mail of andere uitingen ontvangen met marketing als doel? Geef het aan ons door. Dan sturen wij u deze informatie niet meer.

- **Wij kunnen de verzekering wijzigen**

50. **Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekering wijzigen.** De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in algemene regel 52.

- **U kunt de verzekering wijzigen**

51. De hoofdverzekerde kan de verzekering per 1 januari wijzigen van Health Basic naar Health Premium of andersom. Daarbij stellen wij gezondheidsvragen als het gaat om een wijziging van Basic naar Premium.

Uitleg

1. Professionele standaard: Geheel van professionele medische normen dat aangeeft wat goed handelen is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren, onder meer beschreven in door de betrokken beroepsgroep gepubliceerde waarborgdocumenten en in kwaliteitsinstrumenten opgenomen in het openbare register[Tooltip text=openbare+register value=https%3A%2F%2Fwww.zorginzicht.nl%2Fkwaliteitsinstrumenten]

● 4. Ik ga weg bij ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering

We hopen natuurlijk dat u bij ons blijft. Wilt u de verzekering toch beëindigen? Hier leest u hoe en wanneer dat kan.

● Opzeggen

52. **De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen.** Dit kan met een brief of via onze [site](#). Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar.

In 5 gevallen kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen.

- Als u nog in de bedenktijd van algemene regel 13 zit.
- Als u van werkgever verandert en u bij uw oude én nieuwe werkgever deelneemt aan een collectieve verzekering. De opzegging moet dan binnen 1 maand na het einde van uw oude dienstverband bij ons binnen zijn.
- Als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 50. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. U moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat. Of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling. Of als de wijziging in uw voordeel is.
- Als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u laat weten dat wij medische gegevens over u hebben bekeken die niet voor ons bestemd waren. Wij zullen dat nooit doen. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa bij ons binnen zijn. Uw verzekering eindigt dan op de 1e dag van de 2e maand na uw opzegging.
- Als de verzekerde 18 jaar wordt. De verzekering eindigt dan op de 1e dag van de maand na de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

● Soms eindigt de verzekering zonder opzegging

53. Blijkt na het afsluiten van Health Basic of Health Premium dat u een basisverzekering volgens de Zorgverzekeringswet had moeten of moet hebben? Dan eindigt Health Basic of Health Premium vanaf de ingangsdatum. Of de datum waarop u een basisverzekering had moeten of moet hebben. Heeft u al premie betaald? Dan betalen wij die terug. Zorgkosten die wij hebben vergoed, halen wij hier van af. Zijn de door ons betaalde zorgkosten hoger dan de betaalde premie? Dan moet u ons het verschil terugbetalen.
54. Health Basic en Health Premium eindigen ook als de woon- of hoofdverblijfplaats van een verzekerde niet langer in Nederland ligt.
55. De verzekering eindigt op de dag nadat verzekerde is overleden. Teveel betaalde premie betalen wij terug of verrekenen wij.

• Soms beëindigen wij de verzekering

56. **Wij kunnen de verzekering beëindigen als u niet op tijd betaalt.** Voor wij uw verzekering beëindigen, doorlopen wij de volgende stappen:
- Wij verrekenen met wat u van ons tegoed heeft. Wij kunnen niet (op tijd) betaalde premies verrekenen met door u gedeclareerde kosten. Of andere bedragen die u van ons tegoed heeft. Andersom mag u premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.
 - Als u de premie niet (op tijd) betaalt, sturen wij u een aanmaning. Dat doen wij ook als u zorgkosten, eigen risico of eigen bijdragen die wij hebben voorgesloten niet (op tijd) terugbetaalt.
 - Als u het openstaande bedrag niet (op tijd) betaalt, dan kunnen wij uw verzekering beëindigen. Dat doen wij dan vanaf de datum waarop u de premie of kosten had moeten betalen.
57. Wij kunnen de verzekering ook beëindigen als u onze medewerkers bedreigt of intimideert. Of als u onze eigendommen beschadigt.

Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering. Als u die verzekering heeft, dan beëindigen wij die. Of vervangen die door een andere verzekering. De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht.

• Als u fraudeert

58. **Bij fraude nemen wij maatregelen.** Wij spreken van fraude als u bewust een regel overtreedt of dit laat doen om er zelf beter van te worden. Of om er iemand anders beter van te laten worden. Dit is het geval als u met onjuiste of onvolledige informatie bij ons een verzekering afsluit of probeert af te sluiten. Of van ons een vergoeding of dienst krijgt of probeert te krijgen waarop u geen recht heeft.

Voorbeelden van fraude zijn:

- u stuurt ons vervalste stukken
 - u geeft ons bewust een onjuist beeld van uw situatie
 - u vermeldt bij een declaratie iets wat niet waar is
 - u houdt informatie achter die voor ons van belang is
59. Bij een vermoeden van fraude doen wij onderzoek. Wij houden ons aan het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Met afspraken van verzekeraars over het aanpakken van fraude.
60. Is fraude vastgesteld? Dan kunnen dit de gevolgen zijn:
- rekeningen waarmee is gefraudeerd, vergoeden wij niet
 - rekeningen die wij onterecht aan u of uw zorgverlener hebben betaald moet u aan ons terugbetalen
 - kosten van het fraudeonderzoek zijn voor uw rekening
 - wij kunnen aangifte doen bij de politie
 - wij kunnen uw gegevens (laten) opnemen in de registers die in algemene regel 46 staan
 - wij kunnen uw verzekering met terugwerkende kracht beëindigen tot de datum van de fraude
 - wij kunnen u weigeren voor een nieuwe verzekering

• Als u niet tevreden bent of een klacht heeft

Wij doen steeds ons best om u zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch kan het gebeuren dat u niet tevreden bent. Wilt u een klacht indienen? Hieronder staat hoe dat kan.

61. **Bent u het niet eens met onze beslissing? Of ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u bij onze Klachtenservice een klacht indienen.** Dat kan als volgt:

- Post: Postbus 392
3990 GD Houten
- e-mail: klachtenservice@onvz.nl
- het klachtenformulier op www.onvz.nl

U ontvangt een bevestiging als uw klacht bij ons binnen is. Wij reageren binnen 10 werkdagen inhoudelijk op uw klacht. Gaat het langer duren? Dan hoort u dat van ons.

62. **Bent u niet tevreden met onze reactie. Of reageren wij niet? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).** De procedure bij de SKGZ verloopt in 2 stappen.

- a. Eerst probeert de Ombudsman Zorgverzekeringen uw klacht op te lossen door bemiddeling.
- b. Lukt dat niet, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Meer informatie vindt u op de website skgz.nl/procedure.

U kunt uw klacht op 2 manieren bij de SKGZ indienen.

- a. Via het klachtenformulier op skgz.nl/klacht-indienen
- b. Door een brief te sturen naar:
SKGZ
Antwoordnummer 5518
3700 VB Zeist

U moet de klacht op tijd bij de SKGZ indienen. De SKGZ heeft 4 termijnen.

- a. Heeft u een reactie van ons gekregen? U kunt uw klacht tot 1 jaar na onze reactie indienen bij de Ombudsman.
- b. Hebben wij niet gereageerd? U kunt uw klacht tot 13 maanden na uw vraag aan ONVZ indienen bij de Ombudsman.
- c. Heeft de Ombudsman uw probleem volgens u niet opgelost? En wilt u uw klacht daarom voorleggen aan de Geschillencommissie? Dan moet u dat doen binnen 90 dagen na het bericht van de Ombudsman dat (verder) bemiddelen volgens hem niet mogelijk is.
- d. Wilt u uw klacht direct aan de Geschillencommissie voorleggen? Dan gelden dezelfde termijnen als voor het indienen van een klacht bij de Ombudsman.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de burgerlijke rechter. Dan kunt u niet meer naar de SKGZ.

63. Is uw klacht dat onze formulieren te ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u deze ook bij de NZa indienen. Telefonisch of per e-mail.

Nederlandse Zorgautoriteit

Informatielijn: 088 770 87 70

E-mail: informatielijn@nza.nl

- **Recht dat van toepassing is**

64. De verzekering valt onder Nederlands recht.

Vergoedingen

● Inhoudsopgave

Vergoedingen 2025	24
Huisarts en gezond blijven	27
Huisarts (huisartsenzorg)	27
Trombosedienst	29
Stoppen met roken	30
Medisch noodzakelijke (reis)vaccinaties en griepvaccinatie	32
Preventief medisch onderzoek	33
Homeopathisch of antroposofisch arts	34
Ziekenhuis en medisch specialist	35
Medisch specialist	35
Ziekenhuisopname	38
Medisch-specialistische revalidatie	40
Orgaantransplantatie en -donatie	42
Second opinion	43
Borstkanker: aanvullend onderzoek	45
Vruchtbaarheidsbehandelingen	46
In-vitrofertilisatie (ivf)	48
Plastische chirurgie	50
Sterilisatie	52
Extra zorg	53
Medisch-specialistische verpleegkundige zorg thuis	53
Verblijf in een logeershuis	54
Hospice (logeerkosten)	55
Zwangerschap en bevalling	56
Prenatale screening	56
Zwangerschap en bevalling	57
Kraamzorg en kraampakket	59
Medicijnen en hulpmiddelen	61
Geneesmiddelen	61
Hulpmiddelen	64
Hulpmiddelen bij diabetes	71
Hulpmiddelen bij problemen met urine en ontlasting	74
Hulpmiddelen bij trombose	77
Therapeutisch elastische kousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen	78
Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	80
Infuus pomp voor geneesmiddelen	81
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen	82
Orthesen	83

Prothesen	84
Verbandmiddelen	87
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	88
Zuurstofapparaten	90
CPAP-apparaten	91
MRA	92
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	93
Kortdurende uitleen van hulpmiddelen bij problemen met bewegen	95
Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen	97
Hulpmiddelen bij problemen met spreken	99
Hoorstoestellen en tinnitusmaskeerders	100
Mammaprothesen (borstprothesen)	102
Pruik	103
Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie	104
Hulpmiddelen voor anticonceptie	105
Hulpmiddelen bij chronische pijnbestrijding	106
Mond en gebit	107
Kaakchirurgie	107
Tandheelkundige zorg na een ongeval	109
Algemene tandheelkundige zorg	110
Orthodontie tot 18 jaar	111
Psychische zorg	112
Geneeskundige ggz	112
Opname voor geneeskundige ggz	114
Vervoer	116
Ambulancevervoer	116
Repatriëring bij overlijden in Nederland	117
Ziekenvervoer	118
Overige therapieën	120
Overige therapieën	120
Zorg in het buitenland en reizen	123
Spoedeisende zorg in het buitenland	123
Repatriëring	125
Verhaal bij letselschade	126
Verhaalsbijstand bij letselschade	126

Vergoedingen 2025

Huisarts en gezond blijven	Health Basic	Health Premium
Huisarts (huisartsenzorg)	Ja	Ja
Trombosedienst	Ja	Ja
Stoppen met roken		Ja
Medisch noodzakelijke (reis)vaccinaties en griepvaccinatie		Ja
Preventief medisch onderzoek		Ja
Homeopathisch of antroposofisch arts		Ja
Ziekenhuis en medisch specialist	Health Basic	Health Premium
Medisch specialist	Ja	Ja
Ziekenhuisopname	Ja	Ja
Medisch-specialistische revalidatie	Ja	Ja
Orgaantransplantatie en -donatie	Ja	Ja
Second opinion	Ja	Ja
Borstkanker: aanvullend onderzoek	Ja	Ja
Vruchtbaarheidsbehandelingen		Ja
In-vitrofertilisatie (ivf)		Ja
Plastische chirurgie		Ja
Sterilisatie		Ja
Extra zorg	Health Basic	Health Premium
Medisch-specialistische verpleegkundige zorg thuis	Ja	Ja
Verblijf in een logeerhuis		Ja
Hospice (logeerkosten)		Ja

Vergoedingen 2025

Zwangerschap en bevalling	Health Basic	Health Premium
Prenatale screening	Ja	Ja
Zwangerschap en bevalling	Ja	Ja
Kraamzorg en kraampakket		Ja

Medicijnen en hulpmiddelen	Health Basic	Health Premium
Geneesmiddelen Basic	Ja	Ja
Geneesmiddelen Premium		Ja
Hulpmiddelen Basic	Ja	Ja
Hulpmiddelen Premium		Ja

Mond en gebit	Health Basic	Health Premium
Kaakchirurgie	Ja	Ja
Tandheelkundige zorg na een ongeval	Ja	Ja
Algemene tandheelkundige zorg		Ja
Orthodontie tot 18 jaar		Ja

Psychische zorg	Health Basic	Health Premium
Geneeskundige ggz	Ja	Ja
Opname voor geneeskundige ggz	Ja	Ja

Vervoer	Health Basic	Health Premium
Ambulancevervoer	Ja	Ja
Repatriëring bij overlijden in Nederland	Ja	Ja
Ziekenvervoer		Ja

Vergoedingen 2025

Overige therapieën	Health Basic	Health Premium
Overige therapieën		Ja

Zorg in het buitenland en reizen	Health Basic	Health Premium
Spoedeisende zorg in het buitenland	Ja	Ja
Repatriëring		Ja

Verhaal bij letselschade	Health Basic	Health Premium
Verhaal bij letselschade		Ja

● Huisarts (huisartsenzorg)

Heeft u gezondheidsproblemen? Of vragen over uw gezondheid? Dan is uw huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt. Ook voor psychische klachten kunt u bij de huisarts terecht.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

In Nederland is het gebruikelijk dat u zich inschrijft bij een huisarts. Dat is niet verplicht. Maar inschrijven is wel aan te raden, want:

- u heeft dan altijd een huisarts als u zorg nodig heeft
- de ontwikkeling van uw gezondheid staat in een medisch dossier

Soms behandelt de huisarts u

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

Soms behandelen andere zorgverleners u

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

Soms behandelen de huisarts en andere zorgverleners u samen

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

Soms moet u ergens anders heen voor extra onderzoek

Soms heeft de huisarts voor een goede diagnose extra onderzoek nodig. Eenvoudig onderzoek kan vaak in de praktijk zelf. Als het onderzoek niet in de huisartsenpraktijk kan, stuurt de huisarts u naar een laboratorium, een bloedprikpost of de polikliniek van het ziekenhuis. De huisarts krijgt de uitslag van het onderzoek en kan u dan verder behandelen.

Health Basic en Premium vergoeden deze diagnostiek als het gaat om:

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

Spoedzorg: eerst de huisarts of de huisartsenpost

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

Al deze zorg samen is huisartsenzorg. Health Basic en Premium vergoeden die.

● **Dit wordt niet vergoed**

- eerstelijns verblijf
- zorg door de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijk gehandicapten

● Trombosedienst

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

Als u antistollingsmiddelen gebruikt, moet u regelmatig de stollingstijd van uw bloed (laten) controleren. Daarvoor krijgt u meestal te maken met de trombosedienst. Dit is een instelling die patiënten begeleidt die in opdracht van de behandelend arts antistollingsmiddelen gebruiken. De trombosedienst heeft prikposten waar u bloed kunt laten prikken, of komt bij u thuis. Controleert u zelf de stollingstijd? Dan kan de trombosedienst u meetapparatuur geven en u helpen bij het gebruik ervan.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden:

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

Meet u zelf de stollingswaarden van uw bloed? Dan vergoeden Health Basic en Premium ook:

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

De vergoeding van zelfmeetapparatuur en wat daarbij hoort, staat onder de vergoeding Hulpmiddelen bij trombose.

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

● Stoppen met roken

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

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

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	• Stoppen-met-rokenprogramma met nicotinevervangers/geneesmiddelen, 1 keer per kalenderjaar • Lasertherapie, training Allen Carr of De Opluchting tot maximaal € 250 per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt:

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

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

- huisarts
- verpleegkundige
- zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken van het Partnership Stoppen met Roken. U vindt zo'n zorgverlener via kwaliteitsregister Stoppen met Roken¹

Voor de bijbehorende nicotinevervangers en geneesmiddelen kunt u terecht bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Health Premium vergoedt daarnaast maximaal € 250 per kalenderjaar voor de volgende programma's:

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

● Dit moet u zelf doen

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

Voor nicotinevervangers en geneesmiddelen die bij de behandeling horen moet u een voorschrift hebben van uw huisarts. Of van een medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Die laatste 3 moeten een aanvraagformulier invullen. U stuurt dit formulier mee met uw declaratie. Dit formulier vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

Uitleg

1. Kwaliteitsregister Stoppen met Roken:
www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach

● Medisch noodzakelijke (reis)vaccinaties en griepvaccinatie

Tegen sommige ziektes kunt u zich laten inenten. Bijvoorbeeld met de jaarlijkse griepvaccinatie. En als u op reis gaat naar het buitenland, kunt u zich laten inenten tegen infectieziektes, zoals gele koorts en rabiës. U kunt dan ook malariatabletten slikken.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	• Griepvaccinatie, 1 keer per kalenderjaar • Overige medisch noodzakelijke (reis)vaccinaties, maximaal € 250 per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt:

- griepvaccinatie, 1 keer per kalenderjaar

Health Premium vergoedt daarnaast ook maximaal € 250 per kalenderjaar voor:

- reisvaccinaties en preventieve geneesmiddelen (zoals malariatabletten) voor ernstige infectieziekten
- overige vaccinaties ter voorkoming van ernstige infectieziekten

Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- GGD
- thuisvaccinatie.nl
- vaccinatiecentrum

Dit wordt niet vergoed

- het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- extra kosten voor een consult of vaccinatie aan huis
- andere middelen die aangeraden worden bij een reis naar het buitenland, zoals DEET en ORS (middel tegen uitdroging bij diarree of braken)

● Dit moet u zelf doen

Voor preventieve geneesmiddelen en vaccins die u zelf bij de apotheek haalt, moet u een voorschrift (recept) hebben

Krijgt u bijvoorbeeld malariatabletten, of vraagt de zorgverlener u om een vaccin zelf te halen? Health Premium vergoedt deze alleen als ze zijn voorgeschreven door een arts, en geleverd door een apotheek of apothekhoudende huisarts.

● Preventief medisch onderzoek

Medisch onderzoek krijgt u meestal omdat u gezondheidsklachten heeft. Dan valt de vergoeding onder de huisartsenzorg of medisch-specialistische zorg. Maar het onderzoek kan ook worden gedaan om een ziekte of een ander gezondheidsrisico op te sporen, als u (nog) geen gezondheidsklachten heeft. Bijvoorbeeld als u zich zorgen maakt over een ziekte die in uw familie veel voorkomt. We spreken dan van preventief medisch onderzoek. Dat soort onderzoek begint dan gewoon bij de huisarts.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	75% tot maximaal € 250 per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Wilt u een preventief medisch onderzoek laten doen waarvoor bij u geen medische reden is? Dan vergoedt Health Premium 75% tot maximaal € 250 per kalenderjaar. Dat kan een gericht onderzoek zijn, bijvoorbeeld op hart- en vaatziekten, of een algemeen lichamelijk onderzoek. Een arts bespreekt de uitslagen met u.

Er zijn artsen die preventief medisch onderzoek waarvoor geen medische reden is, afraden. Twijfelt u of een preventief onderzoek iets voor u is? De ZorgConsulent kan u meer informatie geven.

Hier kunt u terecht

- huisarts
- medisch specialist

Dit wordt niet vergoed

- bevolkingsonderzoek. Dat is preventief medisch onderzoek dat de Nederlandse overheid aanbiedt en betaalt, bijvoorbeeld voor borstkanker of darmkanker. Als u er aan mee kunt doen, krijgt u vanzelf bericht
- onderzoek dat u voor of via uw werkgever of sportvereniging laat doen

● Dit moet u zelf doen

Op de nota voor preventief medisch onderzoek moet staan dat het om onderzoek door een huisarts of medisch specialist gaat.

● Goed om te weten

Voor meer informatie kunt u terecht bij de ZorgConsulent

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

● Homeopathisch of antroposofisch arts

Heeft u gezondheidsproblemen? Of vragen over uw gezondheid? Dan is uw huisarts meestal uw eerste aanspreekpunt. Maar u kunt er ook voor kiezen om een homeopathisch of antroposofisch arts te bezoeken. Deze homeopathisch of antroposofisch arts bespreekt uw vragen en klachten met u en stelt een diagnose. En laat uw bloed onderzoeken of ander onderzoek doen, als dat nodig is.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 65 per consult of behandeling + onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen, samen tot maximaal € 750 per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt consulten en behandelingen van homeopathisch of antroposofisch artsen gericht op (het genezen van) een aandoening. Wij vergoeden maximaal € 65 per consult of behandeling en maximaal 1 consult of behandeling per dag. Wij vergoeden ook geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, en (laboratorium)onderzoek als dat voor uw behandeling nodig is. Voor al deze zorg samen geldt de maximale vergoeding van € 750 per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

- homeopathisch of antroposofisch arts
- voor geneesmiddelen: apotheek of apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- activiteiten die niet gericht zijn op (genezing van) een aandoening, bijvoorbeeld yoga en mindfulness

● Goed om te weten

Voor laboratoriumonderzoek en geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw arts

Geneesmiddelen haalt u bij de apotheek of apotheekhoudende huisarts

De geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die u ergens anders haalt, vergoeden wij niet.

● Medisch specialist

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts. De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (zbc) of in een eigen praktijk.

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

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, en 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding
Health Premium	100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, en 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden medisch-specialistische zorg. En ook verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen. Onder zorg door de medisch specialist verstaan wij ook zorg zoals (thuis)dialyse, audiologische zorg, mechanische beademing en erfelijkheidsonderzoek.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan geldt de vergoeding Ziekenhuisopname.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist in:

- het ziekenhuis
- een zelfstandig behandelcentrum (zbc)
- een eigen praktijk

In Nederland is een medisch specialist: een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts en uroloog.

De kaakchirurg is in Nederland geen medisch specialist. Maar behandelt wel in het ziekenhuis. De vergoeding voor kaakchirurgie staat onder 'Mond en gebit'.

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Voor sommige vormen van medisch-specialistische zorg gelden extra voorwaarden. En Health Basic vergoedt niet altijd. Health Premium wel. De extra voorwaarden en vergoedingen staan hieronder apart vermeld. Het gaat om:

- medisch-specialistische revalidatie
- orgaantransplantatie en -donatie
- second opinion
- borstkanker: aanvullend onderzoek
- vruchtbaarheidsbehandelingen
- in-vitrofertilisatie (ivf)
- plastische chirurgie, bij bepaalde indicaties
- sterilisatie

Dit wordt niet vergoed

- behandeling tegen snurken door operatie van de huig (uvuloplastiek)
- laserbehandeling van de ogen met het doel om beter te kunnen zien
- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak

● **Dit moet u zelf doen**

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

De volgende behandelingen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven:

1. Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg¹ staan. Toestemming vragen doet uw medisch specialist bijna altijd voor u
2. uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie) als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben
3. behandelingen voor Complex Chronische Longaandoeningen (CCL) als uw zorgverlener niet in ons Overzicht toestemmingsvrije instellingen voor CCL staat
4. behandeling met ooggeneesmiddelen die op ons overzicht ooggeneesmiddelen met toestemming staan, als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben

● **Goed om te weten**

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een ZBC² krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 32.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? Wij vergoeden ook een second opinion door een andere medisch specialist. Meer hierover staat in de vergoeding Second opinion.

Wachlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Uitleg

1. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: www.onvz.nl: bij 'Snel regelen' onder 'Toestemming vragen voor zorg' - 030 639 62 22
2. ZBC: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

● Ziekenhuisopname

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

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

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, en 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding voor maximaal 1 jaar opname
Health Premium	100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, en 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding voor maximaal 1 jaar opname

● Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort voor maximaal 1 jaar.

De volgende zorg hoort hierbij:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

Soms is opname in het ziekenhuis niet meer nodig. Maar heeft u nog wel een hoog risico op ernstige complicaties waarbij direct medisch-specialistische zorg nodig is. Bijvoorbeeld als u CAR-T celtherapie ondergaat voor een agressieve vorm van lymfeklierkanker. Dan vergoeden Health Basic en Premium ook verblijf dichtbij het ziekenhuis, als uw eigen huis te ver weg is. Bij dat verblijf is geen verpleging, verzorging of paramedische zorg nodig. De vergoeding hiervoor is maximaal € 91 per dag.

Hier kunt u terecht

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

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

- logeershuis bij het ziekenhuis
- hotel of andere betaalde overnachting

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

- **Dit moet u zelf doen**

- U moet vooraf een verwijzing hebben**

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

- **Goed om te weten**

- Wij vergoeden opname alleen als wij de betreffende behandeling ook vergoeden**

- Health Basic en Premium vergoeden de ziekenhuisopname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als die verzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

- Wij vergoeden maximaal 1 jaar doorlopende opname**

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

● Medisch-specialistische revalidatie

Vaak kunnen problemen bij bijvoorbeeld bewegen worden verholpen met fysiotherapie, oefentherapie of ergotherapie. Dan valt het revalideren onder de vergoeding Overige therapieën. Is uw situatie daarvoor te complex? Dan kunt u een verwijzing krijgen naar de revalidatiearts.

De revalidatiearts werkt in de polikliniek van het ziekenhuis, of in een revalidatiecentrum¹.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, en 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding na toestemming Bij opname maximaal 1 jaar
Health Premium	100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, en 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding na toestemming Bij opname maximaal 1 jaar

● Wat u vergoed krijgt

De revalidatiearts begint met het stellen van een indicatie: bepalen of medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is. Soms behandelt de revalidatiearts u zelf. Die kan ook vaststellen dat intensieve behandeling door een team van zorgverleners nodig is. Dit heet interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dit staat dan in de indicatie.

Wij vergoeden interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie door de revalidatiearts als al deze 7 voorwaarden voor u gelden:

- u heeft problemen met bewegen, communiceren, uw denkvermogen of gedrag. Dit komt door een stoornis of aandoening. Bijvoorbeeld een aandoening aan het bewegingsapparaat of neurologische problemen
- er is sprake van complexe samenhangende problemen op meer gebieden. Bijvoorbeeld op het gebied van mobiliteit, zelfverzorging en communicatie
- behandeling door een team van verschillende zorgverleners geeft beter resultaat om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen
- adequate behandeling in de eerste lijn (door bijvoorbeeld huisarts, psycholoog en fysiotherapeut) levert naar verwachting onvoldoende resultaat op
- u kunt door deze zorg zelfstandig blijven functioneren, of de zelfstandigheid behouden die met uw beperkingen redelijkerwijs mogelijk is. Of u kunt bijvoorbeeld weer geheel of gedeeltelijk functioneren binnen uw gezin, school, werk of vrijetijdsbesteding
- de onderbouwing van de indicatiestelling voldoet aan de indicatiecriteria en de handleiding stepped care uit het Standpunt² 'Medisch-specialistische revalidatiezorg: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' uit 2023
- een revalidatiearts is eindverantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de revalidatiezorg

Krijgt u interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en is opname noodzakelijk voor betere of snellere resultaten? Dan vergoeden wij ook kosten van opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum tot maximaal 1 jaar. Ligt u eerst in een ziekenhuis en volgt daarna opname in een revalidatiecentrum? Dan vergoeden wij maximaal 1 jaar voor de totale opnameperiode.

Dit wordt niet vergoed

- geriatrie revalidatie. Dat is de integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde verlenen aan ouderen waarbij sprake is van kwetsbaarheid, complexe ziektebeelden en afgenomen leer- en trainbaarheid

• Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- revalidatiecentrum¹

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

U moet ons vooraf toestemming vragen

Voordat u medisch-specialistische revalidatie krijgt, heeft u soms toestemming van ons nodig. Dat is zo als uw zorgverlener geen contract met ons heeft. Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in onze [Zorgzoeker](#)

• Goed om te weten

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een ZBC³ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in algemene regel 32.

Uitleg

1. Revalidatiecentrum: Een instelling voor medisch-specialistische zorg die gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie
2. Standpunt: Dit staat in hoofdstuk 6 en in Bijlage C van het Standpunt. In een Standpunt legt het Zorginstituut Nederland vast wat verzekerde zorg is
3. ZBC: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

● Orgaantransplantatie en -donatie

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

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Als u zelf een orgaan of weefsel ontvangt, vergoeden wij de volgende medisch-specialistische zorg voor transplantatie van beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long of nier/alvleesklier (pancreas):

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

Heeft uw donor zelf geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet (bij ons of een andere zorgverzekeraar)? Dan vergoeden wij ook:

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

Als u zelf donor bent, vergoeden wij uw kosten van openbaar vervoer (2e klas) van en naar alle hierboven genoemde zorg. Als dat medisch noodzakelijk is, kan dit ook per auto.

Weefsels en organen worden getransplanteerd in een ziekenhuis in Nederland. Als transplantatie om medische redenen in een ander land moet plaatsvinden, kan dat alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Dit doen wij alleen in zeer uitzonderlijke gevallen.

Dit wordt niet vergoed

- kosten van transplantatie van andere, niet genoemde organen en weefsels

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze zorg alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

● Second opinion

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

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

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, voor gecontracteerde medisch-specialistische zorg, anders beperkte vergoeding
Health Premium	100%, voor gecontracteerde medisch-specialistische zorg, anders beperkte vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden een second opinion als aan deze 5 voorwaarden is voldaan:

1. het gaat om zorg door een medisch specialist die onder Health Basic of Premium valt
2. de diagnostiek of de voorgestelde behandeling waar de second opinion over gaat, valt ook onder Health Basic of Premium
3. de arts die de second opinion doet, werkt in hetzelfde vakgebied als uw eigen medisch specialist
4. u heeft een verwijzing van een arts. Dit kan uw eigen medisch specialist zijn, of uw huisarts
5. u gaat met de second opinion terug naar uw eigen medisch specialist

Hier kunt u terecht

- een arts die werkt in hetzelfde vakgebied als uw eigen medisch specialist

Dit wordt niet vergoed

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

● Dit moet u zelf doen

U moet een verwijzing hebben

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

● Goed om te weten

De ZorgConsulent helpt u

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

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een ZBC¹ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in algemene regel 32.

Uitleg

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

● **Borstkanker: aanvullend onderzoek**

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

Is er twijfel of chemotherapie in uw geval toegevoegde waarde heeft? Soms kunnen de testen MammaPrint of Oncotype DX helpen bij de beslissing.

● **Vergoeding per verzekering**

Health Basic	MammaPrint en Oncotype DX
Health Premium	MammaPrint en Oncotype DX

● **Wat u vergoed krijgt**

De testen MammaPrint en Oncotype DX kijken naar de genactiviteit in de tumor. De uitslag geeft aan of de kans op uitzaaiingen of terugkeer van de tumor hoog of laag is.

Health Basic en Premium vergoeden de MammaPrint en Oncotype DX als uw medisch specialist zo'n test nodig vindt.

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

Diagnose en behandeling van borstkanker vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

● **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist

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

● Vruchtbaarheidsbehandelingen

Blijft door een medische oorzaak een zwangerschap uit, maar heeft u wel een kinderwens? Dan zijn er mogelijkheden voor een vruchtbaarheidsbehandeling.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	tot 43 jaar 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, en 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding Bij ivf alleen 1e, 2e en 3e poging, volgens vergoeding Ivf

● Wat u vergoed krijgt

Bent u een vrouw jonger dan 43 jaar? Dan vergoedt Health Premium:

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

Voor ivf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze in de vergoeding hierna.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (vruchtbaarheidskliniek)

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

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

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

- **Goed om te weten**

We kijken naar de kans op zwangerschap

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

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

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

Donorsperma betaalt u zelf

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

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een ZBC¹ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in algemene regel 32.

Uitleg

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

● In-vitrofertilisatie (ivf)

Als zwanger worden lange tijd niet lukt, kan de huisarts u uiteindelijk doorverwijzen naar de medisch specialist. Die bespreekt met u of u bijvoorbeeld in-vitrofertilisatie (ivf) of een andere vruchtbaarheidsbehandeling nodig heeft. Bij ivf vindt de bevruchting buiten het lichaam plaats. Als bij ivf een zaadcel in de eicel wordt geïnjecteerd, spreken we van een icsi-behandeling (intracytoplasmatische sperma-injectie).

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Tot 43 jaar, 3 pogingen 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, en 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding Na doorgaande zwangerschap opnieuw maximaal 3 pogingen

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt ivf en icsi, als u een medische indicatie heeft voor deze zorg. Voor elke keer dat u zwanger wilt worden, vergoeden wij de 1e, 2e en 3e poging ivf of icsi.

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

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

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

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

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

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

We spreken van een doorgaande zwangerschap als het embryo leeft:

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

Er gelden leeftijdsgrenzen

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

We kijken naar de kans op zwangerschap

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

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (vruchtbaarheidskliniek)

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

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

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

• Goed om te weten

Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

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

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een ZBC¹ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in algemene regel 32.

Uitleg

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

● Plastische chirurgie

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

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	in bepaalde gevallen: 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, en 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt plastische chirurgie bij:

- afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis heeft
- het verwijderen of vervangen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
- verlamde of verslapte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
- het corrigeren van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- het veranderen van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

Health Premium vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voor de beoordeling of Health Premium de plastische chirurgie vergoedt, gebruiken wij de relevante delen uit werkwijzer plastische chirurgie¹ van de Vereniging Artsen Volksgezondheid.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt Health Premium de ziekenhuisopname volgens de vergoeding Ziekenhuisopname.

Hier kunt u terecht

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

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc).

Soms moet de zorgverlener zelf ook voldoen aan voorwaarden zoals beschreven in de werkwijzer plastische chirurgie¹. In geval van zorg bij genderincongruentie, moet bijvoorbeeld sprake zijn van een multidisciplinair genderteam.

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- plastische chirurgie zonder medische noodzaak
- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie)
- borstvergroting
- cryotherapie, diathermie, laserbehandeling of tatoeage van de huid

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Toestemming vragen doet uw medisch specialist bijna altijd voor u.

Voor transgender vrouwen vergoedt Health Premium soms epilatie of laserbehandeling van gezichts- en halsbehaar. Dit valt ook onder de plastische chirurgie. Hiervoor moet u vooraf toestemming vragen.

• Goed om te weten

Wachttijd? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een ZBC³ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 32.

Transgenderzorg is meer dan plastische chirurgie

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

Uitleg

1. Werkwijzer plastische chirurgie: Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard 2021 (versie 21.0). Deze vindt u op <https://vavolksgezondheid.nl/werkwijzers-vagzvav>
2. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: www.onvz.nl: bij 'Snel regelen' onder 'Toestemming vragen voor zorg' - 030 639 62 22
3. ZBC: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

● Sterilisatie

Wilt u geen kinderen (meer)? Een sterilisatie is een meestal blijvende manier om zwangerschap te voorkomen. Dit kan bij een vrouw, maar ook bij een man. Dan spreken we ook wel van 'vasectomie'.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	• Maximaal € 1.200 voor sterilisatie vrouw • Maximaal € 400 voor sterilisatie man 1x voor hele looptijd verzekering

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt sterilisatie tot maximaal € 400 bij de man en tot maximaal € 1.200 bij de vrouw. Een nacontrole wordt soms apart in rekening gebracht. Die hoort ook bij deze vergoeding. Als de maximale vergoeding is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar.

Hier kunt u terecht

- medisch specialist
- voor vasectomie: ook huisarts

Dit wordt niet vergoed

- hersteloperatie na sterilisatie

● Medisch-specialistische verpleegkundige zorg thuis

Heeft u verpleegkundige zorg thuis nodig? Bijvoorbeeld na een ziekenhuisbehandeling? Dan krijgt u van het ziekenhuis medisch-specialistische verpleging thuis.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, maximaal 14 dagen
---------------------	-------------------------

Health Premium	100%, maximaal 14 dagen
-----------------------	-------------------------

● Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden voor maximaal 14 dagen de kosten van verpleegkundige zorg in uw thuissituatie in verband met medisch-specialistische zorg. De zorg thuis sluit aan op een ziekenhuisopname of komt in de plaats daarvan. Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist verleent de zorg.

Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- verpleegkundige of verpleegkundig specialist

Het ziekenhuis regelt deze zorg. De medisch specialist is eindverantwoordelijke en zorgt voor directe aansturing van de verpleging.

Dit wordt niet vergoed

- wijkverpleging
- persoonlijke verzorging
- verpleegkundige zorg tijdens een opname

Voor verpleging rondom een bevalling geldt de vergoeding Kraamzorg en kraampakket en niet de vergoeding die u nu leest.

● Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze zorg alleen als wij toestemming hebben gegeven voordat de zorg start. Bij de aanvraag voor toestemming moet een behandelplan (of uitvoeringsverzoek) van de medisch specialist zitten. In het behandelplan staat uw diagnose, welke verpleegkundige zorg nodig is en hoe vaak, en hoe lang de zorg naar verwachting nodig zal zijn.

● Verblijf in een logeerhuis

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

Daarom is er bij veel ziekenhuizen een logeerhuis, bijvoorbeeld een Ronald McDonald Huis, of een logeerafdeling. Daar kunnen ouders en gezinsleden in de buurt van het ziekenhuis overnachten als een ingrijpende behandeling moet plaatsvinden.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Voor het verblijf betaalt u een bedrag per dag. We noemen dat hierna logeerkosten. Het logeerhuis noemt het bedrag soms 'eigen bijdrage'. Health Premium vergoedt de logeerkosten in 3 gevallen:

1. Ziekenhuisbehandeling van een kind onder de 18 jaar

Wordt uw kind behandeld of opgenomen in het ziekenhuis? Health Premium vergoedt de logeerkosten van de ouder, als die ook bij ons verzekerd is.

2. Ziekenhuisopname vanaf 18 jaar

Bent u 18 jaar of ouder? Health Premium vergoedt de logeerkosten van 1 gezinslid tijdens uw ziekenhuisopname. Dit gezinslid moet zelf ook bij ons verzekerd zijn.

3. Na transplantatie of behandeling tegen kanker

Health Premium vergoedt ook de logeerkosten voor u en een begeleider:

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

Hier kunt u terecht

- logeerafdeling of logeerhuis van het ziekenhuis
- Ronald McDonald Huis

● Goed om te weten

Het ziekenhuis weet wat de mogelijkheden zijn

Meestal staat het ook op de website van het ziekenhuis. Informatie over de Ronald McDonald Huizen vindt u op de website van het Kinderfonds (www.kinderfonds.nl).

● Hospice (logeerkosten)

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

Elk hospice heeft een eigen zorgaanbod. Soms gaat het alleen om eenvoudige zorg. Zo'n hospice wordt ook wel bijna-thuis-huis genoemd. Maar er zijn ook hospices die complexe zorg geven.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Logeerkosten, maximaal 3 maanden

● Wat u vergoed krijgt

Hoe u de zorg in een hospice vergoed krijgt, hangt af van uw persoonlijke situatie, en van het hospice. Health Basic en Health Premium vergoeden deze zorg meestal niet. De vergoeding die u nu leest gaat over de logeerkosten in het hospice.

U betaalt soms verblijfkosten en bijna altijd een eigen bijdrage aan het hospice, voor bijvoorbeeld de maaltijden die u er krijgt. Bij sommige hospices kunt u ook extra faciliteiten 'bijbestellen'. Bijvoorbeeld een extra bed en maaltijden voor uw partner. Of extra koffie, thee of fruit op uw kamer. Health Premium vergoedt die eigen bijdrage (inclusief extra faciliteiten).

Dit wordt niet vergoed

- inkomensafhankelijke eigen bijdrage
- eerstelijns verblijf
- verpleging en verzorging

● Dit moet u zelf doen

U moet een indicatie hebben van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de medisch specialist

De indicatie moet met de declaratie worden meegestuurd.

● Prenatale screening

Prenatale screening is het tijdens de zwangerschap bepalen van de kans dat het ongeboren kind een afwijking heeft. Bijvoorbeeld het syndroom van Down of een open ruggetje. U kiest zelf of u prenatale screening wilt laten doen. Om u bij die beslissing te helpen, bespreekt de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog met u welke soorten prenatale screening er zijn. En wat de voor- en nadelen zijn. Dit gesprek wordt 'counseling' genoemd.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden:

- counseling
- NIPT, als de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog bepaalt dat u daarvoor een medische indicatie heeft. Bijvoorbeeld door uw leeftijd, verloop van een eerdere zwangerschap of erfelijke aandoening in de familie. U kunt deze test laten doen als u tussen de 9 en 14 weken zwanger bent

Blijkt prenatale screening dat uw ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aandoening? Of is er een andere medische indicatie? Dan vergoedt Health Premium ook prenataal vervolgonderzoek. Bijvoorbeeld een vlokcentest, een vruchtwaterpunctie of een uitgebreidere echo (geavanceerd ultrageluidonderzoek, GUO).

● Dit moet u zelf doen

Soms heeft u een verwijzing nodig

Voor de NIPT of prenataal vervolgonderzoek heeft u een verwijzing nodig van de verloskundige, huisarts of medisch specialist.

● Zwangerschap en bevalling

Een zwangerschap is een spannende periode in uw leven waarin een hoop gebeurt. U moet van alles regelen en misschien heeft u veel vragen.

Met uw vragen kunt u terecht bij een verloskundige. Als u zwanger bent, kunt u zonder verwijzing een afspraak maken. De verloskundige beantwoordt uw vragen, begeleidt u tijdens de zwangerschap en bereidt u voor op de bevalling. Sommige huisartsen leveren ook verloskundige zorg. Dan kunt u natuurlijk ook bij uw huisarts terecht.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Al aan het begin van de begeleiding bespreekt de verloskundige of de huisarts met u de mogelijkheden voor prenatale screening. Ook vragen zij waar u wilt bevallen: thuis, in een geboortecentrum of in het ziekenhuis.

Als u medische problemen krijgt tijdens de zwangerschap, zoals een hoge bloeddruk of zwangerschapssuiker, dan verwijst de huisarts of verloskundige u naar de gynaecoloog. Dat gebeurt ook als u een verhoogd risico heeft op medische problemen tijdens de zwangerschap of de bevalling. De gynaecoloog neemt de begeleiding dan over, en u bevalt in het ziekenhuis.

Wij vergoeden verloskundige zorg door de huisarts, verloskundige of gynaecoloog. Dat geldt voor het hele traject van de begeleiding tijdens de zwangerschap tot en met de controles na de bevalling. Er zijn 3 mogelijkheden.

1. U bevalt thuis

Wilt u thuis bevallen in uw eigen vertrouwde omgeving? Dan vergoeden wij de verloskundige zorg door de verloskundige of de huisarts. Als er problemen zijn en u toch naar het ziekenhuis moet, dan vergoeden wij dat ook. Dan geldt situatie 3.

2. U bevalt in een geboortecentrum, of in het ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is

Heeft u liever extra medische zorg dicht in de buurt? U kunt bevallen in de polikliniek van het ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is, of in een geboortecentrum. Meestal begeleidt uw eigen verloskundige of huisarts de bevalling daar. Wij vergoeden dan ook de verloskundige zorg en de kraamzorg die daarbij hoort. Blijft u na de bevalling nog een aantal dagen in het geboortecentrum? Dan vergoeden wij de verblijfskosten na de dag van de bevalling niet.

Als er medische problemen zijn, waardoor bevalling in het ziekenhuis noodzakelijk is, dan geldt situatie 3.

3. U bevalt in een ziekenhuis op medische indicatie

Is er een risico op complicaties tijdens de bevalling? Of bent u al onder begeleiding van de gynaecoloog? Dan bevalt u in de polikliniek van het ziekenhuis op medische indicatie. De gynaecoloog begeleidt de bevalling. Wij vergoeden de verloskundige zorg door de gynaecoloog. Is ziekenhuisopname nodig? Dan vergoeden wij die ook.

Dit wordt niet vergoed

- steriele waterinjecties
- verblijf in het geboortecentrum na de dag van de bevalling
- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum

- **Dit moet u zelf doen**

Voor de gynaecoloog moet u vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de gynaecoloog gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of verloskundige. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

● Kraamzorg en kraampakket

Als uw zwangerschap zonder problemen verloopt, dan kiest u zelf waar u wilt bevallen: thuis, in een geboortecentrum of in een ziekenhuis. Als er medische problemen of risico's zijn, zal de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden. Waar u ook bevalt: met Health Premium heeft u recht op kraamzorg na de bevalling en een kraampakket.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	• Maximaal 6 weken kraamzorg • Kraampakket

● Wat u vergoed krijgt

Kraamzorg

Na de bevalling verzorgt de kraamverzorgende u en uw pasgeboren kindje. Zij helpt u na de bevalling met de verzorging van uw baby en geeft informatie en advies. Als u de kraamperiode thuis bent, doet de kraamverzorgende ook lichte huishoudelijke taken.

Health Premium vergoedt:

- inschrijving en intake door kraamcentrum of geboortecentrum
- assistentie door een kraamverzorgende of verpleegkundige tijdens de bevalling (partusassistentie) tot maximaal 2 uur na de geboorte van de placenta
- kraamzorg na de bevalling

Hoeveel uren kraamzorg u krijgt, hangt af van uw persoonlijke situatie en waar u bevalt. Het kraamcentrum of geboortecentrum stelt dit vast op basis van een protocol. U krijgt minimaal 24 en maximaal 80 uur. Dit wordt verdeeld over maximaal 6 weken vanaf de bevalling.

We zetten de situaties die mogelijk zijn voor u op een rij.

1. Bent u thuis bevallen?

Dan stelt het kraamcentrum het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben.

2. Bent u bevallen in een ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk was? En is alles zonder problemen verlopen?

Dan kunt u met uw baby al snel weer naar huis. Het kraamcentrum stelt dan het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken daarbij naar wat u en uw baby nodig hebben.

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

Dan kunt u daar meestal nog een paar dagen blijven met uw pasgeboren baby. Health Premium vergoedt dan alleen de kosten van de kraamzorg. De kosten van het verblijf in het geboortecentrum na de bevalling vergoeden wij niet. Het geboortecentrum of kraamcentrum stelt het aantal uren kraamzorg vast. Zij kijken naar wat u en uw baby nodig hebben.

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

Dan stelt het kraamcentrum het aantal uren kraamzorg na uw thuiskomst vast. Zij kijken naar wat u en uw baby nodig hebben.

Dit wordt niet vergoed

- hotelfaciliteiten of andere luxezorg in het geboortecentrum
- verblijfskosten na de dag van de bevalling in het geboortecentrum
- vervoerskosten die het kraamcentrum of de kraamverzorgende apart rekent. Deze kosten zitten al in het kraamzorgtarief

Kraampakket

In het kraampakket zitten producten die u nodig heeft wanneer u thuis bevalt, zoals een matrasbeschermer en onderleggers. Ook zitten er producten in voor na de bevalling, bijvoorbeeld kraamverband. Daarom is het kraampakket ook handig om in huis te hebben als u in een geboortecentrum of ziekenhuis wilt bevallen.

Health Premium vergoedt het kraampakket van onze Kraamzorg Service. U kunt het kraampakket online aanvragen¹. Vraagt u het pakket voor de 30e week van uw zwangerschap aan? Dan krijgt u het uiterlijk in de 34e week van uw zwangerschap thuis bezorgd.

• Dit moet u zelf doen

U moet de kraamzorg op tijd aanvragen

Dit kan bij de kraamzorgorganisatie van uw keuze. Hoe dat werkt, leest u op de pagina over zwangerschap en geboorte². Komt u er niet uit? Neemt u dan contact op met onze Kraamzorg Service via telefoonnummer 088 668 97 05. Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

• Goed om te weten

Kraamzorg volgens Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg

Het kraamcentrum of het geboortecentrum stelt het aantal uren kraamzorg vast volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

Uitleg

1. Online aanvragen: <https://www.kraampakket.nl/onvz-gratis-kraampakket>
2. Zwangerschap en geboorte: www.onvz.nl/snel-regelen/zwangerschap-en-geboorte

● Geneesmiddelen

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	De meeste geneesmiddelen, volgens voorkeursbeleid
Health Premium	De meeste geneesmiddelen, volgens voorkeursbeleid + Extra vergoeding, tot een gezamenlijk maximum van € 500 per kalenderjaar, voor: • anticonceptiegeneesmiddelen • zelfzorggeneesmiddelen

● Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden vrijwel alle gangbare medicijnen, die u op recept krijgt. En de dienstverlening en de begeleiding van de apotheek die daarbij hoort. Als een medicijn niet vergoed wordt, vertelt uw arts dat meestal wel. U kunt dat ook zelf opzoeken op medicijnkosten.nl. Daar staat ook per geneesmiddel welke voorwaarden gelden, of er een maximale vergoeding is en of er een wettelijke eigen bijdrage geldt.

Wilt u precies weten hoe het zit? Hieronder zetten we alles op een rij.

Wij vergoeden de volgende geneesmiddelen:

1. geneesmiddelen die in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering staan. Dat zijn bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen. Zijn er onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Soms moet u daarbij aan specifieke voorwaarden voldoen, bijvoorbeeld een bepaalde ziekte hebben. Dat staat in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Als zo'n geneesmiddel tijdelijk niet leverbaar is, kan de apotheek een vervangend geneesmiddel uit het buitenland halen
2. geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('doorgeleverde bereidingen'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag. Hoe dat zit bij doorgeleverde bereidingen staat in het document [doorgeleverde apotheekbereidingen 2024](#)¹.
3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Deze dieetpreparaten vergoeden wij als aangepaste normale voeding of bijzondere dieetvoeding voor u niet geschikt is en u:
 - een stofwisselingsstoornis, opnamestoornis (resorptiestoornis) of voedselallergie heeft, of
 - ondervoed bent door een ziekte of er een risico is dat dit gebeurt en dit is gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument, of
 - dieetpreparaten nodig heeft volgens de richtlijnen van artsen en diëtisten

In alle gevallen moet het gaan om rationele farmacotherapie. Dat betekent dat we uit onderzoek weten dat het geneesmiddel werkt en dat de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) voor u geschikt is.

Soms een eigen bijdrage

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

Aangewezen geneesmiddelen

Voor de meeste clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen wijzen wij 1 of meer specifieke geneesmiddelen aan. Dat betekent dat we voor die clusters alleen die aangewezen geneesmiddelen vergoeden. De aangewezen geneesmiddelen staan op onze lijst voorkeursgeneesmiddelen. Deze lijst kunnen wij in de loop van het jaar wijzigen of uitbreiden.

Voor enkele clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen wijzen wij alle generieke geneesmiddelen aan. Van de apotheek krijgt u op basis van uw recept en medische situatie het meest passende geneesmiddel mee. Wij maken daarover afspraken met de apotheken. Als u bij die apotheken een ander geneesmiddel wilt, kunt u dat bespreken met uw arts of met de apotheek.

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

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die (nog) niet zijn toegelaten tot de Nederlandse markt
- geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandelingen
- dieetpreparaten tijdens de proefperiode. Dat is de periode waarin u een dieetpreparaat probeert voordat een allergie wordt vastgesteld
- dienstverlening en begeleiding van de apotheek die hoort bij geneesmiddelen die Health Basic of Health Premium niet vergoedt

Extra vergoeding met Health Premium

Soms vergoedt Health Basic niet, maar Health Premium wel. Heeft u Health Premium? Deze vergoedt ook nog maximaal € 500 per kalenderjaar voor:

- anticonceptiegeneesmiddelen
- zelfzorggeneesmiddelen

Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die u ook zonder recept kunt kopen. Wij vergoeden dat soort middelen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, een medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Voor vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis geldt de vergoeding Medisch noodzakelijke (reis)vaccinaties en griepvaccinatie en niet de vergoeding die u nu leest.

Voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt de vergoeding Homeopathisch en antroposofisch arts en niet de vergoeding die u nu leest.

● **Wat u zelf betaalt**

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een eigen bijdrage.

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming² hebben gegeven. Voor welke middelen u toestemming moet vragen en hoe u de toestemming vraagt, vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

Voor dieetpreparaten bij koemelkallergie moet u ons soms vooraf toestemming vragen

In 3 situaties vergoeden wij dieetpreparaten bij koemelkallergie alleen als wij vooraf toestemming² hebben gegeven. Dat is zo als sprake is van een voedselallergie (ook wel koemelkallergie) met milde klachten en degene die de dieetpreparaten krijgt:

- 2 jaar of ouder is, of
- tussen 1 en 2 jaar is en meer dan 500 ml dieetvoeding per dag nodig heeft, of
- tussen 0 en 1 jaar is en meer dan 1.000 ml dieetvoeding per dag nodig heeft

• Goed om te weten

Sommige geneesmiddelen vallen onder de medisch-specialistische zorg

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

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

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

Uitleg

1. Doorgeleverde apotheekbereidingen 2024: www.onvz.nl: bij 'Snel regelen' onder 'Handige downloads' - 030 639 62 22
2. Toestemming: www.onvz.nl: bij 'Snel regelen' onder 'Toestemming vragen voor zorg' - 030 639 62 22

● Hulpmiddelen

Hulpmiddelen helpen om het dagelijkse leven met een ziekte of een aandoening makkelijker te maken. Hieronder staat welke hulpmiddelen u vergoed krijgt en wat de voorwaarden zijn. Bijvoorbeeld of u een voorschrift nodig heeft, of vooraf toestemming moet vragen.

Een hulpmiddel moet geschikt zijn voor het doel waarvoor u het gaat gebruiken.

U heeft recht op een standaard hulpmiddel (confectie), als dit voor u geschikt is. Soms is dat niet zo. Dan krijgt u een op maat gemaakt hulpmiddel. Uw leverancier of zorgverlener moet ons dan laten weten waarom een standaard hulpmiddel voor u niet werkt.

Krijgt u een hulpmiddel voor het eerst? Dan is het gebruiksklaar. Gebruikt een hulpmiddel batterijen of een oplader? Dan krijgt u die er de eerste keer bij. Kosten van normaal gebruik van een hulpmiddel vergoeden wij niet. Zo moet u nieuwe batterijen, of de stroom die een hulpmiddel gebruikt, zelf betalen. Er zijn uitzonderingen. Die vindt u in de vergoedingen van de hulpmiddelen hierna.

Is uw hulpmiddel niet meer geschikt? Dan kunt u bij ons herstel, aanpassing of vervanging vragen. U moet een hulpmiddel wel zorgvuldig gebruiken en onderhouden. U moet daarbij in ieder geval de voorschriften of de uitleg over het gebruik en onderhoud opvolgen. Het maakt daarbij niet uit of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen heeft gekregen. Een hulpmiddel kan beschadigd raken of kwijtraken, of de software van een hulpmiddel kan vastlopen. Komt dit omdat u onvoldoende zorg en aandacht aan het hulpmiddel heeft besteed? Dan moet u een vervangend hulpmiddel of de reparatie van het hulpmiddel zelf betalen.

Soms moet u vooraf toestemming vragen voor een hulpmiddel. Dit hangt af van het hulpmiddel en van de leverancier die u kiest. Er zijn verschillende mogelijkheden:

Staat in de vergoeding hieronder dat geen toestemming nodig is? Dan hoeft u niets te doen.

Staat in de vergoeding hieronder dat wel toestemming nodig is? Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [contactformulier](#) of per post. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

Wij gaan bij sommige hulpmiddelen uit van een minimale gebruikstermijn. Wilt u uw hulpmiddel vervangen voor de gebruikstermijn om is? Dan moet u altijd vooraf toestemming van ons hebben.

U krijgt een hulpmiddel in bruikleen, of u koopt het zelf. Bruikleen betekent dat wij of de leverancier eigenaar blijven, en dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u het nodig heeft. Als u het hulpmiddel zelf koopt, wordt u de eigenaar.

Krijgt u een hulpmiddel in bruikleen? Dan bezorgt de leverancier het bij u thuis. Wij betalen de kosten van de levering, het onderhoud en reparatie. Ook vergoeden wij de verbruiksartikelen die bij het hulpmiddel horen. Verbruiksartikelen zijn nodig bij het gebruik van uw hulpmiddel. U gebruikt steeds een nieuwe en gooit ze daarna weg. Batterijen zijn geen verbruiksartikel. Heeft u een bruikleenhulpmiddel niet meer nodig? Dan moet u het teruggeven aan de leverancier.

Medicijnen en hulpmiddelen

De volgende hulpmiddelen krijgt u in bruikleen:

- Compressie-apparaat
- Voedingspomp
- Infuuspomp voor geneesmiddelen
- Prothese voor benen en voeten, vanaf 18 jaar
- Vernevelaar
- Slijmuitzuigapparatuur
- Slaappositietrainer
- Zuurstofapparatuur
- CPAP-apparaat
- Trippelstoel
- Loopwagen of loopfiets
- Aangepaste tafel of aangepaste stoel
- (Dynamische) sta-, zit- of ligorthese
- Kortdurende uitleen van hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Staat het hulpmiddel niet in de lijst die hierboven staat? Dan krijgt u dit in eigendom.

U kunt een bruikleenhulpmiddel ook zelf kopen. U moet ons dan wel vooraf toestemming vragen. Er kunnen namelijk extra voorwaarden gelden. Geef op uw aanvraag aan dat u het hulpmiddel zelf wilt kopen. Wij vergoeden de marktconforme prijs van het meest eenvoudige hulpmiddel. In algemene regel 18 leest u meer over de marktconforme prijs.

Wij vergoeden ook een reserve-exemplaar van uw hulpmiddel, als u het hulpmiddel vaak lange tijd moet missen door onderhoud of reparatie. Dat doen wij alleen als u zonder hulpmiddel ernstig beperkt bent bij uw dagelijkse bezigheden. U moet ons wel vooraf toestemming vragen voor het reserve-exemplaar.

- **Overzicht hulpmiddelen**

Medicijnen en hulpmiddelen

Soort hulpmiddel	Hulpmiddel	Health Basic	Health Premium
Hulpmiddelen bij diabetes	Bloedafname-apparaat	Ja	Ja
	Lancetten voor bloedafname	Ja	Ja
	Bloedglucosemeter	Ja	Ja
	Real Time Glucose Monitor (rt-CGM) en wat daarbij hoort	Ja	Ja
	Flash Glucose Monitor (FGM) en wat daarbij hoort	Ja	Ja
	Teststrips	Ja	Ja
	Insulinepennen	Ja	Ja
	Ketonenteststrips en wat daarbij hoort	Ja	Ja
	Insulinepompen en wat daarbij hoort	Ja	Ja
Hulpmiddelen bij problemen met urine en ontlasting	Urine-opvangzakken	Ja	Ja
	Katheters	Ja	Ja
	Spoelapparatuur (ontlasting)	Ja	Ja
	Stomamateriaal	Ja	Ja
	Beschermende onderleggers	Ja	Ja
	Incontinentiemateriaal	Ja	Ja
Hulpmiddelen bij trombose		Ja	Ja
Therapeutisch elastische kousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen	Steunkousen	Ja	Ja
	Eenvoudige aan- en uittrekhulp	Ja	Ja
	Ortho-mate	Ja	Ja
	Compressie-apparaat	Ja	Ja

Medicijnen en hulpmiddelen

Soort hulpmiddel	Hulpmiddel	Health Basic	Health Premium
Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	Voedingssonde en wat daarbij hoort	Ja	Ja
	Voedingspomp en wat daarbij hoort	Ja	Ja
Infuuspomp voor geneesmiddelen		Ja	Ja
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen		Ja	Ja
Orthesen		Ja	Ja
Prothesen	Prothesen voor armen en handen, schouders, heupen en bekken	Ja	Ja
	Prothesen voor benen en voeten	Ja	Ja
	Stompkousen	Ja	Ja
	Liner	Ja	Ja
	Stemprothesen	Ja	Ja
	Oogprothesen, scleraschalen en scleralenzen zonder visuscorrectie	Ja	Ja
	Gezichtsprothesen (inclusief neus en oren)	Ja	Ja
Verbandmiddelen	Bandagelenzen (zonder correctie)	Ja	Ja
	Verbandmiddelen	Ja	Ja
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	Voorzetkamers en wat daarbij hoort	Ja	Ja
	Vernevelaars en wat daarbij hoort	Ja	Ja
	Apparatuur voor positieve uitademingsdruk	Ja	Ja
	Slijmuitzuigapparatuur	Ja	Ja

Medicijnen en hulpmiddelen

Soort hulpmiddel	Hulpmiddel	Health Basic	Health Premium
	Tracheacanule met stomabeschermer	Ja	Ja
	Longvibrator	Ja	Ja
	Slaappositietrainer	Ja	Ja
Zuurstofapparaten		Ja	Ja
CPAP-apparaten			Ja
MRA			Ja
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	Trippelstoel		Ja
	Loopwagen of loopfiets		Ja
	Aangepaste tafel of aangepaste stoel		Ja
	Stabeugel, (dynamische) zit- of ligorthese		Ja
Kortdurende uitleen van hulpmiddelen bij problemen met bewegen	Rolstoel		Ja
	Gipssteun		Ja
	Drempelhulp		Ja
	Transferplank, draaischijf en tillift		Ja
	Luchtring		Ja
	Losse toiletverhoger, losse toiletstoel, losse douchestoel en badplank		Ja
	Aangepast bed (en wat daarbij hoort)		Ja
Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen	(Semi-)orthopedische schoenen		Ja
	Wisselpaar (semi-) orthopedische schoenen		Ja

Medicijnen en hulpmiddelen

Soort hulpmiddel	Hulpmiddel	Health Basic	Health Premium
	Orthopedische binnenschoen		Ja
	Orthopedische voorziening aan confectieschoenen		Ja
Hulpmiddelen bij problemen met spreken			Ja
Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	Hoortoestellen		Ja
	Oorstukjes		Ja
	Tinnitusmaskeerder		Ja
	Eenvoudige luisterhulpmiddelen		Ja
Mammaprothesen (borstprothesen)			Ja
Pruik			Ja
Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie			Ja
Hulpmiddelen voor anticonceptie			Ja
Hulpmiddelen bij chronische pijnbestrijding			Ja

● Hulpmiddelen bij diabetes

Bij diabetes kan het lichaam zelf de bloedsuiker niet goed regelen. Uw lichaam maakt dan geen insuline aan, of te weinig. Of het reageert niet meer goed op de insuline die het aanmaakt. Hulpmiddelen waarmee u uw bloedsuiker kunt meten en insuline kunt toedienen, kunnen daarbij helpen.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden hulpmiddelen bij diabetes als een van de volgende situaties voor u geldt:

- u heeft diabetes type 1 en wordt met insuline behandeld, of
- u heeft diabetes type 2, u bent bijna uitbehandeld met geneesmiddelen die uw bloedsuiker verlagen en uw arts overweegt behandeling met insuline

Heeft u recht op hulpmiddelen bij diabetes? Maar kunt u door een beperking geen standaard hulpmiddelen bij diabetes gebruiken? Dan vergoeden wij hulpmiddelen bij diabetes die aan uw beperking zijn aangepast.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij diabetes

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

● Dit moet u zelf doen

Medicijnen en hulpmiddelen

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Bloedafname-apparatuur Prikpen om een druppel bloed te krijgen om uw bloedsuiker te meten.	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	ja	2 jaar
Lancetten voor bloedafname * Hulpmiddel voor uw prikpen waarmee u in uw vingertop prikt voor een druppel bloed om uw bloedsuiker te meten.	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	ja	nee
Bloedglucosemeter Hulpmiddel voor het meten van uw bloedsuiker.	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	ja	3 jaar
Real Time Continue Glucose Monitor (rt-CGM) en wat daarbij hoort Hulpmiddel voor het continue meten van uw bloedsuiker via een sensor onder de huid.	Medisch specialist	ja	de minimale gebruikstermijn staat in de toestemming
Flash Glucose Monitor (FGM) en wat daarbij hoort Hulpmiddel voor het regelmatig meten van uw bloedsuiker via een sensor onder de huid op de bovenarm.	Behandelend arts	ja	3 jaar
Teststrips * Stripje om de druppel bloed op te vangen en in de bloedglucosemeter te doen.	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	ja	nee
Ketonenteststrips en wat daarbij hoort ** Strips voor het meten van ketonen in het bloed.	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	ja	nee
Insulinepennen *** Injectiespuit om insuline toe te dienen.	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	ja	3 jaar
Insulinepomp en wat daarbij hoort Apparaat dat met een slangetje aan uw lichaam vast zit en regelmatig kleine hoeveelheden insuline afgeeft.	Medisch specialist of diabetesverpleegkundige	ja	4 jaar

* Soms krijgt u een maximale hoeveelheid geleverd

Voor sommige hulpmiddelen geldt dat u een maximaal aantal geleverd krijgt. Daar moet u een bepaalde tijd mee doen. Heeft u meer nodig dan de maximale hoeveelheid? Dan moet u daarvoor vooraf toestemming van ons hebben.

Medicijnen en hulpmiddelen

Als u diabetes heeft, vergoeden wij maximaal:

1. eenmalig 100 teststrips/lancetten als u bijna uitbehandeld bent met bloedglucoseverlagende tabletten en misschien moet overstappen op insuline
2. 100 teststrips/lancetten per 3 maanden als u 1-2 keer per dag insuline nodig heeft
3. 400 teststrips/lancetten per 3 maanden als u 3 of meer per dag insuline nodig heeft of een insulinepomp gebruikt
4. 400 teststrips tijdens de zwangerschap bij zwangerschapsdiabetes

** Wij vergoeden maximaal 40 ketonenteststrips per jaar.

*** U heeft recht op 1 reserve insulinepen.

● Hulpmiddelen bij problemen met urine en ontlasting

Soms heeft u door een ziekte, aandoening of behandeling minder of geen controle meer bij het ophouden van urine of ontlasting. Of kunt u daardoor uw urine of ontlasting niet op normale wijze kwijt.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden hulpmiddelen die u helpen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting. U kunt denken aan katheters, opvangzakken, spoelapparatuur en stomavoorzieningen. Maar ook aan absorberend en wasbaar incontinentiemateriaal. De hulpmiddelen staan hieronder genoemd.

Heeft u een stoma? Dan vergoeden wij ook hulpmiddelen om uw huid te beschermen en de hierna genoemde materialen, als die bij uw stoma nodig zijn.

Voor absorberend en wasbaar incontinentiemateriaal moet u aan de volgende voorwaarde voldoen:

- bij kinderen van 3 of 4 jaar: door de ziekte of aandoening is niet te verwachten dat het kind zindelijk wordt
- bij kinderen van 5 jaar of ouder en volwassenen: door de ziekte of aandoening is sprake van langdurige incontinentie. Dat is het geval als:
 - de problemen met het ophouden van ontlasting langer dan 2 weken duren of de problemen met het ophouden van urine langer dan 2 maanden, en
 - het duidelijk is dat de ziekte of aandoening die de problemen met het ophouden van urine of ontlasting veroorzaakt niet vanzelf geneest of dat bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet zal helpen

De continëntieverpleegkundige bepaalt welk materiaal en hoeveel u nodig heeft, tijdens de intake bij uw leverancier. Wij vergoeden die hoeveelheid.

Medicijnen en hulpmiddelen

• Dit moet u zelf doen

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Urine-opvangzakken Hulpmiddel om uw urine op te vangen als u een verblijfskatheter gebruikt.	Behandelend arts, gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige	ja	nee
Katheters Een dun, hol en soepel slangetje waarmee urine uit de blaas wordt afgevoerd.	Behandelend arts, gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige	ja	nee
Spoelapparatuur (ontlasting) Hulpmiddel dat u helpt om de darmen (met lauw water) te spoelen.	Behandelend arts, gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige	ja	nee
Stomamateriaal * Hulpmiddelen voor de verzorging van een stoma.	Behandelend arts of gespecialiseerd stomaverpleegkundige	ja	nee
Beschermende onderleggers Onderleggers die uw matras en (rol)stoel beschermen tegen bloed, (ontstekings)vocht, urine en ontlasting.	Behandelend arts, gespecialiseerd stoma- of incontinentieverpleegkundige, inclusief motivatie	ja	nee
Incontinentiemateriaal Absorberend en wasbaar materiaal voor problemen met urine of ontlasting. Sommige materialen gooit u weg na gebruik, anderen kunt u uitwassen.	Behandelend arts, physician assistant, verpleegkundig specialist, Urologie Continente Stoma verpleegkundige of continëntieverpleegkundige	ja	nee

* Maximale hoeveelheid stomamateriaal

U heeft recht op een maximale hoeveel materiaal. Die ziet u hieronder. Gaat u meer materiaal gebruiken dan de maximale hoeveelheid die wij hieronder noemen? Ook dan geldt dat u vooraf toestemming moet vragen.

Stomamateriaal	Maximale hoeveelheid
colostoma 1-delig	maximaal 4 zakjes per dag
colostoma 2-delig	maximaal 4 plakken per week / maximaal 4 zakjes per dag
stomapluggen 1-delig	maximaal 4 pluggen per dag
stomapluggen 2-delig	maximaal 1 plak en 4 pluggen per dag
ileostoma 1-delig	maximaal 2 zakjes per dag
ileostoma 2-delig	maximaal 4 plakken per week / maximaal 2 zakjes per dag
urostoma 1-delig	maximaal 2 zakjes per dag
urostoma 2-delig	maximaal 4 plakken per week / maximaal 2 zakjes per dag
continentiestoma (afdekpleisters en katheters)	2 tot 6 per dag, afhankelijk van voorschrift
irrigatie spoelsets	1e jaar maximaal 2 spoelsets, daarna maximaal 1 per jaar
irrigatie spoelpomp	maximaal 1 spoelapparaat per jaar, maximaal 1 irrigatiesleeve per dag, en na elke spoelbeurt maximaal 2 stomapleisters of colostomiezakjes

Hier kunt u terecht

- alle leveranciers voor hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

Dit wordt niet vergoed

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- middelen die uw huid beschermen als u geen stoma heeft
- kleding, behalve netbroekjes
- plaswekker
- incontinentiematras
- incontinentiemateriaal bij tijdelijke incontinentie, bijvoorbeeld na een operatie of zwangerschap, of nachtelijk bedplassen

● Hulpmiddelen bij trombose

Trombose betekent dat een bloedvat verstopt raakt door een bloedstolsel. Een stolsel in uw bloed kan ernstige gevolgen hebben. Bijvoorbeeld een trombosebeen, longembolie, hartinfarct of herseninfarct. Regelmatig de stollingstijd van het bloed meten, kan dit voorkomen. Hulpmiddelen om die metingen te doen, noemen we zelfmeetapparatuur. Is de stollingstijd niet goed, dan kan de medicatie worden aangepast.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ziekte of aandoening waardoor u risico heeft op trombose
2. u bent voor langere tijd aangewezen op bloedverdunnende geneesmiddelen, of u kunt zich door uw werk niet bij de trombosedienst laten controleren

Wij vergoeden ook de producten die bij de zelfmeetapparatuur horen. Voorbeelden daarvan zijn teststrips, vingerpriksysteem met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole.

Laat u de stollingstijd meten bij de trombosedienst? Daarvoor geldt de vergoeding Trombosedienst. Die geldt ook voor begeleiding bij metingen thuis en advies over het gebruik van geneesmiddelen die de stolling van het bloed regelen.

Hier kunt u terecht

- trombosedienst. Die leert u ook de zelfmeetapparatuur te gebruiken.

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor zelfmeetapparatuur van de behandelend arts.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden zelfmeetapparatuur, en de producten die daarbij horen, alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen.

● **Therapeutisch elastische kousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen**

Uw slagaders en aders zorgen voor transport van het bloed door uw lichaam. Lymfevaten zorgen voor transport van lymfevocht van organen naar lymfeklieren. Het lymfevocht voert afvalstoffen af die niet in het bloed mogen komen.

● **Vergoeding per verzekering**

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● **Wat u vergoed krijgt**

Soms doen aders en lymfevaten hun werk niet goed en heeft u steunkousen of een compressie-apparaat nodig. Die kunnen door extra druk op armen of benen bloed of lymfe daaruit weer afvoeren. Dat voorkomt bijvoorbeeld trombose of oedeem.

Steunkousen zijn er in 4 drukklassen. Een steunkous met drukklasse 1 geeft lichte ondersteuning, terwijl een steunkous met drukklasse 4 veel meer druk op uw been of arm geeft en daardoor geschikt is voor ernstige aandoeningen. Wij vergoeden alleen steunkousen van drukklasse 2 of hoger. Dat zijn 'therapeutisch elastische kousen'. Wij vergoeden maximaal 2 paar kousen of 2 stuks per jaar.

Wij vergoeden therapeutisch elastische kousen of een compressie-apparaat, als u aan de volgende 2 voorwaarden voldoet:

1. de aders of lymfevaten kunnen niet meer goed zorgen voor het transport van bloed of lymfevocht
2. u heeft altijd een hulpmiddel nodig om dit te compenseren

Als u de therapeutisch elastische kousen zelf niet aan en uit kunt doen, vergoeden wij ook een aantrek- en uittrekhelp. Wij vergoeden maximaal 2 paar kousen of 2 stuks per jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van steunkousen of andere hulpmiddelen bij vaatproblemen

Dit wordt niet vergoed

- steunkousen na het verwijderen van spataderen
- steunkousen met drukklasse 1

- **Dit moet u zelf doen**

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Steunkousen	Behandelend arts	ja	1 jaar
Eenvoudige aan- en uittrekhulp	Behandelend arts, fysiotherapeut of ergotherapeut	ja	2 jaar
Ortho-mate Elektrisch hulpmiddel dat u helpt om uw elastische kousen zelfstandig uit te trekken.	Behandelend arts	ja	nee
Compressie-apparaat Hulpmiddel voor behandeling van lymfe-oedeem.	Behandelend arts + rapportage met behandelplan van de fysiotherapeut	ja	nee

Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding

Soms kun u zelf niet meer eten of heeft u extra voeding nodig. Een voedingssonde brengt voeding direct in het maagdarmkanaal. Soms is daarbij ook een voedingspomp nodig.

Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden de voedingssonde voor voeding via het maagdarmkanaal, en de producten die daarbij horen, als deze buiten het ziekenhuis wordt ingebracht, en u:

- een aandoening of ziekte aan uw maag of darmen heeft, waardoor u geen gewone voeding kunt eten, en
- een voedingssonde nodig heeft om voldoende voeding binnen te krijgen

Als voor de regulering van uw sondevoeding een voedingspomp noodzakelijk is, dan vergoeden wij ook de voedingspomp en de producten die daarbij horen zoals aansluitstukken of standaarden.

Voor een infuuspomp en sonde die voeding direct voeding in de bloedbaan brengt, geldt de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- leverancier van voedingssondes en voedingspompen

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

Dit moet u zelf doen

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Voedingssonde en wat daarbij hoort Een dun slangetje waarmee sondevoeding kan worden toegediend.	Behandelend arts of diëtist	ja	nee
Voedingspomp en wat daarbij hoort Hulpmiddel waarmee sondevoeding in de sonde wordt gepompt.	Behandelend arts of diëtist	ja	nee

● Infuuspomp voor geneesmiddelen

Een infuuspomp is een uitwendig hulpmiddel waarmee een geneesmiddel direct in uw bloedbaan kan worden toegediend. Ze worden in het ziekenhuis gebruikt, maar u kunt een infuuspomp soms ook thuis krijgen.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden de draagbare, uitwendige infuuspomp als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u moet zelf thuis een geneesmiddel direct in uw lichaam (bloedbaan) toedienen
2. u heeft het geneesmiddel steeds nodig
3. wij vergoeden dit geneesmiddel. Of dat het geval is, staat in de vergoeding Geneesmiddelen

Wij vergoeden ook de producten die bij een infuuspomp horen. Bijvoorbeeld verbindingsslangetjes, fixatiemateriaal, ontsmettingsmiddel en naalden.

Hier kunt u terecht

- leverancier van infuuspompen

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de infuuspomp van de behandelend medisch specialist.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een infuuspomp voor geneesmiddelen alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

● **Injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen**

Injectiespuiten en injectiepenen zijn hulpmiddelen om medicijnen direct in het lichaam toe te dienen.

● **Vergoeding per verzekering**

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● **Wat u vergoed krijgt**

Wij vergoeden injectiespuiten en injectiepenen en de producten die daarbij horen, als u een aandoening heeft waardoor u voor lange tijd injecties nodig heeft. Het moet om een andere aandoening gaan dan diabetes.

Kunt u geen 'normale' injectiespuit of injectiepen gebruiken omdat u een ernstige motorische handicap heeft of omdat u slecht ziet? Dan vergoeden wij in plaats daarvan aangepaste spuiten of penen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van injectiespuiten en injectiepenen

● **Dit moet u zelf doen**

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor injectiespuiten en injectiepenen van de behandelend arts.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

● Orthesen

Een orthese is een uitwendig hulpmiddel dat u draagt om de stand van uw lichaam te corrigeren, of de nietnormale beweeglijkheid van uw gewrichten of wervelkolom. Bijvoorbeeld een korset, spalk of een brace.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft in houding en beweging (motorische handicap)? Dat kan bijvoorbeeld een afwijking van de wervelkolom zijn, verlamming, of letsel aan botten of pezen. En heeft u een orthese nodig om dit te corrigeren? Dan vergoeden wij deze als u de orthese altijd nodig heeft. Het gaat dus niet om orthesen die u tijdelijk nodig heeft.

De minimale gebruikstermijn van een orthese is 2 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van orthesen

Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige orthesen, zoals steunzolen
- orthesen die u alleen bij het sporten gebruikt

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de orthese van de medisch specialist. Het voorschrift voor vervanging kunt u ook krijgen van de behandelend arts.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden orthesen alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

● Prothesen

Een prothese is een uitwendig hulpmiddel dat een onderdeel van het lichaam vervangt of bedekt. Helemaal, of voor een deel.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden prothesen voor het **vervangen** van:

- armen en handen, benen en voeten, schouders, heupen en bekken
- stembanden

Als u bij de prothese een liner of stompkous nodig heeft, vergoeden wij deze.

Wij vergoeden ook prothesen voor het vervangen, of bedekken van:

- oogbol, inclusief scleraschalen en -lenzen zonder visuscorrectie
- gezicht, inclusief neus en oren

Hier kunt u terecht

- leverancier van prothesen

Dit wordt niet vergoed

- gebitsprothese

● Dit moet u zelf doen

Medicijnen en hulpmiddelen

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Prothesen voor armen en handen, schouders, heupen en bekken Kunstmatig lichaamsdeel dat de werking van uw armen en handen, schouders, heupen of bekken helemaal of voor een deel overneemt.	Medisch specialist of physician assistant	ja	3 jaar
Prothesen voor benen en voeten Kunstmatig lichaamsdeel dat de werking van uw benen en/of voeten helemaal of voor een deel overneemt.	Medisch specialist of physician assistant	ja	3 jaar (≥ 18 jr.) 2 jaar (< 18 jr.)
Stompkousen * Stompkousen passen over de amputatiestomp en maken het dragen van een prothese aangenamer. Ze beschermen uw huid tegen het drukken en schuiven van de prothese.	Behandelend arts of physician assistant	nee	nee
Liner Een liner werkt als tussenlaag tussen de huid en de binnenkant van de koker.	Medisch specialist of physician assistant	ja	1 jaar
Stemprothesen Hulpmiddel dat ervoor zorgt dat u weer kunt spreken, als uw strottenhoofd verwijderd is.	Medisch specialist	nee	nee
Oogprothesen, scleraschalen en scleralenzen zonder visuscorrectie Hulpmiddelen die de oogbol vervangen of het voorste deel van de oogbol bedekken.	Oogarts	nee	2 jaar voor oogprothesen, en 1 jaar voor scleralenzen

Medicijnen en hulpmiddelen

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Gezichtsprothesen (inclusief neus en oren) Hulpmiddelen die uw gezicht, neus of oren voor een deel vervangen of bedekken.	Medisch specialist	ja	5 jaar

*** Maximaal aantal stompkousen**

U krijgt maximaal 6 stompkousen per kalenderjaar.

● Verbandmiddelen

Verbandmiddelen zijn er in vele soorten en maten. U kunt denken aan gazen, watten, buis- en netverband, pleisters, tape, windsels en bandagelenzen (verbandlens zonder visuscorrectie).

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden verbandmiddelen bij de volgende aandoeningen:

- een complexe wond, of een hoog risico daarop
- een chronische huidaandoening
- ernstige littekens als sprake is van een aantoonbare lichamelijke stoornis of verminking

Een complexe wond is een wond die niet goed geneest door een ziekte of aandoening. Daarbij kan ook het volgende meespelen:

- u kunt door sociale omstandigheden de wond niet goed verzorgen
- uw zorgverlener heeft niet genoeg kennis of vaardigheden om de wond goed te verzorgen
- uw zorginstelling doet niet genoeg aan wondverzorging waardoor uw wond niet goed verzorgd wordt

Wij vergoeden ook bandagelenzen om uw oog te beschermen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van verbandmiddelen

Dit wordt niet vergoed

- verbandmiddelen voor kort gebruik
- verbandmiddelen die vergelijkbaar zijn met zelfzorgmiddelen of middelen die alleen worden gebruikt bij een behandeling in het ziekenhuis

● Dit moet u zelf doen

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Bandagelenzen (zonder correctie) Een lens zonder sterkte om uw oog te beschermen.	Oogarts	ja	nee
Verbandmiddelen Hulpmiddel om bijvoorbeeld een wond te bedekken.	Behandelend arts, verpleegkundig specialist of wondverpleegkundige	ja	nee

● Hulpmiddelen bij problemen met ademen

Er zijn verschillende hulpmiddelen die kunnen helpen als u niet goed kunt ademen. Bijvoorbeeld voorzetkamers voor medicijnen die u moet inademen, of apparatuur die slijm wegzuigt zodat uw luchtwegen vrij blijven.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden uitwendige hulpmiddelen die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpen. Die hulpmiddelen staan hieronder. Ook vergoeden wij stoffen die u met deze hulpmiddelen krijgt toegediend.

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Medisch specialist. Dan geldt niet de vergoeding die u nu leest.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen voor problemen met ademen

● Dit moet u zelf doen

Medicijnen en hulpmiddelen

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Voorzetkamers en wat daarbij hoort Hulpmiddel om medicijnen in te ademen.	Behandelend arts of longverpleegkundige	nee	nee
Vernevelaars en wat daarbij hoort Hulpmiddel dat een medicijn omzet in kleine druppeltjes (nevel), zodat u het kunt inademen.	Behandelend arts of longverpleegkundige	ja	nee
Apparatuur voor positieve uitademingsdruk Hulpmiddel dat helpt bij hetophoesten van slijm.	Longarts of kinderarts	nee	nee
Slijmuitzuigapparatuur Hulpmiddel voor het verwijderen van slijm uit de mond of keel.	Medisch specialist	nee	nee
Tracheacanule met stomabeschermer Buisje dat de luchtpijp verbindt met de buitenlucht. De stomabeschermer zorgt ervoor dat de luchtpijp minder snel uitdroogt.	Medisch specialist	nee	nee
Longvibrator Hulpmiddel om slijm in de longen los te maken.	Behandelend arts	nee	nee
Slaappositietrainer Hulpmiddel als u lichte slaapapneu heeft en op uw rug slaapt. Het apparaat geeft dan een trilling, waardoor u traint om op uw zij te liggen.	Longarts, KNO-arts of neuroloog	ja	nee

● Zuurstofapparaten

Zuurstofapparatuur gebruikt u als u hulp nodig heeft om genoeg zuurstof op te nemen.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden zuurstofapparatuur als die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpt. Er zijn verschillende apparaten voor zuurstof:

- zuurstofconcentrators halen zuurstof uit de lucht, en zijn bedoeld voor gebruik thuis. Er zijn ook mobiele concentrators om mee te nemen
- zuurstofcilinders bevatten samengeperste zuurstof, die u makkelijk mee kunt nemen zodat u mobiel blijft
- systemen met vloeibare zuurstof, die bestaan uit een draagbaar vat, en een groot vat om het draagbare vat bij te vullen. Het systeem is zowel thuis als buiten huis te gebruiken

U kunt niet zelf kiezen welke zuurstofapparatuur u krijgt. Dat bepalen de behandelend arts en leverancier aan de hand van wat u nodig heeft.

Wij vergoeden ook stoffen die u met zuurstofapparatuur krijgt toegediend. Met stoffen bedoelen we zuurstof en andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen.

Gebruikt uw zuurstofapparaat stroom? Dan vergoeden wij € 0,06 per uur dat u het zuurstofapparaat gebruikt. Ieder uur moet geregistreerd zijn door de leverancier van het hulpmiddel.

Chronische ondersteuning van de ademhaling (mechanische beademing) valt onder de vergoeding Medisch specialist. Dan geldt niet de vergoeding die u nu leest.

Hier kunt u terecht

- leverancier van zuurstofapparatuur

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor zuurstofapparatuur van de behandelend arts.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden zuurstofapparatuur alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen.

● CPAP-apparaten

CPAP staat voor Continuous Positive Airway Pressure. Een CPAP-apparaat wordt gebruikt om slaapapneu te behandelen. Als u slaapapneu heeft, stopt de ademhaling tijdens uw slaap vaak en voor meer dan 10 seconden. Bijvoorbeeld omdat uw tong uw luchtpijp blokkeert of uw hersenen te weinig prikkels geven om adem te halen. Een CPAP-apparaat blaast lucht onder druk in uw luchtpijp. Dat gebeurt via een masker. Het apparaat houdt uw luchtwegen bij het slapen vrij of geeft een prikkel om adem te halen, zodat u door blijft ademen.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt een CPAP-apparaat als u matige tot ernstige slaapapneu heeft. En een proefperiode met positief resultaat heeft gehad.

De minimale gebruikstermijn van een CPAP-apparaat is 5 jaar.

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Medisch specialist. Dan geldt niet de vergoeding die u nu leest.

Hier kunt u terecht

- leverancier van CPAP-apparaten

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen
- CPAP-apparaat als u een MRA gebruikt, behalve als u volgens de richtlijnen beide tegelijk nodig heeft

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor een CPAP-apparaat van de longarts, KNO-arts of neuroloog.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een CPAP-apparaat alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

● MRA

MRA staat voor Mandibulair Repositie Apparaat en wordt gebruikt om slaapapneu te behandelen. Als u slaapapneu¹ heeft, stopt de ademhaling tijdens uw slaap vaak en voor meer dan 10 seconden. Bijvoorbeeld omdat uw tong of huig uw luchtpijp blokkeert. Een MRA schuift uw onderkaak naar voren. Zo blijven uw luchtwegen tijdens het slapen vrij.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt een MRA als u lichte tot matige slaapapneu heeft of als een CPAP-apparaat bij u niet werkt.

Voor dit hulpmiddel geldt een minimale gebruikstermijn van 5 jaar

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Medisch specialist. Dan geldt niet de vergoeding die u nu leest.

Hier kunt u terecht

- NVTs-erkende tandarts (Nederlandse Vereniging voor Tandheelkundige Slaapgeneeskunde)
- kaakchirurg
- orthodontist
- leverancier van een MRA. Bij het opmeten van het MRA moet wel een NVTs-erkende tandarts, een kaakchirurg of een orthodontist betrokken zijn

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor het MRA van de longarts, KNO-arts of neuroloog.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een MRA alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

Uitleg

1. Slaapapneu: Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)

● Hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met uw houding en beweging (motorische handicap)? En is het noodzakelijk deze aandoening te corrigeren? Bijvoorbeeld afwijkingen van uw wervelkolom of voeten, verlamming of letsels aan uw botten of pezen. Vaak helpt een orthese dan. Maar soms helpt een orthese niet of niet genoeg.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt de hieronder genoemde hulpmiddelen als u problemen heeft met bewegen. Voorwaarde is dat een orthese niet of niet genoeg helpt. En dat u door uw aandoening beperkt bent bij 1 van de volgende activiteiten:

- lopen
- gebruik van uw hand en arm
- veranderen van lichaamshouding of het vasthouden daarvan
- gebruiken van apparaten voor communicatie

Health Premium vergoedt dan de hieronder genoemde hulpmiddelen om dit te corrigeren of te verbeteren.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen als u beperkt bent bij huishoudelijke taken, zoals aangepaste keukenspullen
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij eten en drinken
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij het lopen
- een stoel met alleen een sta-op functie, waardoor u makkelijk kunt opstaan
- hulpmiddelen die alleen bij sportactiviteiten worden gebruikt

• Dit moet u zelf doen

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Trippelstoel Makkelijk te verrijden en wendbare stoel op wieltjes. Daarmee kunt u zich eenvoudig zittend verplaatsen en heeft u uw handen vrij om wat te doen of iets mee te nemen.	Behandelend arts + schriftelijk advies ergotherapeut	ja	nee
Loopwagen of loopfiets Hulpmiddel waarmee u zich kunt verplaatsen als het lopen van langere afstanden niet (meer) lukt.	Behandelend arts + schriftelijk advies ergotherapeut	ja	nee
Aangepaste tafel of aangepaste stoel Een tafel die in hoogte verstelbaar is voor rolstoelgebruikers. Een aangepaste stoel gebruikt u als u niet meer goed kunt zitten.	Behandelend arts + schriftelijk advies ergotherapeut	ja	5 jaar
(Dynamische) sta-, zit- of ligorthese Hulpmiddel om uw houding te corrigeren of comfortabel te krijgen.	Medisch specialist Bij vervanging: behandelend arts	ja	nee

• Kortdurende uitleen van hulpmiddelen bij problemen met bewegen

Soms heeft u door een ernstige aandoening beperkingen met houding en beweging (motorische handicap). En bent u door die aandoening beperkt bij wassen en naar het toilet gaan, het maken van transfers of zich verplaatsen.

• Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

• Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt de hieronder genoemde hulpmiddelen om de beperkingen te corrigeren of verbeteren als u ze tijdelijk nodig heeft. We noemen dit ook wel kortdurende uitleen. Als kortdurend zien wij een periode van maximaal 26 weken. Als uw persoonlijke situatie dat vraagt, is het mogelijk om deze termijn iets te verlengen.

Heeft u het hulpmiddel altijd of langer nodig? Dan kunt u dit aanvragen bij uw gemeente.

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen voor kortdurende uitleen

Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen als u beperkt bent bij huishoudelijke taken, zoals aangepaste keukenspullen
- eenvoudige hulpmiddelen als u beperkt bent bij eten en drinken
- eenvoudige loophulpmiddelen als u beperkt bent bij het lopen
- een stoel met alleen een sta-op functie, waardoor u makkelijk kunt opstaan
- hulpmiddelen die alleen bij sportactiviteiten worden gebruikt

• Dit moet u zelf doen

Medicijnen en hulpmiddelen

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Rolstoel Hulpmiddel waarmee u zich kunt verplaatsen als u tijdelijk slecht of niet kunt lopen.	Behandelend arts	nee	nee
Gipssteun Hulpmiddel dat aan uw rolstoel gemonteerd kan worden om uw gipsbeen te ondersteunen.	Behandelend arts	nee	nee
Drempelhulp Hulpmiddel om hoge drempels of andere obstakels veilig over te komen.	Behandelend arts	nee	nee
Transferplank, draaischijf en tillift Hulpmiddelen die u helpen om zich te verplaatsen, bijvoorbeeld van rolstoel naar bed of auto.	Behandelend arts of wijkverpleegkundige	nee	nee
Luchtring Hulpmiddel dat zorgt voor verlichting van pijn bij het zitten.	Behandelend arts	nee	nee
Losse toiletverhoger, losse toiletstoel, losse douchestoel en badplank Hulpmiddelen die u helpen om het toilet te gebruiken, om te douchen en in bad te gaan.	Behandelend arts of wijkverpleegkundige	nee	nee
Aangepast bed (en wat daarbij hoort) Een bijzonder bed als u met een gewoon bed niet verpleegd en verzorgd kunt worden of zelfredzaam kunt blijven.	Behandelend arts, wondverpleegkundige of wijkverpleegkundige	ja	nee

● Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen

Orthopedische schoenen zijn speciaal voor u op maat gemaakte schoenen. (Semi-)orthopedische schoenen zijn bestaande, speciale schoenen die zo worden aangepast dat het uw voetklachten oplost. U krijgt (semi-)orthopedische schoenen als u geen gewone schoenen (confectie) aan kunt. Soms zijn orthopedische schoenen niet nodig. Maar is een orthopedische voorziening aan gewone schoenen (confectie) voldoende. Of orthopedische binnenschoenen.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)? En heeft u orthopedische schoenen of andere schoenvoorzieningen altijd nodig om dit te corrigeren? Dan vergoedt Health Premium de hieronder genoemde schoenen of voorzieningen. Wij vergoeden dus niet als u de schoenen of aanpassingen tijdelijk nodig heeft.

Hier kunt u terecht

- leverancier van (semi-)orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen

Dit wordt niet vergoed

- gewone schoenen (confectie)
- orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen die u alleen bij het sporten gebruikt

• Dit moet u zelf doen

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
(Semi-)orthopedische schoenen Aangepaste schoenen als u door problemen met bewegen geen gewone schoenen (confectie) kunt dragen.	Medisch specialist	ja	16 jaar en ouder: 18 maanden jonger dan 16 jaar: 6 maanden
Wisselpaar (semi-)orthopedische schoenen vanaf 16 jaar * Reservepaar (semi-)orthopedische schoenen.	Behandelend arts	ja	18 maanden
Orthopedische binnenschoenen Orthopedische voorziening die u in een gewone schoen (confectie) draagt.	Medisch specialist	ja	nee
Orthopedische voorziening aan confectieschoenen ** Orthopedische aanpassing aan uw gewone schoenen (confectie).	Medisch specialist	ja	nee

* Wisselpaar (semi-)orthopedische schoenen

U kunt een wisselpaar aanvragen als u uw 1e paar (semi-)orthopedische schoenen 3 maanden heeft.

** Maximaal aantal orthopedische voorziening aan confectieschoenen

U mag maximaal 2 paar schoenen per 18 maanden laten aanpassen.

● Hulpmiddelen bij problemen met spreken

Er zijn verschillende hulpmiddelen die kunnen helpen als u niet of bijna niet kunt spreken. Bijvoorbeeld lettersets of symbolensets, een computerprogramma, of teksttelefoons.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt uitwendige hulpmiddelen bij problemen met spreken als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige taalstoornis of spraakstoornis
2. u kunt daardoor niet of bijna niet spreken
3. u heeft een hulpmiddel nodig om u hierbij te helpen

Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met spreken

Dit wordt niet vergoed

- telefoons, tablets, laptops en computers waarop een programma geïnstalleerd wordt die helpt bij problemen met spreken
- hulpmiddelen bij stotteren

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor hulpmiddelen bij problemen met spreken van de behandelend arts.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze hulpmiddelen alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

• Hoorstoestellen en tinnitusmaskeerders

Er zijn verschillende hoorhulpmiddelen die kunnen helpen als u niet meer goed kunt horen. Bijvoorbeeld hoortoestellen, tinnitusmaskeerders of een eenvoudige luisterhulpmiddel.

• Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Hoortoestel, tinnitusmaskeerder: maximaal € 600 per oor Vervanging oorstukjes: 100%

• Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt hoortoestellen en tinnitusmaskeerders tot maximaal € 600 per oor als u ernstig gehoorverlies heeft, of ernstig oorsuizen. Onder ernstig gehoorverlies verstaan wij een verlies van 35 dB (decibel) of meer. Of u dit heeft, stelt de audicien vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz (hertz) te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

De vervanging van de oorstukjes die bij een hoortoestel of tinnitusmaskeerder horen, vergoedt Health Premium volledig.

Heeft u recht op een hoortoestel, maar gebruikt u liever een eenvoudig luisterhulpmiddel? Dan vergoedt Health Premium deze, in plaats van het hoortoestel, tot maximaal € 600.

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplanteerd worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

Hier kunt u terecht

- audicien

• Dit moet u zelf doen

Hulpmiddel	Voorschrift Van welke zorgverlener heeft u een voorschrift nodig	Toestemming Heeft u vooraf toestemming van ons nodig	Gebruikstermijn Is er een minimale gebruiksduur
Hoortoestellen Hulpmiddel waarmee u beter kunt horen.	KNO-arts of audiologisch centrum Bij ouderdomsslechthorendheid* is geen voorschrift nodig	ja	5 jaar
Oorstukjes Dit zijn onderdelen van het hoortoestel die u in uw oor draagt.	KNO-arts of audiologisch centrum	ja	24 mnd (≥ 16 jaar) 6 mnd (< 16 jaar)
Tinnitusmaskeerder Hulpmiddel dat een ruisgeluid maakt, zodat u minder last heeft van oorsuizen.	KNO-arts of audiologisch centrum	ja	5 jaar
Eenvoudige luisterhulpmiddelen Eenvoudig hulpmiddel om goed een gesprek te kunnen voeren. Bijvoorbeeld als u nog geen hoortoestel kunt of wilt dragen.	KNO-arts of audiologisch centrum	ja	nee

* Van ouderdomsslechthorendheid is sprake als u 67 of ouder bent en slecht hoort

● Mammaprothesen (borstprothesen)

Een borstprothese is een namaakborst die uw eigen borst helemaal of voor een deel vervangt.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt een uitwendige borstprothese als uw borstklier helemaal of bijna helemaal ontbreekt. Bijvoorbeeld omdat deze is weggehaald bij een operatie.

De minimale gebruikstermijn van een borstprothese is 1 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van borstprothesen

Dit wordt niet vergoed

- bh's, plakpleisters en hechtstrips bij een borstprothese

Borstimplantaten die door de chirurg worden geplaatst, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de borstprothese van de behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige.

Voor vervanging binnen 1 jaar moet u ons toestemming vragen

Wilt u uw borstprothese vervangen binnen de minimale gebruikstermijn van 1 jaar, maar is dat jaar nog niet om? Dan moet u vooraf toestemming van ons hebben.

● Pruik

Een pruik is een hulpmiddel dat uw haar vervangt. Een pruik kan gemaakt worden van echt of synthetisch haar.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 1.000

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt een pruik als u helemaal of voor een deel kaal wordt door een medische behandeling of een aandoening.

Voor een pruik geldt een minimale gebruikstermijn van 1 jaar.

Hier kunt u terecht

- leverancier van pruiken

Dit wordt niet vergoed

- pruiken bij klassieke mannelijke kaalheid
- gebruikelijke hoofdbedekking, zoals hoeden, petten, bandana's en mutsen
- verzorging en onderhoud van de pruik

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor de pruik van de behandelend arts of oncologieverpleegkundige.

U moet vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een pruik alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen.

● Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

Veel mensen dragen een bril of lenzen in het dagelijks leven omdat ze bijziend of verziend zijn. Dit vergoeden wij niet. Maar brillenglazen of lenzen kunnen ook nodig zijn door een ongeluk, ziekte of aandoening. We noemen dat een medische indicatie.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt **lenzen** als 1 van de volgende situaties op u van toepassing is:

- correctie van uw ogen is nodig door een medische aandoening of trauma, en lenzen helpen beter dan brillenglazen voor een scherp zicht of zicht van goede kwaliteit
- u bent jonger dan 18 jaar en u heeft pathologische myopie (vorm van bijziendheid), met een sterkte van ten minste -6

Health Premium vergoedt **brillenglazen of filterglazen als u jonger bent dan 18 jaar** én 1 van de volgende situaties op u van toepassing is:

- wij zouden lenzen met medische indicatie vergoeden maar u heeft liever een bril
- u bent aan 1 of beide ogen geopereerd voor een afwijking aan uw lens
- u kijkt scheel omdat u verziend bent (zuivere accommodatieve esotropie)

Hier kunt u terecht

- leverancier van brillenglazen of filterglazen en lenzen

Dit wordt niet vergoed

- brillenglazen of filterglazen als u 18 jaar of ouder bent
- brilmonturen

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor brillenglazen of filterglazen en lenzen van uw oogarts.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden brillenglazen of filterglazen en lenzen alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

● Hulpmiddelen voor anticonceptie

Het koperspiraaltje en pessarium zijn hulpmiddelen om zwangerschap te voorkomen.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt het koperspiraaltje en het pessarium.

Hier kunt u terecht

Een koperspiraaltje of pessarium haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Een koperspiraaltje laat u plaatsen of verwijderen door:

- huisarts
- verloskundige
- gynaecoloog

Let op: bij de gynaecoloog is het koperspiraaltje onderdeel van de behandeling. U koopt het dan niet zelf.

● Dit moet u zelf doen

U heeft geen voorschrift nodig

Deze anticonceptiemiddelen kunt u zonder voorschrift van een arts halen bij uw apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Voor de gynaecoloog moet u vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de gynaecoloog gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of verloskundige. De zorg valt dan onder de vergoeding Medisch specialist.

● Hulpmiddelen bij chronische pijnbestrijding

Een uitwendige elektrostimulator is een apparaat dat zwakke elektrische prikkels geeft op de huid voor pijnvermindering.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt een uitwendige elektrostimulator als u aan de volgende 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft pijn die u altijd voelt, en
2. die pijn is niet te behandelen, en
3. tijdens een proefperiode is gebleken dat een uitwendige elektrostimulator bij u goed werkt

Health Premium vergoedt ook producten die bij een uitwendige elektrostimulator horen. Voorbeelden daarvan zijn elektroden, elektrodepasta, kabels, fixatiemateriaal en draagtas.

Hier kunt u terecht

- leverancier van uitwendige elektrostimulators

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

U krijgt het voorschrift voor een uitwendige elektrostimulator van de behandelend arts of medisch specialist.

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden een uitwendige elektrostimulator alleen als u vooraf van ons toestemming heeft gekregen.

● Kaakchirurgie

Voor specialistische mondzorg gaat u naar de Mond-Kaak-Aangezichtschirurg (MKA-chirurg). Die wordt meestal kaakchirurg genoemd. Dat doen wij hierna ook.

In Nederland is de kaakchirurg geen medisch specialist. Behandeling door de kaakchirurg valt dus niet onder de vergoeding Medisch specialist, maar onder de vergoeding die u nu leest.

De kaakchirurg werkt in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum¹ (ZBC). U kunt niet rechtstreeks naar de kaakchirurg: u heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u van de tandarts, bijvoorbeeld bij een moeilijk te verwijderen verstandskies. Of van de orthodontist, bij problemen met de kaak. De huisarts of een medisch specialist kunnen ook verwijzen.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, en 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding Bij opname maximaal 1 jaar
Health Premium	100% bij alle ziekenhuizen in Nederland, en 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding Bij opname maximaal 1 jaar

● Wat u vergoed krijgt

Health Basic en Premium vergoeden chirurgische tandheelkundige zorg. Het röntgenonderzoek dat daarbij nodig is vergoeden wij ook. Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoeden wij ook de ziekenhuisopname tot maximaal 1 jaar volgens de vergoeding Ziekenhuisopname.

Hier kunt u terecht

- kaakchirurg, in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#).

Dit wordt niet vergoed

- chirurgie aan het tandvlees (parodontale chirurgie)
- trekken van tanden en kiezen als de tandarts dat kan doen
- kaakchirurgie in verband met het plaatsen van implantaten en gebitsprothesen

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van de tandarts, orthodontist, huisarts of een medisch specialist. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

Soms heeft u vooraf toestemming van ons nodig

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Toestemming vragen doet uw kaakchirurg bijna altijd voor u.

● **Goed om te weten**

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een ZBC³ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 32.

Uitleg

1. Zelfstandig behandelcentrum: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
2. Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie: www.onvz.nl: bij 'Snel regelen' onder 'Toestemming vragen voor zorg' - 030 639 62 22
3. ZBC: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

● Tandheelkundige zorg na een ongeval

Soms moet u kosten bij de tandarts maken door schade aan uw gebit na een ongeval. Bijvoorbeeld als u van uw fiets bent gevallen.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	€ 5.000 Maximaal 1 ongeval per kalenderjaar
Health Premium	€ 5.000 Maximaal 1 ongeval per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u schade aan uw gebit door een ongeval? Dan vergoeden wij de tandheelkundige behandeling die nodig is om de schade te repareren tot maximaal € 5.000 voor maximaal 1 ongeval per kalenderjaar. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een gedeeltelijk kunstgebit.

Met een ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw gebit, buiten uw wil, waarbij onmiddellijk schade aan uw gebit ontstaat.

Het moet gaan om een ongeval dat gebeurde terwijl u Health Basic of Premium had. En u moet de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval hebben gekregen.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (tandartscodes A20 en A30)
- behandeling van schade aan uw gebit door een gebeurtenis waarbij duidelijk is dat deze kan ontstaan. Zoals het bijten op een hard voorwerp of het niet dragen van een gebitsbeschermer waar dat regel is
- behandeling van schade aan uw gebit die is ontstaan of verergerd door eten

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden tandheelkundige zorg na een ongeval alleen als wij voordat de behandeling start toestemming hebben gegeven. Voor spoedeisende zorg kunt u toestemming ook achteraf vragen. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Daar moeten een behandelplan, röntgenfoto's en een begroting bij zitten.

● Algemene tandheelkundige zorg

Tandheelkundige zorg is het verzorgen en herstellen van uw gebit. Hierbij kunt u denken aan een controle bij de tandarts, foto's van uw gebit, het vullen van gaatjes en schoonmaken van uw gebit.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 300 per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt algemene tandheelkundige zorg tot maximaal € 300 per kalenderjaar.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (tandartscodes A20 en A30)
- MRA (mandibulair repositie apparaat)
- gebits- en mondbeschermer
- materiaal- en techniekkosten voor zorg die niet wordt vergoed
- kunstgebit (gebitsprothese)
- implantaten
- uitwendig bleken
- facings
- behandelen van witte vlekken

● Orthodontie tot 18 jaar

Lukt bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 500 per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt orthodontie tot 18 jaar tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Uw orthodontist brengt de behandeling in rekening met zogenoemde A-tarieven van de NZa. De codes voor behandeling op uw rekening eindigen dan op een A.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

● Geneeskundige ggz

Bij psychische problemen is uw huisarts of de bedrijfsarts het eerste aanspreekpunt. De huisarts kan u ondersteunen bij lichte psychische klachten. Bijvoorbeeld als u zich somber, gespannen of eenzaam voelt. Bij vermoeden voor een psychische stoornis verwijst de huisarts u door voor geestelijke gezondheidszorg (ggz).

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%
Health Premium	100%

● Wat u vergoed krijgt

De behandeling geneeskundige ggz bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog of psychotherapeut. Ook een internetbehandeling is mogelijk. Daarmee kunt u ook kiezen voor online hulpverlening in uw eigen taal.

Health Basic en Health Premium vergoeden geneeskundige ggz, als er een vermoeden is dat u een psychische stoornis heeft of als zo'n stoornis al is vastgesteld.

Soms is een opname in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis nodig. Dan geldt de vergoeding Opname voor geneeskundige ggz.

Hier kunt u terecht

Een ggz-praktijk of ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het kwaliteitsstatuut¹. Een regiebehandelaar is bijvoorbeeld een psychiater, klinisch psycholoog, gz-psycholoog of klinisch neuropsycholoog. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

Dit wordt niet vergoed

- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het [overzicht therapieën ggz](#)
- behandeling van werkproblemen of relatieproblemen
- behandeling van aanpassingsstoornissen
- behandeling van vliegangst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, de medisch specialist of de straatdokter. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Dat hangt af van de zorgverlener die u kiest. Er zijn 3 mogelijkheden:

1. Gaat u naar een ggz-praktijk? Dan hoeft u geen toestemming te vragen.
2. Gaat u naar een ggz-instelling met een contract? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij afspraken over de toestemming.
3. Heeft de ggz-instelling geen contract met ons? Dan moet u vooraf toestemming vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

Informeer bij uw zorgverlener of het een praktijk of instelling is. En of ze een contract met ons hebben. U vindt alle gecontracteerde zorgverleners ook in onze [Zorgzoeker](#) op de website.

● **Goed om te weten**

Een psychische stoornis volgens de DSM

Health Basic en Health Premium vergoeden geneeskundige ggz, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of als uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Uitleg

1. Kwaliteitsstatuut: Dit kwaliteitsstatuut, en daarmee de werkwijze van de zorgverlener, moet voldoen aan de normen van het model kwaliteitsstatuut van Zorginstituut Nederland

● Opname voor geneeskundige ggz

Bij ernstige psychische problemen is het soms nodig dat u wordt opgenomen.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, in bepaalde gevallen Bij opname maximaal 1 jaar
Health Premium	100%, in bepaalde gevallen Bij opname maximaal 1 jaar

● Wat u vergoed krijgt

Soms is het voor een goed resultaat van de behandeling nodig dat u wordt opgenomen in een ggz-instelling. Health Basic en Health Premium vergoeden die opname, voor maximaal 1 jaar. Met daarbij, als dat nodig is: verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen en hulp- en verbandmiddelen. Krijgt u tijdens de opname ook dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daarnaartoe.

Bent u eerst opgenomen in een ziekenhuis voor lichamelijke klachten en daarna in een ggz-instelling? Of andersom? Dan vergoeden wij maximaal 1 jaar voor de totale opnameperiode.

Hier kunt u terecht

Een ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het kwaliteitsstatuut¹. Dat is meestal een klinisch psycholoog of psychiater. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

Dit wordt niet vergoed

- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het [overzicht therapieën ggz](#)
- behandeling van werk- of relatieproblemen
- behandeling van aanpassingsstoornissen

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, de medisch specialist of de straatdokter. Bij acute zorg is geen verwijzing nodig.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u verwijzen voor opname in een (andere) ggz-instelling. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Dat hangt af van de instelling die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden:

1. Gaat u naar een ggz-instelling of PAAZ die een contract met ons heeft? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij afspraken over de toestemming.
2. Heeft uw ggz-instelling of PAAZ geen contract met ons? Dan moet u vooraf toestemming vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg en de opname niet.

Informeer bij uw zorgverlener of ze een contract met ons hebben. U vindt alle gecontracteerde zorgverleners ook in onze [Zorgzoeker](#) op de website.

● Goed om te weten

Een psychische stoornis volgens de DSM

Health Basic en Health Premium vergoeden ggz, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Wij vergoeden maximaal 1 jaar doorlopende opname

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

Wachttijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Uitleg

1. Kwaliteitsstatuut: Dit kwaliteitsstatuut, en daarmee de werkwijze van de zorgverlener, moet voldoen aan de normen van het model kwaliteitsstatuut van Zorginstituut Nederland

● Ambulancevervoer

Ambulancevervoer is medisch noodzakelijk vervoer per ambulance-auto. Vaak gaat het om spoedeisend vervoer bij bijvoorbeeld een ongeval of een hartinfarct. Maar de ambulance kan ook ingezet worden als er geen spoed is. Bijvoorbeeld om u van een ziekenhuis naar een verpleeghuis te brengen als u alleen liggend vervoerd mag worden.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, tot 200 kilometer
Health Premium	100%, tot 200 kilometer

● Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden ambulancevervoer over een reisafstand van maximaal 200 kilometer (enkele reis) binnen Nederland als gebruik van openbaar vervoer, taxi of eigen auto medisch onverantwoord is. In bepaalde gevallen, zoals bij een ongeval, vergoeden wij ook vervoer door een (trauma)helikopter.

In al deze situaties vergoeden wij ook het vervoer terug naar uw huis. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kan krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

Kunt u niet zelfstandig reizen, maar is vervoer met de ambulance niet nodig? In sommige gevallen vergoedt Health Premium ziekenvervoer. Hiervoor geldt niet de vergoeding die u nu leest maar de vergoeding Ziekenvervoer.

● Dit moet u zelf doen

Bij meer dan 200 kilometer of een afwijkend vervoermiddel moet u toestemming vragen

Moet u, in een niet-spoedeisende situatie, over een grotere afstand dan 200 kilometer vervoerd worden? Of moet een ander vervoermiddel worden ingezet? Wij kunnen daar in bijzondere gevallen toestemming voor geven. U of uw behandelend arts moet vooraf toestemming vragen. In spoedeisende situaties is geen toestemming vooraf nodig.

● Repatriëring bij overlijden in Nederland

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Repatriëring van stoffelijk overschot naar het land van uw nationaliteit, door alarmcentrale Zorgassistance
Health Premium	Repatriëring van stoffelijk overschot naar het land van uw nationaliteit, door alarmcentrale Zorgassistance

● Wat u vergoed krijgt

Wij vergoeden bij overlijden van verzekerde in Nederland de kosten van het vervoer van het stoffelijk overschot naar het land van de nationaliteit, als onze alarmcentrale Zorgassistance dit heeft geregeld.

● Dit moeten de nabestaanden zelf doen

Uw nabestaanden moeten altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance

Dit moeten zij doen voordat er kosten worden gemaakt. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67.

● Ziekenvervoer

Kunt u door een medische reden niet zelf voor behandeling naar het ziekenhuis reizen? Bijvoorbeeld omdat u in een rolstoel zit, of zeer slechtziend bent? Dan kan het zijn dat u recht heeft op vergoeding van uw vervoerskosten. U krijgt dan ziekenvervoer. Dat is vervoer voor medisch onderzoek of behandeling, als u medisch gezien niet met het openbaar vervoer kunt.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	• Taxivervoer 100% • Eigen vervoer € 0,27 per kilometer

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt ziekenvervoer als het gaat om vervoer naar een ziekenhuis in Nederland waar u zorg krijgt die Health Premium vergoedt.

Health Premium vergoedt ook het vervoer terug naar huis. Of, als u (nog) niet zelfstandig thuis kunt zijn, naar de plek waar u verzorgd wordt.

De vergoeding geldt over een reisafstand van maximaal 200 kilometer enkele reis. Als u van ons toestemming heeft gekregen voor een behandeling die verder weg is dan 200 kilometer, dan vergoeden wij over de langere afstand.

Ook vergoedt Health Premium het vervoer van een begeleider bij een kind jonger dan 16 jaar. En boven die leeftijd, als begeleiding noodzakelijk is. Zijn er 2 begeleiders nodig? Dan vergoeden wij dat alleen als wij daarvoor vooraf toestemming hebben gegeven.

Health Premium vergoedt:

- auto (eigen vervoer): € 0,27 per kilometer
- taxivervoer: volledig

Taxivervoer

Kiest u voor reizen per taxi? Maak het uzelf makkelijk en kies voor de service van Transvision. Als u van ons toestemming heeft voor het ziekenvervoer, regelt Transvision het taxivervoer voor u en declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30. Na de telefonische intake met Transvision kunt u ook online ritten boeken via hun reserveringstool.

Dit wordt niet vergoed

- parkeerkosten en andere bijkomende kosten
- vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen en de begeleider alleen terugreist

- **Dit moet u zelf doen**

- U moet ons vooraf toestemming vragen**

- Wij vergoeden ziekenvervoer alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. U vraagt dit aan met het aanvraagformulier ziekenvervoer. U kunt zo ook toestemming vragen voor vervoer over een grotere afstand dan 200 kilometer, vervoer met een ander vervoermiddel of met een (extra) begeleider. Dit formulier vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

- **Goed om te weten**

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

- Het aantal kilometers berekenen wij met Google Maps. Wij vergoeden alleen de kilometers waarbij u zelf passagier bent.

- Declareer met het declaratieformulier ziekenvervoer**

- Wilt u ziekenvervoerskosten declareren? Gebruik het declaratieformulier ziekenvervoer. Op het formulier staat wat u moet meesturen. Dit formulier vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

● Overige therapieën

Heeft u klachten die de huisarts niet direct zelf kan behandelen, maar waarvoor u ook niet naar een ziekenhuis hoeft? Dan verwijst de huisarts u vaak naar een andere zorgverlener. Bijvoorbeeld een fysiotherapeut of diëtist. Deze zorgverleners werken soms in hetzelfde gebouw als de huisarts. U kunt deze zorgverleners ook bezoeken zonder verwijzing van de huisarts.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 2.000 per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Health Premium vergoedt de overige therapieën die hieronder genoemd staan. Er geldt een maximale vergoeding van € 2.000 per kalenderjaar voor alle therapieën en behandelingen samen.

Fysiotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck

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

U kunt terecht bij een (gespecialiseerde) fysiotherapeut, manueel therapeut, of oefentherapeut Mensendieck of Cesar.

Podotherapie en podologie

Heeft u voetklachten? Of klachten door een afwijkende stand van uw voeten of uw manier van lopen? Dan kunt u terecht bij een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut. Die onderzoekt en behandelt uw klachten. Als het nodig is, krijgt u podotherapeutische zooltjes, een orthese of een nagelbeugel.

De registerpodoloog en podoposturaal therapeut moeten ingeschreven staan in het kwaliteitsregister van Kabiz.

Chiropractie en osteopathie

Voor chiropractie kunt u terecht bij een chiropractor die volwaardig lid is van één van de volgende beroepsorganisaties:

Overige therapieën

Afkorting	Naam
CCA	Christelijke Chiropractie Associatie
DCF	Dutch Chiropractic Federation
NCA	Nederlandse Chiropractoren Associatie
SCN	Stichting Chiropractie Nederland
SNRC	Stichting Nationaal Register van Chiropractoren

Voor osteopathie kunt u terecht bij een osteopaat die volwaardig lid is van één van de volgende beroepsorganisaties:

Afkorting	Naam
NOF	Nederlandse Osteopathie Federatie
NRO	Nederlands Register voor Osteopathie
NVO	Nederlandse Vereniging Osteopathie

Ergotherapie

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

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

U kunt terecht bij een ergotherapeut.

Logopedie

De logopedist behandelt problemen die te maken hebben met de stem, spreken en slikken. Bij kinderen en volwassenen. Stotteren is een bekend voorbeeld van zo'n probleem. Maar het kan bijvoorbeeld ook gaan om vaak hees zijn of verslikken, of het niet kunnen uitspreken van bepaalde woorden of klanken. De zorg van een logopedist heet logopedie.

U kunt terecht bij een logopedist.

Diëtetiek

Bent u te zwaar of juist te licht door bijvoorbeeld ziekte, eetproblemen of een voedselallergie? Of heeft u andere klachten die samenhangen met voeding, zoals darmklachten, hoge bloeddruk of verhoogd cholesterol? Een diëtist geeft voorlichting en advies over voeding, dieet en eetgewoonten. Dit noemen we diëtetiek.

U kunt terecht bij een diëtist.

Overige therapieën

Acupunctuur

Acupunctuur is een vorm van traditionele Chinese geneeskunde, die wordt ingezet bij veel verschillende soorten klachten. Bijvoorbeeld bij pijnklachten. Of bij allergie of spanningsklachten.

U kunt terecht bij een acupuncturist die volwaardig lid is van een van de volgende beroepsorganisaties:

Afkorting	Naam
NVA	Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur
NAAV	Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging
ZHONG	Nederlandse Vereniging van Traditionele Chinese Geneeskunde
NWP	Nederlandse werkgroep Praktijns in de natuurlijke geneeskunst
NBCG YI	Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen YI
FAGT (per 21-3-2024)	Federatie van additief Geneeskundig Therapeuten

Dit wordt niet vergoed

- zwangerschapsgymnastiek
- sportmassage
- arbeids- en bezigheidstherapie
- behandeling van anderstaligheid veroorzaakt door dialect of doordat u een andere moedertaal heeft
- behandeling van dyslexie
- behandeling om onderwijs te ondersteunen
- muziektherapie

● Spoedeisende zorg in het buitenland

Heeft u in het buitenland (buiten Nederland) met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of een plotselinge ziekte? Dat noemen wij spoedeisende zorg in het buitenland. Dus zorg die u meteen moet krijgen, die bij uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was en die ook niet kan wachten tot u weer terug bent in Nederland.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	100%, tot wettelijk of marktconforme tarief in land van behandeling
Health Premium	100%, tot wettelijk of marktconforme tarief in land van behandeling

● Wat u vergoed krijgt

Als u voor maximaal 180 dagen achter elkaar in het buitenland bent, bent u daar verzekerd voor spoedeisende zorg. Als u voor langer dan 180 dagen naar het buitenland vertrekt, dan bent u in het buitenland niet verzekerd. Dus ook niet de eerste 180 dagen.

Wij vergoeden spoedeisende zorg in het buitenland als de zorg niet te voorzien was bij uw vertrek naar het buitenland. Met spoedeisend bedoelen wij dat u de zorg meteen moet krijgen. De zorg kan niet wachten tot u weer terug bent in Nederland.

Wij vergoeden de zorg tot maximaal het marktconforme bedrag dat geldt in het land van behandeling. Dat wil zeggen dat het bedrag dat de zorgverlener rekent niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling rekenen.

Regeling bij zwangerschap en bevalling

Als u tijdens een zwangerschap naar het buitenland reist, kunnen er medische complicaties optreden in uw zwangerschap of bij de bevalling. Wij vergoeden de zorg voor die complicaties als deze niet te voorzien waren. Wij beschouwen de reguliere zorg rond zwangerschap en bevalling als voorziene zorg. Het is zorg die te verwachten was bij uw vertrek naar het buitenland. U kunt daarvoor geen gebruik maken van de vergoeding die u nu leest.

Wij vergoeden ook niet:

- als u bij vertrek naar het buitenland als zwangere een verhoogd gezondheidsrisico of verloskundige risicofactor heeft
- bij reizen naar de tropen, naar malaria- of gele koortsgebieden, en naar gebieden met een verhoogd risico op een infectie met het zikavirus
- bij vliegreizen na de 36e week van de zwangerschap

Dit wordt niet vergoed

- spoedeisende zorg bij een verblijf in het buitenland van langer dan 180 dagen
- zorg die nodig is als gevolg van een pandemie of in soortgelijke situaties als er bij uw vertrek sprake was van een verhoogd risico in uw reisgebied. Bijvoorbeeld als de overheid een oranje of rood reisadvies heeft afgegeven voor dat gebied

- **Dit moet u zelf doen**

Neem bij opname contact op met de alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig waarvoor u wordt opgenomen? Dan moet u zo spoedig mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Zij bepalen of sprake is van spoedeisende zorg. Neemt u geen contact op of wacht u het oordeel van de alarmcentrale niet af? Dan kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. U kunt ook contact opnemen voor advies over geneeskundige zorg.

Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Wij vergoeden de telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

Medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de behandeling.

Eisen aan zorgverleners

Ook bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener in de door de overheid gebruikte registers staan. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

● Repatriëring

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	• Repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel • Repatriëring stoffelijk overschot Door alarmcentrale Zorgassistance

● Wat u vergoed krijgt

Bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte in het buitenland vergoedt Health Premium de medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland, met de medische begeleiding die daarbij nodig is. Onze alarmcentrale Zorgassistance organiseert de repatriëring. Deze vergoeding geldt alleen bij een verblijf van maximaal 180 dagen in het buitenland.

Bij overlijden tijdens een verblijf van maximaal 180 dagen in het buitenland vergoedt Health Premium ook de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland of het land van uw nationaliteit. Onze alarmcentrale Zorgassistance organiseert het vervoer van het stoffelijk overschot.

Dit wordt niet vergoed

- repatriëring bij een verblijf in het buitenland van langer dan 180 dagen
- repatriëring als die nodig is als gevolg van een pandemie of in soortgelijke situaties en er bij uw vertrek sprake was van een verhoogd risico in uw reisgebied. Bijvoorbeeld als de overheid een oranje of rood reisadvies heeft afgegeven voor dat gebied

● Dit moet u zelf doen

Repatriëring door onze alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan moet u zo spoedig mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Doet u dit niet, dan kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. De alarmcentrale bepaalt of repatriëring nodig is en regelt dit.

Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Health Premium vergoedt de telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

Medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de repatriëring.

● Verhaalsbijstand bij letselschade

Ook na een ongeval gelden de reguliere vergoedingen van Health Premium. Maar soms krijgt u niet alle kosten vergoed. Bijvoorbeeld omdat u eigen risico of een eigen bijdrage betaalt. Of omdat u inkomsten misloopt. Misschien wilt u smartengeld.

● Vergoeding per verzekering

Health Basic	Geen vergoeding
Health Premium	Maximaal € 12.500 per ongeval

● Wat u vergoed krijgt

Na een ongeval kunt u uw rechtsbijstandverzekering inschakelen. Heeft u die niet? Dan biedt Health Premium bij een ongeval in Nederland een verhaalsbijstand-service voor die kosten die u zelf betaalt, gemiste inkomsten en smartengeld. Het ongeval moet tijdens de looptijd van uw Health Premium zijn gebeurd. Een door ons ingeschakelde advocaat of schaderegelaar probeert dan uw schade te verhalen op (de verzekering van) de persoon die aansprakelijk is. Health Premium vergoedt de verhaalsbijstand-service die wij voor u regelen tot maximaal € 12.500 per ongeval. Kosten van een rechtszaak vallen daar ook onder.

In de regels verhaalsbijstand-service staat wat de service inhoudt en wat de voorwaarden zijn. Maar wat daar staat over het gebied waar u een beroep kan doen op de verhaalsbijstand-service, geldt dus niet. Voor u geldt het alleen bij een ongeval in Nederland.

Dit wordt niet vergoed

- kosten die u zelf maakt buiten de verhaalsbijstand-service om
- in tegenstelling tot de regels verhaalsbijstand-service, vergoedt Health Premium geen verhaalsbijstand bij beroepsziektes

Heeft u nog vragen?

Neem dan contact op met onze afdeling Verhaalszaken. Dit kan telefonisch op 030 639 62 64 of via het e-mailadres verhaalszaken@onvz.nl. Wij helpen u graag.

● Dit moet u zelf doen

Geef het ons door als medische kosten met een ongeval te maken hebben

Zo kunnen wij nagaan of iemand anders voor die kosten aansprakelijk is. Kruis het vakje 'ongeval' aan als u declareert. Of stuur ons een ingevuld vragenformulier verhaalszaken¹ als u weet dat het ziekenhuis of een andere zorgverlener rechtstreeks bij ons gaat declareren. Dit formulier vindt u op onze website. Of neem contact op met ons Service Center.

Uitleg

1. Vragenformulier verhaalszaken: www.onvz.nl: bij 'Snel regelen' onder 'Handige downloads' - 030 639 62 22



ONVZ

De Molen 66
Postbus 392
3990 GD Houten
030 639 62 22

www.onvz.nl
www.linkedin.com/company/onvz
www.facebook.com/onvz
https://www.instagram.com/onvz_zorgverzekeraar/