



2025

# Algemene regels en Vergoedingen ONVZ Bewuste Keuze

**ONVZ**

Eersteklas Zorgverzekering

- **Intro Bewuste Keuze** >

---

- **Algemene regels ONVZ Bewuste Keuze** >

---

- **Vergoedingen ONVZ Bewuste Keuze** >

---

- **Vergoedingen hulpmiddelen ONVZ Bewuste Keuze** >

### ● ONVZ Bewuste keuze in 2025

Geachte heer/mevrouw,

Vanaf 1 januari 2024 gaat Jaaah, de innovatieve zorgverzekering, verder onder de naam ONVZ Bewuste Keuze. Jaaah was altijd al onderdeel van ONVZ, de Eersteklas Zorgverzekering, en krijgt nu dus ook dezelfde naam. Als verzekerde van ONVZ Bewuste Keuze profiteert u van de beste kwaliteit met excellente service en persoonlijke aandacht van ONVZ.

Met ONVZ Bewuste Keuze kiest u bewust voor een zorgverzekering waarbij de belangrijkste zorg wordt vergoed en u zeker weet dat het goed geregeld is. Dat blijft ook zo in 2024. Wel hebben wij een aantal wijzigingen in onze basisverzekering en aanvullende verzekeringen doorgevoerd. Dit doen wij zodat onze verzekeringen betaalbaar blijven. En blijven aansluiten bij uw wensen voor een goede zorgverzekering. Met ONVZ weet u zeker dat uw zorgverzekering goed geregeld is.

### ● Onze polisvoorwaarden en andere belangrijke informatie voor u op een rij

Hierbij hebben we de algemene regels en de vergoedingen van ONVZ Bewuste Keuze 2025 voor u op een rij gezet. U kunt er precies in zien wat u als ONVZ-verzekerde van ons mag verwachten, welke diensten ONVZ u biedt en hoe u daarvan het best gebruik kunt maken.

Wij hebben deze algemene regels en vergoedingen op 12 november 2023 gepubliceerd. Op 20 november 2023 bleek nog een wijziging nodig. Door een uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) zijn wij gedwongen ons vergoedingenbeleid voor medicijnen aan te passen en over te stappen naar een preferentiebeleid voor medicijnen. In de vergoeding Geneesmiddelen en in ons reglement Farmaceutische zorg staan de voorwaarden voor de vergoeding in 2024.

In MijnONVZ vindt u uw polisblad. Daarop ziet u welke verzekeringen u heeft en welke voorwaarden daarop van toepassing zijn. Deze voorwaarden gaan in per 1 januari 2025 en gelden tot eventuele wijzigingen van kracht worden.

### ● Heeft u nog vragen?

Algemene informatie vindt u op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl). U kunt ook contact opnemen met ons Service Center op 030 639 62 22.

Met vriendelijke groet,

Jean-Paul van Haarlem  
Bestuursvoorzitter ONVZ

### ● Leeswijzer ONVZ Bewuste Keuze

De algemene regels zijn de regels en afspraken die gelden voor alle verzekeringen van ONVZ. Er staat bijvoorbeeld in wanneer de verzekering ingaat en hoe wij zorgkosten vergoeden. De basisregels en vergoedingen hulpmiddelen zijn de regels en afspraken die gelden voor de hulpmiddelen die onder de basisverzekering vallen.

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

## ● Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>1. De verzekeringen van ONVZ</b>	<b>6</b>
Over onze verzekeringen	6
Over het afsluiten van de verzekering	7
Welke regels de verzekering en de premie bepalen	7
<b>2. Ik word klant van ONVZ</b>	<b>9</b>
Een verzekering afsluiten of aanvragen	9
Wanneer uw verzekering ingaat	9
Wat verder belangrijk is	10
<b>3. Ik ben verzekerd bij ONVZ</b>	<b>12</b>
Ik heb zorg nodig	12
Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico	13
Soms vergoedt de verzekering minder, of niet	16
Ik wil zorgkosten declareren	17
Ik betaal premie	18
Meewerken en informeren	21
Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig	21
Wijzigen van de verzekering	22
<b>4. Ik ga weg bij ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering</b>	<b>24</b>
Opzeggen	24
Soms eindigt de basisverzekering van ONVZ zonder opzegging	24
Soms beëindigen wij de verzekering	25
Als u fraudeert	26
Als u niet tevreden bent of een klacht heeft	27
Recht dat van toepassing is	27

## ● Inleiding

**Hier staan de algemene regels van de Bewuste Keuze Basisverzekering van ONVZ en de daarbij horende aanvullende verzekeringen. Samen met de vergoedingen bepalen ze waar u recht op heeft. En wat u daarvoor moet doen.**

In deze algemene regels staan ook regels voor het afsluiten van een verzekering bij ONVZ.

Deze algemene regels zijn verdeeld in 4 onderwerpen.

1. De verzekeringen van ONVZ
2. Ik word klant van ONVZ
3. Ik ben verzekerd bij ONVZ
4. Ik ga weg bij ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering

### ● 1. De verzekeringen van ONVZ

**Bijna iedereen in Nederland moet een basisverzekering hebben. De basisverzekering vergoedt onder meer de huisarts, het ziekenhuis, de geestelijke gezondheidszorg (ggz), het vervoer met een ambulance en voor kinderen tot 18 jaar ook de tandarts. De overheid bepaalt wat de basisverzekering vergoedt.**

Met de Bewuste Keuze Basisverzekering kunt u terecht bij artsen, ziekenhuizen en andere zorgverleners met wie wij een contract hebben. Bijna altijd gewoon bij uw eigen huisarts, ziekenhuis en tandarts. Gaat u liever naar een zorgverlener met wie we geen contract hebben? Dat kan ook. Maar dan moet u soms bijbetalen. Want er gelden dan maximale vergoedingen. ONVZ heeft ook aanvullende verzekeringen. Deze breiden de vergoedingen van de basisverzekering uit. Daarover vertellen we u zo meer.

#### ● Over onze verzekeringen

##### 1. Dit zijn onze verzekeringen

De Bewuste Keuze Basisverzekering is een naturaverzekering. U heeft recht op zorg en onze diensten zorgadvies en zorgbemiddeling.

Wij maken met zorgverleners afspraken over de prijs, kwaliteit en beschikbaarheid van zorg. Deze afspraken staan in de contracten met de zorgverleners. Als u naar een zorgverlener gaat met wie wij een contract hebben, handelen wij voor u de rekening af met de zorgverlener. Daar heeft u dan geen omkijken naar. U vindt de zorgverleners met een contract in de Zorgzoeker op onze site.

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen contract hebben? Dan gelden er maximale vergoedingen. Dan moet u misschien zelf bijbetalen. De maximale vergoedingen staan in ons overzicht maximale vergoedingen. Soms moet u zelf de hele rekening betalen en die dan bij ons declareren. Wij betalen u dan snel. Zo hoeft u zelf niet alles voor te schieten.

Zorg van huisarts en tandarts is verzekerd op basis van restitutie. Die zorg vergoeden we bij alle huisartsen en tandartsen volledig. Dus ook als de zorgverlener geen contract met ons heeft.

We vergoeden ook altijd volledig (volgens algemene regel 26) bij spoedgevallen in Nederland, bijvoorbeeld als u met spoed naar het ziekenhuis moet.

Als wij hierna van 'ONVZ' spreken, of van 'wij' of 'ons' bedoelen we ONVZ Ziektkostenverzekeraar N.V.<sup>1</sup> als het over de Bewuste Keuze Basisverzekering gaat. En ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.<sup>2</sup> als het over aanvullende (tand)verzekeringen gaat.

Wij hebben 2 basisverzekeringen en verschillende aanvullende verzekeringen.

Dit zijn de voorwaarden van de Bewuste Keuze Basisverzekering en de daarbij horende aanvullende verzekeringen.

Onze aanvullende verzekeringen zijn:

- Bewuste Keuze Start, uit te breiden met de modules Bewuste Keuze Fysio en Bewuste Keuze Alternatief
- Bewuste Keuze Extra, uit te breiden met de modules Bewuste Keuze Fysio en Bewuste Keuze Alternatief
- Bewuste Keuze Tand
- Bewuste Keuze Op Reis

## 2. Dit staat in onze algemene regels en vergoedingen

Op onze site [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) en in de vergoedingen staat:

- welke zorg en diensten verzekerd zijn
- wie die zorg mag geven
- welke voorwaarden verder gelden
- in onze Zorgzoeker: met welke zorgverleners wij een contract hebben
- wat de vergoeding is bij zorgverleners zonder contract

De verzekeringen vergoeden zorg en diensten die medisch noodzakelijk zijn. Wat dat is, staat in [algemene regel 24](#).

## • Over het afsluiten van de verzekering

### 3. De hoofdverzekerde sluit de verzekering af

Iedereen die volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) een basisverzekering moet hebben, kan de Bewuste Keuze Basisverzekering afsluiten. Of dat voor zich laten doen.

De persoon die een verzekering afsluit, heet officieel verzekeringnemer. Die noemen wij de hoofdverzekerde. Een hoofdverzekerde kan een verzekering voor zichzelf afsluiten. Maar ook voor iemand anders. Zoals partner of kinderen.

### 4. Verzekerde

De persoon die verzekerd is, is de verzekerde. Als u een verzekering afsluit voor uzelf bent u hoofdverzekerde én verzekerde.

### 5. Zorgpolis

De hoofdverzekerde krijgt van ons de zorgpolis. Dat is het bewijs van de verzekering. Op de zorgpolis staat wie er verzekerd is. En welke verzekeringen zijn afgesloten.

## • Welke regels de verzekering en de premie bepalen

### 6. Onze algemene regels en vergoedingen

De algemene regels en de vergoedingen bepalen de Bewuste Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen.

### 7. Wetten en regelingen

Ook de Zorgverzekeringswet en de regelingen die daarbij horen, bepalen de Bewuste Keuze Basisverzekering. Die regelingen zijn onder andere het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Verder zijn ook andere wetten en regelingen van toepassing. Die kunnen we hier niet allemaal noemen.

### 8. De wet is leidend

Wijken de algemene regels of vergoedingen van de Bewuste Keuze Basisverzekering af van de Zorgverzekeringswet? Dan geldt die wet.

### 9. Door u gegeven informatie telt mee

De Bewuste Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen zijn ook gebaseerd op informatie die u ons heeft verstrekt, bijvoorbeeld bij uw aanvraag.

## 10. Premietabel en overzicht maximale vergoedingen

Bij de algemene regels hoort de premietabel. Daarin staan de basispremies 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.

## 11. Collectieve verzekeringen

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.

### Uitleg

1. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.: Risicodraagster van onze ONVZ Vrije Keuze en Bewuste Keuze Basisverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregisternummer 30135168, AFM-nummer 12000633), gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Internet: [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl)
2. ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.: Risicodraagster van onze aanvullende en andere verzekeringen is ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregisternummer 30209308, AFM-nummer 12001024), gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Internet: [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl)



### ● 2. Ik word klant van ONVZ

**Wilt u klant worden van ONVZ? Van harte welkom! Wisselen van zorgverzekeraar kan altijd per 1 januari. En gaat gemakkelijk met onze overstapservice.**

#### ● Een verzekering afsluiten of aanvragen

##### 12. Via onze site of een verzekeringsadviseur

U sluit de Bewuste Keuze Basisverzekering of een aanvullende (tand)verzekering van ONVZ zelf af op onze site. Afsluiten kan ook via uw verzekeringsadviseur of een vergelijkingssite.

##### 13. Een aanvullende verzekering afsluiten

Een aanvullende verzekering afsluiten kan alleen als u ook de Bewuste Keuze Basisverzekering afsluit, of als u de Bewuste Keuze Basisverzekering heeft.

##### 13. Een aanvullende verzekering afsluiten

Een aanvullende verzekering afsluiten kan alleen als u ook de Bewuste Keuze Basisverzekering afsluit, of als u de Bewuste Keuze Basisverzekering heeft. De modules Bewuste Keuze Fysio en Bewuste Keuze Alternatief kunt u alleen afsluiten als u ook een Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra afsluit, of als u Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra heeft.

##### 14. Aanvullende verzekeringen voor kinderen

Een aanvullende verzekering voor uw kind? Dat kan. Dit kan geen hogere verzekering zijn dan die van u, uw partner of een andere verzekerde van 18 jaar of ouder die op dezelfde zorgpolis staat.

En het kan geen Bewuste Keuze Tand zijn, want zorg van de tandarts valt tot 18 jaar onder de Bewuste Keuze Basisverzekering.

Bij Bewuste Keuze Op Reis geldt: u of uw partner moet deze verzekering hebben.

#### ● Wanneer uw verzekering ingaat

##### 15. Op de zorgpolis staat wanneer uw verzekering ingaat

##### 16. Ingangsdatum basisverzekering

De Bewuste Keuze Basisverzekering gaat meestal in op 1 januari van het volgende jaar. Maar niet altijd. Hieronder zetten wij het voor u op een rij.

Let op: als uw aanvraag niet volledig is, dan gaat de Bewuste Keuze Basisverzekering pas in wanneer wij alle gegevens hebben ontvangen.

**Stapt u voor 31 december over naar ONVZ?** Dan zorgen wij dat uw Bewuste Keuze Basisverzekering op 1 januari ingaat. Zijn er geen bijzondere omstandigheden? Dan sluiten de basisverzekering die u nu heeft en uw nieuwe basisverzekering op elkaar aan.

**Sluit u voor 1 februari de Bewuste Keuze Basisverzekering af?** En heeft u uw huidige basisverzekering ergens anders vóór 1 januari opgezegd? Ook dan gaat uw basisverzekering bij ons in op 1 januari.

## Algemene regels ONVZ Bewuste Keuze

**Wordt u 18 jaar en sluit u 1 of meer eigen verzekeringen af?** Dan gaan deze in op de 1e dag van de maand na de maand dat u 18 jaar wordt. Behalve de ONVZ Bewuste Keuze Tand. Als u al bij ons verzekerd bent, gaat die in op de dag dat u 18 jaar wordt. Want de meeste zorg van de tandarts valt dan niet meer onder de basisverzekering.

U moet de verzekeringen wel aanvragen voordat u 18 jaar wordt.

**Heeft u nog geen basisverzekering?** En moet u deze (volgens de Zorgverzekeringswet) wel hebben? Bijvoorbeeld omdat u in het buitenland werkte en in Nederland komt werken.

Als u de Bewuste Keuze Basisverzekering afsluit binnen 4 maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben, dan is de ingangsdatum de 1e dag waarop u verzekerd moest zijn. Sluit u de Bewuste Keuze Basisverzekering af 4 of meer maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben? Dan is de ingangsdatum de dag dat wij uw volledige aanvraag ontvangen hebben.

**Wisselt u van werkgever?** En kunt u daardoor naar een andere collectieve verzekering overstappen? Als die andere collectieve verzekering bij ONVZ loopt, kunt u:

- tussentijds naar ons overstappen, of
- tussentijds van de ene naar de andere collectieve verzekering bij ons overstappen

Uw nieuwe dienstverband moet wel direct aansluiten op uw vorige. En u moet uw huidige collectieve verzekering op tijd opzeggen. Dat kan tot 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband ingaat. Uw nieuwe collectieve verzekering gaat dan in op de 1e dag van de maand ná de maand waarin u heeft opgezegd. Zegt u te laat op? Of sluiten uw dienstverbanden niet op elkaar aan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar naar ons overstappen.

**Is dit allemaal niet van toepassing?** Dan gaat de Bewuste Keuze Basisverzekering in op de dag waarop wij uw aanvraag hebben ontvangen. De ingangsdatum kan ook later zijn als de verzekerde nog verzekerd is op een andere basisverzekering.

### Overstapservice

Stapt u over naar ONVZ? Onze overstapservice regelt het voor u. Als u bij ons de Bewuste Keuze Basisverzekering aanvraagt, zeggen wij uw huidige basisverzekering voor u op. Vraagt u ook een aanvullende verzekering bij ons aan? Dan kunnen wij uw huidige aanvullende verzekering ook voor u opzeggen. Dat doen wij pas als uw aanvullende verzekering bij ons afgesloten is.

## 17. Ingangsdatum aanvullende verzekeringen

Vraagt u met de Bewuste Keuze Basisverzekering ook een aanvullende verzekering aan? Of wilt u een andere aanvullende verzekering dan u nu heeft? Voor de ingangsdatum van de aanvullende verzekeringen gelden dezelfde regels als voor de Bewuste Keuze Basisverzekering. Die staan in algemene regel 16.

## ● Wat verder belangrijk is

### 18. Bedenktijd

Bij een nieuwe verzekering heeft u 14 dagen bedenktijd. De bedenktijd gaat in op de dag dat u de zorgpolis ontvangt. Of dat u bericht heeft ontvangen dat de polis in de Mijn-omgeving staat. U kunt zonder reden opzeggen. Er bestaat dan geen recht op vergoeding van zorg en diensten. Betaalde premies krijgt u terug.

### **19. Vereniging ONVZ**

Sluit u de Bewuste Keuze Basisverzekering af? Dan kunt u lid worden van de Vereniging ONVZ. Deze vereniging heeft een belangrijke stem binnen ONVZ. Iedere hoofdverzekerde kan maar 1 keer lid zijn. Ook al sluit die voor meer personen een basisverzekering van ONVZ af. Het lidmaatschap stopt als uw Bewuste Keuze Basisverzekering eindigt.

### **20. Wij reageren via het kanaal dat u gebruikt**

Stuurt u ons een e-mail, bericht op social media of chatbericht? Dan reageren wij ook op die manier. Soms kan dat niet, bijvoorbeeld door privacyregels. En soms wilt u dat niet. Dan reageren wij via een andere weg. Als u via onze site contact opneemt, bellen wij u terug of sturen wij een e-mail.

### ● 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

**U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op (vergoeding van) zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.**

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing? Of geldt er een eigen bijdrage?

#### ● Ik heb zorg nodig

##### 21. Vergoeding meestal aan de zorgverlener

Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt dan meestal rechtstreeks aan de zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen contract hebben? Dan geldt een maximale vergoeding. Die is meestal lager dan de rekening van de zorgverlener. Voor de rest krijgt u nog een rekening van de zorgverlener.

Soms stuurt de zorgverlener de rekening naar u. Dan betaalt u de hele rekening aan uw zorgverlener en vraagt u ons zelf om vergoeding.

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.

##### 22. Lees de algemene regels en de vergoedingen

Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan. Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site 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.

##### 23. Vergoeding alleen als de verzekering loopt

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 met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

## 24. Wij vergoeden doelmatige zorg

**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 moet steeds passende zorg zijn die voldoet aan de professionele standaard<sup>1</sup> 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.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

## 25. Let op of de zorgverlener een contract met ons heeft

Wij vergoeden de zorg van zorgverleners met wie wij een contract hebben volledig. Kijk daarom altijd eerst of de zorgverlener een contract met ons heeft. U vindt de gecontracteerde zorgverleners in onze [Zorgzoeker](#) op de site.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2025? Dan kunt u de lopende behandeling afmaken bij die zorgverlener. Gaat het om chronische zorg? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering de zorg nog gedurende een redelijke overgangperiode, maar maximaal 1 jaar. Dit geldt niet voor zorg uit de aanvullende verzekering.

Kiest u voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? En is dat geen huisarts of tandarts? Dan gelden [maximale vergoedingen](#). Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u dit deel zelf betalen.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het [reglement Zvw-pgb](#).

### **Hardheidsclausule**

Als u vindt dat de maximale vergoeding voor een zorgverlener zonder contract u verhindert bij het vinden van een geschikte zorgverlener dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. U moet dan aangeven waarom de vergoeding uw keuze zou verhinderen. Dit geldt niet als u gebruik maakt van het Zvw-pgb of voor zorg uit de aanvullende verzekering.

## 26. Vergoeding bij acute zorg, huisarts of tandarts

Voor acute zorg en zorg van huisarts en tandarts vergoeden wij maximaal de wettelijke of de marktconforme prijs.

Heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaald dat voor zorg een vaste prijs geldt, of een maximumprijs? Dan vergoeden wij die vaste prijs, of niet meer dan de maximumprijs.

Is er geen vaste of maximumprijs van de NZa? 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. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij medisch-specialistische zorg 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.

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

### **27. Wettelijke eigen bijdragen**

Voor sommige zorg van de basisverzekering (zoals kraamzorg, sommige geneesmiddelen of een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage. Dat is het bedrag dat u zelf moet betalen voor de zorg. Wij noemen die hierna eigen bijdrage. De overheid bepaalt deze eigen bijdrage.

Krijgt u een maximale vergoeding omdat een zorgverlener geen contract met ons heeft? Dan komt de eigen bijdrage bovenop de eventuele bijbetaling.

### **28. Verplicht eigen risico vanaf 18 jaar**

U betaalt ook het verplichte eigen risico. De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. Voor 2025 is het bedrag € 385. Dit deel van uw zorgkosten betaalt u zelf. Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering.

U betaalt alleen eigen risico over het bedrag dat wij vergoeden. U betaalt dus geen eigen risico over de eigen bijdrage. Of over een eventuele bijbetaling als u een zorgverlener kiest waarmee we geen contract hebben. Dit werkt zo. Als wij een rekening krijgen, halen we daar eerst de eigen bijdrage en een eventuele bijbetaling vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico.

Bij geneesmiddelen werkt dit anders. Als u de maximale eigen bijdrage van € 250 heeft betaald, vergoedt de basisverzekering de rest. Voor die kosten geldt dan wel het eigen risico.

### **29. Verplicht eigen risico als u 18 jaar wordt**

Het eigen risico gaat in op de 1e dag van de maand na die waarin u 18 jaar wordt. Onder de 18 en in de maand van de 18e verjaardag geldt het eigen risico niet.

### **30. Vrijwillig eigen risico**

U kunt bovenop het verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. Ook dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. U krijgt dan wel korting op de premie. In de premietabel staat welke bedragen u kunt kiezen als vrijwillig eigen risico. Met de korting. Wij verrekenen zorgkosten eerst met het verplichte en dan met het vrijwillig eigen risico.

### **31. Vrijwillig eigen risico als u 18 jaar wordt**

Wordt u 18 jaar en wilt u een vrijwillig eigen risico? Dan moet u dat aan ons doorgeven binnen 30 dagen nadat u 18 jaar bent geworden. Doet u dat niet, dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Tot dan geldt alleen het verplichte eigen risico.

## 32. Voor sommige zorg geen eigen risico

Het verplicht of vrijwillig eigen risico geldt niet voor:

- huisartsenzorg. Maar het eigen risico geldt wel voor onderzoek of behandeling buiten de huisartsenpraktijk, als de huisarts het voorschrijft en de kosten apart in rekening worden gebracht
- zorg van de huisarts, samen met andere zorgverleners, bij chronische aandoeningen
- verpleging en verzorging. Maar het eigen risico geldt wel bij eerstelijns verblijf
- voetzorg bij een verhoogd risico op wondjes en zweren aan uw voeten (voetulcera) door een aandoening of na een medische behandeling
- programma's voor stoppen met roken
- gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht
- medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik van geneesmiddelen op recept door de apotheek. Maar het eigen risico geldt wel voor de geneesmiddelen zelf
- specifiek aangewezen geneesmiddelen op onze [lijst voorkeursgeneesmiddelen](#). Maar het eigen risico geldt wel voor de dienstverlening van de apotheek die daarbij hoort, zoals de terhandstellingskosten of een begeleidingsgesprek
- verloskundige zorg en kraamzorg. Maar het eigen risico geldt wel voor zorg die daarmee te maken heeft, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer
- plaatsen en verwijderen spiraaltje door verloskundige
- verkennend gesprek (geneeskundige ggz)
- hulpmiddelen in bruikleen. Maar het eigen risico geldt wel voor verbruiksartikelen voor deze hulpmiddelen en kosten van gebruik
- zorg voor u als orgaan- of weefseldonor, als de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar) voorbij is
- vervoerskosten die u als orgaan- of weefseldonor maakt tijdens de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar)
- samenwerking tussen zorgaanbieders of zorgaanbieders en andere partijen rond zorg en diensten die de basisverzekering vergoedt, als die samenwerking algemeen is en niet alleen gaat over zorg en diensten die u krijgt
- zorg die de aanvullende verzekeringen vergoeden

## 33. Eigen risico per kalenderjaar

Declareert u of uw zorgverlener zorg die onder het eigen risico valt? 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.

## 34. Eigen risico als de rekening veel later komt

Maakt u in 2025 zorgkosten? En stuurt uw zorgverlener ons de rekening pas in 2027 of later? Dan brengen we het verplichte eigen risico niet in rekening. Behalve als het aan u ligt dat wij de rekening niet eerder ontvingen. Dan kunnen wij het eigen risico wel in rekening brengen.

## 35. Eigen risico als u een deel van het jaar verzekerd bent

Bent u een deel van het jaar bij ons verzekerd? Dan passen wij het verplichte en vrijwillige eigen risico en de maximale eigen bijdrage voor geneesmiddelen 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.

## Algemene regels ONVZ Bewuste Keuze

Wordt u in de loop van het jaar 18? Ook dan passen wij het eigen risico aan. Maar niet de eigen bijdrage voor geneesmiddelen. Want die geldt ook onder de 18.

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 € 385: € 350,19. We ronden dat af op € 350.

### • Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

#### 36. Vergoeding volgens andere wetten

Soms moet u voor zorg of hulp naar het zorgkantoor of de gemeente. Dan vergoeden onze Bewuste Keuze Basisverzekering en aanvullende verzekeringen de zorg of hulp niet. Ook niet als u de zorg of hulp van zorgkantoor of gemeente niet voldoende vindt.

Het gaat onder meer om:

- intensieve zorg (Wet langdurige zorg, Wlz)
- ondersteuning om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Wmo)
- zorg en hulp voor jongeren (Jeugdwet)

#### 37. Wat de basisverzekering niet vergoedt

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende zorg en diensten ook niet.

- Eigen bijdragen volgens de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Jeugdwet
- Eigen bijdragen voor bevolkingsonderzoek
- Keuringen (bijvoorbeeld aanstellings- en rijbewijskeuringen)
- Doktersverklaringen
- De griepvaccinatie
- Geneesmiddelen tegen ziekte op reis. Bewuste Keuze Extra vergoedt deze middelen wel, tot een maximaal bedrag
- Alternatieve geneeswijzen. De module Bewuste Keuze Alternatief vergoedt deze zorg wel, tot een maximaal bedrag
- Kosten voor niet of te laat betalen van rekeningen
- Niet nagekomen afspraken (no-show)
- Schade door (burger)oorlog, opstand en andere conflicten die hierop lijken in Nederland
- Activiteiten om een bepaald sportniveau te bereiken. Of sportprestaties te verbeteren

#### 38. Terrorisme

Bij zorg door terrorisme<sup>2</sup> 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.

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



### 39. Extra vergoeding van de overheid

De overheid kan in bijzondere situaties (bijvoorbeeld bij natuurrampen) een deel van de zorg vergoeden.

### 40. Als u meer verzekeringen heeft

Voor de aanvullende verzekeringen gelden de volgende 2 beperkingen. Meestal merkt u hier niets van. Verzekeraars lossen dit zoveel mogelijk samen op.

1. **De aanvullende verzekering vergoedt niet voor het deel waarvoor een andere regeling geldt.** De aanvullende 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. **De aanvullende verzekering vergoedt niet bij samenloop.** Samenloop betekent dat zorg of zorgkosten onder 2 of meer regelingen vallen. Of onder die andere regeling zou vallen, als de aanvullende verzekering niet bestond. Het maakt niet uit of de andere regeling eerder of later is ingegaan.

### 41. Wat wij ook niet vergoeden

Tot slot vergoeden wij ook niet in de volgende situaties.

#### Zorg binnen de familie

Onze Bewuste Keuze Basisverzekering en aanvullende verzekeringen vergoeden geen 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.

#### Niet-gecontracteerde zorg

Soms beperken wij de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Dat staat in algemene regel 25. Krijgt u die zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben? Dan krijgt u een maximale vergoeding. Onze aanvullende verzekeringen vergoeden de kosten boven die maximale vergoeding niet.

Dat is ook zo, als u niet de Bewuste Keuze Basisverzekering heeft, maar een andere basisverzekering. Het gedeelte van de zorgkosten dat u dan zelf moet betalen omdat u naar een zorgverlener zonder contract gaat, vergoeden onze aanvullende verzekeringen niet.

#### Opzet of roekeloosheid

Onze aanvullende verzekeringen vergoeden ook geen zorg of diensten die nodig is/zijn als gevolg van uw opzet of roekeloosheid.

#### Soms ook uitsluiting in de vergoeding

In de vergoedingen staan soms aanvullende uitsluitingen. Dan vergoeden wij ook niet.

### ● 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.

### 42. Uw zorgverlener dient de rekening in

Veel zorgverleners dienen de rekening elektronisch bij ons in. Wij betalen 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 gaat u ermee akkoord dat wij zelf het verschil bij de zorgverlener terugvragen.

Een zorgverlener met wie wij geen contract hebben, stuurt u soms nog een rekening van het deel dat wij niet vergoeden. Die moet u zelf aan de zorgverlener betalen. Stuurt de zorgverlener de hele rekening naar u? Dan kunt u die rekening bij ons indienen.

### 43. Soms moet u zorgkosten terugbetalen

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 uw verzekering 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.

### 44. Als u zelf de rekening indient

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

**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.

**Rekeningen die u indient moeten duidelijk en volledig zijn.** Er moet onder andere 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.

**Als u de rekening digitaal indient, moet u het origineel nog 1 jaar bewaren.** U kunt de rekening via de ONVZ app of onze site indienen. Maar dan moet u de originele rekening vanaf dat moment nog 1 jaar bewaren. En die aan ons sturen als wij die bij u opvragen.

Wij betalen de vergoeding bijna altijd aan u. Maar betalen wij de vergoeding rechtstreeks aan uw zorgverlener en betalen wij meer dan waarop u recht heeft? Dan gaat u ermee akkoord dat wij zelf het verschil bij de zorgverlener terugvragen.

### 45. Controle

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. Als wij de rekening rechtstreeks aan uw zorgverlener hebben betaald, vragen wij uw zorgverlener om terug te betalen. U gaat daarmee akkoord.

## ● Ik betaal premie

### 46. Premiebetaling vooraf

De hoofdverzekerde moet de premies voor de verzekeringen steeds vooraf betalen. U kunt per maand, kwartaal, half jaar of jaar betalen.

### 47. Premie voor kinderen

Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u geen premie voor de verzekeringen van ONVZ. U gaat premie betalen vanaf de 1e maand na de 18e verjaardag.

### 48. Korting op uw premie

U betaalt de basispremie. Daar kunnen nog kortingen vanaf gaan. De basispremie 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 vrijwillig eigen risico kiest

Korting op de premie van de aanvullende verzekeringen krijgt u als deelnemer aan:

- de collectiviteit van Vereniging ONVZ
- een andere collectiviteit die de aanvullende verzekering(en) met korting aanbiedt

### 49. Toeslag op uw premie

Combineert u onze aanvullende verzekering(en) niet met een Bewuste Keuze Basisverzekering? Dan betaalt u een toeslag. In de [premietabel](#) staan de premies en de toeslagen.

Woont u in het buitenland? Daar geldt soms een heffing of belasting op de premie. Deze berekenen wij aan u door.

### 50. Premie over een deel van de maand

Start of stopt uw verzekering in de loop van een maand? Dan berekenen wij de premie over een deel van 1 maand. Daarbij stellen wij 1 maand op 30 dagen.

### 51. Als u premie niet (op tijd) betaalt

Betaalt u de premie van de Bewuste Keuze Basisverzekering niet (op tijd)? Dan geldt de volgende regeling. Wat geldt voor aanvullende verzekeringen staat in algemene regel 73.

#### 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.

#### Premieachterstand van 2 maandpremies

Heeft u een premieachterstand die overeenkomt met 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om die te accepteren. Als u de regeling niet accepteert, krijgt u informatie over de gevolgen daarvan.

Heeft u anderen verzekerd en is er voor hen (ook) een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten hierover aan u. En ze kunnen dan zelf een basisverzekering afsluiten.

#### Premieachterstand van 4 maandpremies

Bij een premieachterstand die overeenkomt met 4 maandpremies ontvangt u een waarschuwing. Dat we u bij het CAK aanmelden voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie als u een betalingsachterstand van 6 maandpremies heeft. Dat doen we niet als u:

- alsnog een betalingsregeling accepteert
- ons binnen maximaal 4 weken na de waarschuwing laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij ons. Of dat de premieachterstand niet juist is berekend. U ontvangt bericht van ons of wij dit met u eens zijn. Zijn wij het niet eens? Dan kunt u uw bezwaar voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de burgerlijke rechter. Informatie over het indienen van een klacht bij de SKGZ staat in algemene regels 78 en 79. Als u dat doet binnen 4 weken nadat u bericht van ons heeft ontvangen, melden wij u in ieder geval niet aan bij het CAK tot de SKGZ of de rechter heeft beslist

### **Premieachterstand van 6 maandpremies**

Bij een premieachterstand die overeenkomt met 6 maandpremies of meer melden wij u aan bij het CAK voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie. U moet dan de bestuursrechtelijke premie aan het CAK gaan betalen. Die premie is (veel) hoger dan de premie bij ons. Als u de bestuursrechtelijke premie moet betalen, hoeft u ons geen premie te betalen.

We melden u niet aan als u de zaak heeft voorgelegd aan de SKGZ of de rechter zoals hierboven vermeld.

Of als u zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en een contract heeft gesloten om uw schulden te regelen.

### **Afmelding bij het CAK**

Wij melden u af bij het CAK als u alle kosten heeft betaald. Dat is het totaal van de verschuldigde premies, de door ons voorgesloten zorgkosten of onterechte vergoedingen én de incasso- en proceskosten.

Als wij u hebben afgemeld bij het CAK, stopt het betalen van de bestuursrechtelijke premie. En betaalt u weer premie aan ons.

### **Geen bestuursrechtelijke premie**

U hoeft de bestuursrechtelijke premie aan het CAK niet (meer) te betalen als:

- de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op u van toepassing is
- u deelneemt aan een schuldenregeling via een professionele schuldhulpverlener en wij hieraan deelnemen
- wij met u een betalingsregeling zijn aangegaan

## **52. Verplichte premiebetaling per maand**

Betaalt u premie per kwartaal, per half jaar of per jaar en betaalt u niet (op tijd)? Dan kunnen wij bepalen dat u per maand moet betalen. De premiekorting voor betaling per kwartaal, half jaar of jaar vervalt dan.

Dit geldt voor uw Bewuste Keuze Basisverzekering en aanvullende verzekering(en).

## **53. Als u andere kosten niet (op tijd) betaalt**

Betaalt u door ons voorgesloten zorgkosten (waaronder eigen risico of eigen bijdragen) of onterechte vergoedingen niet (op tijd)? Dan geldt voor de Bewuste Keuze Basisverzekering het volgende.

### **Verrekenen met wat u van ons tegoed heeft**

Wij hebben het recht om de voorgesloten kosten en onterechte vergoedingen te 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.

### **Wij bieden u een betalingsregeling aan**

Heeft u een betalingsachterstand van de voorgesloten kosten en onterechte vergoedingen? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan.

Wat geldt voor de aanvullende verzekering staat in algemene regel 73.

### 54. Incassokosten

Als u premie, voorgeschoten kosten of onterechte vergoedingen moet (terug)betalen, noemen wij dat een vordering. Moeten wij kosten maken voor de incasso van onze vordering? Dan komen die kosten voor uw rekening, tot het wettelijk toegestane of gemaximeerde bedrag. Dit kunnen kosten van een rechtszaak zijn, maar ook kosten die wij moeten maken zonder tussenkomst van een rechter (buitengerechterlijke incassokosten). Bijvoorbeeld kosten van een incassobureau. Het bedrag van deze buitengerechterlijke incassokosten stellen wij vast volgens de Wet normering buitengerechterlijke incassokosten en het bijbehorende Besluit met een minimum van € 40. U bent die kosten verschuldigd vanaf het moment dat u uw verplichting niet nakomt. Gaat het om kosten van een rechtszaak en krijgen wij in die rechtszaak gelijk? Dan bepaalt de rechter de hoogte van de gerechtelijke kosten. Die moet u betalen bovenop het bedrag van de vordering en de buitengerechterlijke kosten.

### 54. Detentie

Tijdens detentie worden uw verzekeringen opgeschort. De overheid regelt dan uw zorg. U kunt bij ons dan geen aanspraak maken op vergoeding van zorg. En u hoeft ook geen premie te betalen. U moet 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

### 55. Meewerken bij aanvragen, controle of onderzoek

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.

### 56. Melden belangrijke veranderingen

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(en) 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 niet langer verplicht om een basisverzekering te hebben

Doet u dit niet, dan kan het zijn dat u rekeningen niet vergoed krijgt. Of ons vergoedingen moet terugbetalen.

### 57. Aansprakelijkheid van anderen

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

### 58. Persoonsgegevens

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.

### 59. Burgerservicenummer (BSN)

Wij moeten uw BSN in onze administratie opnemen. Wij moeten het ook gebruiken bij contacten met zorgverleners.

### 60. Waarvoor wij uw gegevens gebruiken

Wij gebruiken uw gegevens, opgenomen telefoongesprekken en chatgeschiedenis:

- om uw verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
- voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
- 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.

Wij gebruiken uw gegevens ook voor marketing. Dat geldt niet voor medische gegevens, opgenomen telefoongesprekken en chatgeschiedenis.

Meer informatie hierover staat in ons [privacy statement](#). Ook over uw rechten.

### 61. Stichting CIS

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](http://www.stichtingcis.nl).

### 62. Uitwisselen persoonsgegevens

Om uw verzekeringen 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.

Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij na of u (nog) recht op premiekorting heeft.

### 63. Marketing

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.

## • Wijzigen van de verzekering

### 64. Overstappen van aanvullende verzekering

Stapt u over naar een andere aanvullende verzekering van ONVZ? Dan tellen zorgkosten die de oude aanvullende verzekering heeft vergoed mee voor de maximale vergoeding van de nieuwe aanvullende verzekering. Dat geldt dus ook als u wisselt tussen aanvullende verzekeringen van ONVZ Vrije Keuze en ONVZ Bewuste Keuze. Of tussen aanvullende verzekeringen van ONVZ en die van VvAA.

### 65. Wij kunnen de verzekering wijzigen

Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen wijzigen. Zowel voor de Bewuste Keuze Basisverzekering als voor de aanvullende verzekeringen. De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen, gaat de nieuwe premie na 7 weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in algemene regel 66.

#### 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](#)
2. Terrorisme: 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

### ● 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

##### 66. U zegt de verzekering op

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 de bedenktijd van algemene regel 18 nog niet om is
- als u van werkgever verandert en 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. De opzegging gaat in op de 1e dag van de volgende maand. Anders loopt de oude verzekering nog door tot 1 januari van het volgende jaar. De korting van de collectieve verzekering geldt dan niet meer
- als de hoofdverzekerde iemand anders verzekerd heeft en deze verzekerde een nieuwe verzekering krijgt. Bijvoorbeeld bij scheiding. De oude verzekering eindigt op het moment dat de nieuwe verzekering ingaat. De opzegging moet wel op dat moment bij ons binnen zijn. Anders loopt de oude verzekering nog door in de maand waarin wij de opzegging ontvangen en de maand daarna
- als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 65. 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

Een aanvullende tandverzekering kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen als u in een Wlz-instelling verblijft en in die instelling behandeling krijgt. De tandverzekering eindigt dan op de 1e dag van de maand volgend op die waarin wij de opzegging hebben ontvangen.

##### 67. Opzeggen basisverzekering via CAK

Als het CAK u bij ons heeft verzekerd, kunt u de eerste 12 maanden niet opzeggen. Daarna wel, ook tijdens het jaar. Het CAK is een organisatie van de overheid. Die kijkt wie geen basisverzekering heeft, maar er wel een moet hebben. Als het nodig is, sluit het CAK dan een basisverzekering voor u af. En kiest zelf de verzekeraar.

U kunt die verzekering binnen 14 dagen opzeggen als u laat zien dat u wél een basisverzekering had.



- **Soms eindigt de basisverzekering van ONVZ zonder opzegging**

### **68. Geen recht op de basisverzekering**

Blijkt na het afsluiten van een Bewuste Keuze Basisverzekering dat u hier geen recht op heeft? Dan eindigt de Bewuste Keuze Basisverzekering vanaf de ingangsdatum. Of de datum waarop u er geen recht meer op had. U heeft bijvoorbeeld geen recht op een Bewuste Keuze Basisverzekering als u werkt in een ander EU-land. Dan moet u in dat land een zorgverzekering afsluiten.

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.

### **69. Beëindiging bij overlijden**

De verzekeringen eindigen op de dag nadat verzekerde is overleden. Teveel betaalde premie betalen wij terug of verrekenen wij.

### **70. Als onze vergunning wordt ingetrokken**

De Bewuste Keuze Basisverzekering eindigt ook als onze vergunning als schadeverzekeraar zou worden ingetrokken. U krijgt daarvan minimaal 2 maanden vooraf bericht.

- **Soms beëindigen wij de verzekering**

### **71. Wijzigen aanvullende verzekering van kinderen**

Verlaagt u of uw partner de aanvullende verzekering? Dan verlagen wij ook de aanvullende verzekeringen van de kinderen. Beëindigt u of uw partner de aanvullende verzekering? Of doen wij dat? Dan beëindigen wij ook de aanvullende verzekeringen van de kinderen. Wij verlagen of beëindigen niet als er een verzekerde van 18 jaar of ouder is op dezelfde polis met een gelijke of hogere aanvullende verzekering dan de kinderen.

### **72. Beëindigen verzekering**

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en) als uw Bewuste Keuze Basisverzekering eindigt omdat u geen recht meer heeft op een (Nederlandse of buitenlandse) basisverzekering.

Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering. Zowel met een basisverzekering als met een aanvullende verzekering. Als u die verzekering heeft, dan beëindigen wij die. Of vervangen die door een andere verzekering. De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht. Die kan op dat moment de verzekering opzeggen of een andere verzekering bij ons sluiten.

Beëindigt u de Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra? Of doen wij dat? Dan beëindigen wij ook de modules Bewuste Keuze Fysio en Bewuste Keuze Alternatief als u die had.

### **73. Beëindigen aanvullende verzekering als u niet (op tijd) betaalt**

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Voor wij uw verzekering(en) 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.

## **Aanmaning**

Als u de premie niet (op tijd) betaalt, sturen wij u een aanmaning. Dat doen wij ook als u zorgkosten die wij hebben voorgesloten, niet (op tijd) terugbetaalt.

## **Beëindiging**

Betaalt u het openstaande bedrag niet (op tijd)? Dan kunnen wij uw aanvullende verzekering(en) beëindigen. Dat doen wij dan vanaf de datum waarop u de premie of kosten had moeten betalen.

## **74. Bedreiging of intimidatie**

Wij kunnen de verzekering(en) ook beëindigen als u onze medewerkers bedreigt of intimideert. Of als u onze eigendommen beschadigt.

## ● **Als u fraudeert**

### **75. Fraude**

Bij fraude overtreedt u bewust een regel of u laat dit doen om er zelf beter van te worden. Of om er iemand anders beter van te laten worden. Dit is bijvoorbeeld 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

### **76. Onderzoek naar fraude**

Bij een vermoeden van fraude doen wij onderzoek. Wij houden ons aan het [Protocol Verzekeraars en Criminaliteit](#). Daarin staan afspraken van verzekeraars over het aanpakken van fraude.

### **77. Maatregelen bij fraude**

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 61 staan
- wij kunnen uw verzekering(en) met terugwerkende kracht beëindigen tot de datum van de fraude
- wij kunnen u tot 5 jaar daarna 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.

#### 78. Een klacht indienen

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:

- Postbus 392  
3990 GD Houten
- e-mail: [klachtenservice@onvz.nl](mailto:klachtenservice@onvz.nl)
- het klachtenformulier op [onvz.nl/contact](https://onvz.nl/contact)

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.

#### 79. Met uw klacht naar de SKGZ

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 als volgt.

Eerst probeert de Ombudsman Zorgverzekeringen uw klacht op te lossen door bemiddeling. Lukt dat niet? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Meer informatie vindt u op de site [skgz.nl/procedure](https://skgz.nl/procedure). Daar staat ook hoe u uw klacht bij de SKGZ kunt indienen.

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

**Heeft u een reactie van ons gekregen?** U kunt uw klacht tot 1 jaar na onze reactie indienen bij de Ombudsman.

**Hebben wij niet gereageerd?** U kunt uw klacht tot 1 jaar na uw vraag aan ONVZ indienen bij de Ombudsman.

**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.

**Wilt u uw klacht direct aan de Geschillencommissie voorleggen?** Dan gelden dezelfde termijnen als voor het indienen van een klacht bij de Ombudsman.

#### Naar de rechter kan ook

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

#### 80. Een klacht over onze formulieren

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

Informatielijn: 088 770 87 70

E-mail: [informatielijn@nza.nl](mailto:informatielijn@nza.nl)

- **Recht dat van toepassing is**

**81. De verzekeringen vallen onder Nederlands recht**

# Vergoedingen ONVZ Bewuste Keuze

## ● Inhoudsopgave

<b>Huisarts en gezond blijven</b>	<b>31</b>
Huisarts	31
Diagnostiek voor eerstelijns zorg	33
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)	35
Voetzorg	38
Psychische zorg bij de huisarts	40
Trombosedienst	42
Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht (gli)	44
Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen	46
Stoppen met roken	48
<b>Ziekenhuis en medisch specialist</b>	<b>50</b>
Medisch specialist	50
Ziekenhuisopname	53
Plastische chirurgie	56
Vruchtbaarheidsbehandelingen	59
In-vitrofertilisatie (ivf)	61
Erfelijkheidsonderzoek	64
Orgaantransplantatie en -donatie	66
Dialyse	69
Mechanische beademing	71
Voorwaardelijk toegelaten zorg	73
Second opinion	75
<b>Verpleging en verzorging</b>	<b>77</b>
Verpleging en verzorging in de eigen omgeving	77
Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)	80
Eerstelijns verblijf	82
<b>Bewegen en revalideren</b>	<b>84</b>
Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar	84
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	87
Valpreventieve beweeginterventie	91
Fysiotherapie en oefentherapie na een ongeval (vanaf 18 jaar)	93
Medisch-specialistische revalidatie	96
Geriatrische revalidatie	99
Ergotherapie	101
<b>Zwangerschap en bevalling</b>	<b>103</b>
Prenataal onderzoek	103
Zwangerschap en bevalling	105
Kraamzorg	108

<b>Medicijnen en dieet</b>	<b>111</b>
Geneesmiddelen	111
Diëtetiek (dieetadvies)	114
Dieetpreparaten	116
<b>Mond en gebit</b>	<b>118</b>
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	118
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	121
Tandheelkundige zorg na een ongeval	123
Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar	126
Fronttandvervanging	129
Kaakchirurgie vanaf 18 jaar	131
Bijzondere tandheeskunde	133
<b>Psychische zorg</b>	<b>135</b>
Geneeskundige ggz	135
Opname voor geneeskundige ggz	138
App voor meditatie en mindfulness	141
<b>Anticonceptie</b>	<b>143</b>
Anticonceptie	143
<b>Alternatief</b>	<b>146</b>
Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg	146
<b>Horen, zien en spreken</b>	<b>148</b>
Audiologische zorg	148
Orthoptie	150
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	151
Logopedie	153
<b>Hulpmiddelen</b>	<b>155</b>
Hulpmiddelen	155
<b>Vervoer</b>	<b>157</b>
Ambulancevervoer	157
Ziekenvervoer	159
<b>Zorg in het buitenland en reizen</b>	<b>163</b>
Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen	163
Buitenland: spoedeisende zorg	165
Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg	169
Repatriëring	172
Vergoeding bij overlijden in het buitenland	174
<b>Bijzondere gevallen</b>	<b>176</b>
Vergoeding in bijzondere gevallen	176

## ● Huisarts

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt huisartsenzorg. Er zijn verschillende vormen van huisartsenzorg.

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

Die beantwoordt uw vragen, bespreekt uw klachten, laat onderzoek doen als dat nodig is en stelt een diagnose. Meestal behandelt de huisarts u zelf. Maar soms verwijst uw huisarts u door naar een andere dokter of zorgverlener.

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

In de praktijk van uw huisarts werken vaak ook andere zorgverleners, bijvoorbeeld een longverpleegkundige of een psycholoog. Die praktijkondersteuners behandelen u zelf, maar uw huisarts blijft wel verantwoordelijk.

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

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

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

Bij een levensbedreigende situatie belt u 112, maar voor andere spoedeisende vragen belt u eerst uw huisarts. Is de praktijk gesloten? Dan kunt u de huisartsenpost bellen. Soms krijgt u advies, soms vragen ze u om langs te komen. Als het nodig is, verwijst uw huisarts of de huisartsenpost u door naar de spoedeisende hulp. Gaat u hier zonder verwijzing naartoe? Dan kunt u niet altijd terecht, of moet u langer wachten.

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

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

### ● Hier kunt u terecht

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

## **Andere vergoedingen**

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

## ● **Wat u zelf betaalt**

### **Geen eigen bijdrage**

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

### **Het eigen risico**

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

## ● **Dit moet u zelf doen**

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

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

### **Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

## ● **Goed om te weten**

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

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

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

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

### **Een digitale huisarts in het weekend of vanuit het buitenland**

Heeft u klachten die door een huisarts goed te beoordelen zijn via een bericht of videobellen? Maar is het weekend of bent u in het buitenland? ONVZ biedt ook digitale huisartsenzorg aan. Mèt toegang tot uw medisch dossier van uw eigen huisarts.



### ● Diagnostiek voor eerstelijns zorg

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

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

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

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

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

#### ● Hier kunt u terecht

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

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

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

- **Andere vergoedingen**

Voor diagnostiek bij Prenataal onderzoek gelden andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders.

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**Uw eerstelijns zorgverlener moet de zorg aanvragen**

Hierboven leest u welke zorgverleners dat kunnen doen.

**Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

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

### Uitleg

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

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

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt gzsp in 3 vormen.

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

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

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

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

Bijvoorbeeld een gz-psycholoog<sup>1</sup> of psychiater.

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

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

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

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

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

## ● Hier kunt u terecht

- specialist ouderengeneeskunde
- arts voor verstandelijk gehandicapten

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

## ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

## ● Dit wordt niet vergoed

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

## ● Andere vergoedingen

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

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

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## ● Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

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

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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

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

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

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

#### **Uitleg**

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

## ● Voetzorg

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	Jaarlijkse voetcontrole Bij verhoogd risico op voetulcera: voetcontrole en voetzorg
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

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

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

### ● Hier kunt u terecht

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

### ● Dit wordt niet vergoed

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

### ● Andere vergoedingen

Orthopedische aanpassing van schoenen valt onder de vergoeding [Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen](#).

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**U heeft geen verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

**Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

**Het risicoprofiel moet op de rekening staan**

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

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

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

### ● Psychische zorg bij de huisarts

Ook bij psychische klachten is uw huisarts uw eerste aanspreekpunt.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

Uw huisarts of POH-ggz behandelt alleen lichte klachten. Bij twijfel over de aanpak van uw klachten kan dan ook de hulp worden ingeroepen van zorgverleners binnen de ggz en het sociaal domein om samen met u te bespreken hoe u het beste kunt worden geholpen. Dit heet een verkennend gesprek.

Heeft u meer of andere zorg nodig, dan kan de huisarts u doorverwijzen. Daarover leest u meer onder 'Andere vergoedingen'.

#### ● Hier kunt u terecht

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

#### ● Dit wordt niet vergoed

- bewegingsgerichte therapie
- anonieme behandeling via internet

#### ● Andere vergoedingen

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

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

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Ook het verkennend gesprek niet.

#### ● Dit moet u zelf doen

##### U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.



### **Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

### ● **Goed om te weten**

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

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

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

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

## ● Trombosedienst

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt:

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

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

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

### ● Hier kunt u terecht

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

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### ● Andere vergoedingen

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

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

#### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

#### Geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

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

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

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

#### ● **Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze**

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

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

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

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

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

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

#### **Let op!**

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

#### ● **Hier kunt u terecht**

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

#### ● **Dit wordt niet vergoed**

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

#### ● **Andere vergoedingen**

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

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

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Verwijst uw huisarts u door voor andere klachten, bijvoorbeeld naar de diëtist of psycholoog? Dan valt die zorg wel onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## ● Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

### U moet ons vooraf toestemming vragen

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

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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

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

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

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

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

Uw verwijzer blijft zo betrokken bij uw voortgang.

### Uitleg

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

### ● Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% Centrale zorgverlener met gecombineerde leefstijlinterventie (gli)
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

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

Uw kind moet aan 3 voorwaarden voldoen:

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

En de zorg moet aan 3 voorwaarden voldoen:

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

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

### ● Hier kunt u terecht

- een CZV die bij de [erkende gecombineerde leefstijlinterventies](#) staat
- een gli-begeleider die bij de [erkende gecombineerde leefstijlinterventies](#) staat

### ● Dit wordt niet vergoed

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

### • **Andere vergoedingen**

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

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

### • **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

### • **Dit moet u zelf doen**

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

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

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

In de volgende gevallen moet u ons vooraf [toestemming](#) vragen:

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

### • **Goed om te weten**

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

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

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

Het gli-programma moet effectief zijn. De behandelaar kan u daar meer over vertellen. Daarom vergoeden wij alleen door ons [erkende gecombineerde leefstijlinterventies](#).

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

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

#### **Uitleg**

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

### ● Stoppen met roken

Wilt u graag stoppen met roken of vaperen (het roken van een e-sigaret). En heeft u daar hulp bij nodig? Dan kunt u meedoen met een stoppen-met-rokenprogramma.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	Stoppen-met-rokenprogramma, met nicotinevervangers/geneesmiddelen 1 keer per kalenderjaar
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt:

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

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

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

#### ● Hier kunt u terecht

Voor korte ondersteunende adviezen:

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

Voor het stoppen-met-roken programma:

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

#### ● Andere vergoedingen

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

#### ● Wat u zelf betaalt

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

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico. Het programma niet, en ook de voorgeschreven nicotinevervangers en geneesmiddelen niet.



- **Dit moet u zelf doen**

**Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig**

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

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

**Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

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

### Uitleg

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

### ● Medisch specialist

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding De meeste ziekenhuiszorg
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt:

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

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

Behandeling in een zbc<sup>3</sup> of eigen praktijk vergoeden wij alleen als de verantwoordelijk behandelaar een medisch specialist is. In het ziekenhuis kan uw verantwoordelijke behandelaar ook een verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>4</sup> zijn.

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

#### ● Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist in:

- het ziekenhuis
- een zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>3</sup>)
- een eigen praktijk

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

#### ● Dit wordt niet vergoed

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

### • **Andere vergoedingen**

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

- [Kaakchirurgie](#)
- [Geneeskundige ggz](#)
- [Opname voor geneeskundige ggz](#)

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

### • **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### • **Dit moet u zelf doen**

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

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

Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist<sup>5</sup> zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook uw verloskundige u verwijzen. Bij acute zorg<sup>6</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

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

Voor de volgende behandelingen en onderzoeken moet u vooraf toestemming vragen:

- 1 behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg<sup>7</sup> staan
- 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](#) staan, als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben

Zonder [toestemming](#) vooraf vergoeden wij de zorg niet.

### • **Goed om te weten**

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

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

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

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

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

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

### Een second opinion kan ook

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

### Wachlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

### Let op bij zorg in het buitenland

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

#### Uitleg

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

## ● Ziekenhuisopname

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. 3 jaar
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

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

Soms hoeft u niet meer in het ziekenhuis te blijven. Maar heeft u nog wel een hoog risico op ernstige complicaties, waarbij direct medisch-specialistische zorg nodig is. Bijvoorbeeld als u CAR-T celtherapie ondergaat voor een agressieve vorm van lymfeklierkanker. Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook verblijf dichtbij het ziekenhuis, als u daar te ver vandaan woont. Daarbij is geen verpleging, verzorging of paramedische zorg nodig. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal € 91 per dag.

### ● Hier kunt u terecht

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

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

- logeershuis bij het ziekenhuis
- hotel of andere betaalde overnachting

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

## • **Andere vergoedingen**

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

- [Opname voor geneeskundige ggz](#)
- [Eerstelijns verblijf](#)
- [Medisch-specialistische revalidatie](#)
- [Geriatrische revalidatie](#)
- [Zintuiglijk gehandicaptenzorg](#)

## • **Wat u zelf betaalt**

### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • **Dit moet u zelf doen**

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

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

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

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

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

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

U moet vooraf toestemming vragen als u wordt opgenomen voor de volgende behandelingen of onderzoeken:

- 1 behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg<sup>7</sup> staan
- 2 uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie) als wij met uw zorgverlener 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](#) staan, als wij met uw zorgverlener geen contract hebben

## • **Goed om te weten**

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

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

### **Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg**

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

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

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

### Let op bij opname in het buitenland

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

#### Uitleg

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

### ● Plastische chirurgie

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding In bepaalde gevallen
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt plastische chirurgie bij:

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

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

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

#### ● Hier kunt u terecht

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

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



### ● **Zorgverlener zonder contract**

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

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

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

### ● **Dit wordt niet vergoed**

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

### ● **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● **Dit moet u zelf doen**

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

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

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

#### **Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen**

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

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

### ● **Goed om te weten**

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

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

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

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

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

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

#### **Transgenderzorg is meer dan plastische chirurgie**

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

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

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

#### **Uitleg**

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

### ● Vruchtbaarheidsbehandelingen

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tot 43 jaar</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>Bij ivf 1e, 2e en 3e poging, uit vergoeding Ivf</p>
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

Voldoet u aan de volgende 2 voorwaarden?

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

Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering:

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

Voor Ivf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze ergens anders.

#### ● Hier kunt u terecht

U kunt naar een medisch specialist in:

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

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

#### ● Dit wordt niet vergoed

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

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

## Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## ● Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

### Geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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

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

### We kijken naar de kans op zwangerschap

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

### Geneesmiddelen zitten in de kosten van het ziekenhuis

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

### Donorsperma betaalt u zelf

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

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

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

## Uitleg

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

### ● In-vitrofertilisatie (ivf)

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tot 43 jaar, 3 pogingen</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>Na doorgaande zwangerschap opnieuw 3 pogingen</p>
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

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

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

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

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

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

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

We spreken van een doorgaande zwangerschap als het embryo leeft:

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

### Er gelden leeftijdsgrenzen

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

### We kijken naar de kans op zwangerschap

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

### ● Hier kunt u terecht

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

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### ● 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

### ● Andere vergoedingen

- [Vruchtbaarheidsbehandelingen](#)

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

#### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

#### Soms moet u vooraf toestemming vragen

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

### ● Goed om te weten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Uitleg**

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

### ● Erfelijkheidsonderzoek

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

#### ● Hier kunt u terecht

- klinisch-genetisch centrum (centrum voor erfelijkheidsonderzoek) van een ziekenhuis

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

#### ● Dit wordt niet vergoed

- onderzoek om ouderschap vast te stellen

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

#### ● Dit moet u zelf doen

##### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

##### Geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.



- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

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

**Uitleg**

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

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

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

#### ● **Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze**

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Ook de meeste zorg voor de donor
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

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

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

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

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

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

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

### • Hier kunt u terecht

Weefsels en organen worden getransplanteerd in een ziekenhuis in:

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

### • Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### • Dit wordt niet vergoed

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

### • Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

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

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

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

### • Dit moet u zelf doen

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

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

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

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

### • Goed om te weten

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

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

## Ziekenhuis en medisch specialist

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

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

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

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

#### **Uitleg**

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

## ● Dialyse

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding In een instelling of bij u thuis
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

De 2 vormen van dialyse zijn:

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

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

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

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

Deze ondersteuning is onderdeel van de begeleiding vanuit het ziekenhuis of dialysecentrum. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt deze ondersteuning dan ook alleen als medisch-specialistische zorg. U kunt daarvoor geen beroep doen op de vergoeding Verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

### ● Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- dialysecentrum

- **Zorgverlener zonder contract**

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

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

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

- **Andere vergoedingen**

Bij thuisdialyse kunt u ook andere kosten vergoed krijgen. Daarvoor geldt de vergoeding [Met thuisdialyse samenhangende kosten](#).

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

**U heeft geen verwijzing nodig**

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

**Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

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

**Dialyse tijdens verblijf in het buitenland**

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

### ● Mechanische beademing

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding In een instelling of bij u thuis
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt mechanische beademing.

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

Bij beademing thuis vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering:

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

Dit krijgt u allemaal van het centrum voor thuisbeademing.

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

#### ● Hier kunt u terecht

- ziekenhuis of revalidatiecentrum
- verpleeghuis
- centrum voor thuisbeademing

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

#### ● Wat u zelf betaalt

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

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

- U heeft geen verwijzing nodig**

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

- Geen toestemming**

- U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

- De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

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



### ● Voorwaardelijk toegelaten zorg

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

### ● Hier kunt u terecht

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

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

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

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

#### **Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

### ● Goed om te weten

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

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

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

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

### **Uitleg**

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

## ● Second opinion

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

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

### ● Hier kunt u terecht

- arts die werkt in hetzelfde vakgebied als uw eigen zorgverlener

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### ● Dit wordt niet vergoed

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

### ● Andere vergoedingen

Voor een 'second opinion' over [Verpleging en verzorging in de eigen omgeving](#) geldt die vergoeding.

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

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

### • Dit moet u zelf doen

#### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

#### Geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

### • Goed om te weten

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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

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

#### De ZorgConsulent helpt u

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

### Uitleg

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

### ● Verpleging en verzorging in de eigen omgeving

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

Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Casemanagement bij dementie**

- als u met (een vermoeden van) dementie verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, dan is er vaak ook iemand nodig die dat coördineert. En die u en uw omgeving begeleidt en ondersteunt in het leven met dementie. Dat doet een casemanager. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt of casemanagement nodig is

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

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

## • Hier kunt u terecht

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

## • Zorgverlener zonder contract

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

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

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

## • Dit wordt niet vergoed

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

## • Andere vergoedingen

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

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

## • Dit moet u zelf doen

### U moet een indicatie laten stellen

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

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

U moet voor deze zorg vooraf toestemming van ons hebben:

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

## ● **Goed om te weten**

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

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

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

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

### **Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden**

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

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

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

#### **Uitleg**

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

### ● Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

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

De precieze voorwaarden staan in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2025.

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

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

#### ● Hier kunt u terecht

Dat leest u in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2025.

#### ● Dit wordt niet vergoed

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

#### ● Wat u zelf betaalt

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

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.



## • Dit moet u zelf doen

### **U moet een indicatie laten stellen**

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

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

U vraagt ons vooraf toestemming met het aanvraagformulier. Als we die goedkeuren, krijgt u een toestemmingsbrief.

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

Lees daarom vooraf goed het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2025. Daarin staat waar u allemaal aan moet denken. Meer informatie vindt u ook op www.pgb.nl.

## • Goed om te weten

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

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

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

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

### ● Eerstelijns verblijf

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding 3 maanden, langer na onze toestemming
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt eerstelijns verblijf als:

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

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

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

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

### ● Hier kunt u terecht

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

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

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### ● Dit wordt niet vergoed

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

- **Andere vergoedingen**

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

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

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Het eigen risico**

Zorg door de huisarts valt niet onder uw eigen risico. Voor het verblijf zelf, en andere zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico wel. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**U heeft een indicatie nodig**

Die indicatie krijgt u van uw huisarts of medisch specialist.

**Soms moet u vooraf toestemming vragen**

Als u langer dan 3 maanden eerstelijns verblijf nodig heeft, moet u ons vooraf toestemming vragen. Maar niet als het om zorg in de laatste levensfase gaat.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

**Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname**

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

**Uitleg**

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

### ● Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding voor: <ul style="list-style-type: none"><li>• Lijst chronische fysiotherapie</li><li>• Andere indicaties: 9 behandelingen, en na verwijzing 9 extra behandelingen</li></ul> In de lijst chronische fysiotherapie kan een maximale behandelperiode staan
<b>Start</b>	3 behandelingen of online behandeltrajecten Max. per kalenderjaar
<b>Extra</b>	6 behandelingen of online behandeltrajecten Max. per kalenderjaar
<b>Bewuste Keuze Fysio</b>	3 behandelingen of online behandeltrajecten Max. per kalenderjaar

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

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

Bewuste Keuze Start vergoedt 3 behandelingen fysio- of oefentherapie als de basisverzekering (nog) niet vergoedt. Bewuste Keuze Extra vergoedt er 6. Heeft u uw Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra uitgebreid met de module Bewuste Keuze Fysio? Dan vergoedt die module nog 3 extra behandelingen fysio- en oefentherapie.

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

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

## • Hier kunt u terecht

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

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

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

**Let op!** Uw therapeut moet een van de volgende kwaliteitsregistraties hebben:

- uw fysiotherapeut, manueel therapeut of fysiotherapeut voor kinder-, bekken-, oedeem-, geriatrische of psychosomatische fysiotherapie moet individueel geregistreerd staan in het kwaliteitsregister van [KNGF](#) of [Stichting Keurmerk Fysiotherapie](#)
- uw oefentherapeut Mensendieck of Cesar of oefentherapeut voor kinder-, bekken-, geriatrie- of psychosomatische oefentherapie moet geregistreerd staan in het [Kwaliteitsregister Paramedici](#)
- uw huidtherapeut moet lid zijn van de [Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten](#)

## • Zorgverlener zonder contract

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

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

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

## • Andere vergoedingen

- [Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar](#), behandelingen die u voor uw 18e verjaardag heeft gehad tellen wel mee voor het in die vergoeding genoemde maximum aantal behandelingen

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

## • Dit moet u zelf doen

### Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig

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

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

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

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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

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

#### Uitleg

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

### ● Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding voor behandelingen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Lijst chronische fysiotherapie: vanaf 21e</li><li>• Etalagebenen: max. 37 in 12 maanden</li><li>• Artrose heup of knie: max. 12 in 12 maanden</li><li>• COPD</li><li>• Urine-incontinentie: max. 9</li><li>• Reumatoïde artritis</li><li>• Axiale spondyloartritis: vanaf 21e uit vergoeding Voorwaardelijk toegelaten zorg</li></ul>
<b>Start</b>	3 behandelingen of online behandeltrajecten Max. per kalenderjaar
<b>Extra</b>	6 behandelingen of online behandeltrajecten Max. per kalenderjaar
<b>Bewuste Keuze Fysio</b>	3 behandelingen of online behandeltrajecten Max. per kalenderjaar

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

We leggen dit verderop uit.

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

Bewuste Keuze Start vergoedt 3 behandelingen fysio- of oefentherapie als de basisverzekering (nog) niet vergoedt. Bewuste Keuze Extra vergoedt er 6. Heeft u uw Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra uitgebreid met de module Bewuste Keuze Fysio? Dan vergoedt die module nog 3 extra behandelingen fysio- en oefentherapie.

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

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

## Meer uitleg over de Bewuste Keuze Basisverzekering.

### 1. aandoeningen lijst chronische fysiotherapie

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

### 2. etalagebenen

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

### 3. artrose in heup of knie

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

### 4. COPD

Bij COPD vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. Maar alleen als een arts heeft vastgesteld dat u COPD in GOLD<sup>3</sup>-stadium II of hoger heeft.

### 5. urine-incontinentie

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

### 6. reumatoïde artritis

Bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling.

### 7. axiale spondyloartritis

Bij axiale spondyloartritis vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering soms oefentherapie. De voorwaarden staan in Voorwaardelijk toegelaten zorg.

## • Hier kunt u terecht

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

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

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



Let op! Uw therapeut moet een van de volgende kwaliteitsregistraties hebben:

- uw fysiotherapeut, manueel therapeut of fysiotherapeut voor bekken-, oedeem-, geriatrische of psychosomatische fysiotherapie moet individueel geregistreerd staan in het kwaliteitsregister van [KNGF](#) of [Stichting Keurmerk Fysiotherapie](#)
- uw oefentherapeut Mensendieck of Cesar of oefentherapeut voor bekken-, geriatrie- of psychosomatische oefentherapie moet geregistreerd staan in het [Kwaliteitsregister Paramedici](#)
- uw huidtherapeut moet lid zijn van de [Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten](#)

## • **Zorgverlener zonder contract**

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

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

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

## • **Andere vergoedingen**

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

## • **Wat u zelf betaalt**

### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### **Het eigen risico**

Behandelingen die de basisverzekering vergoedt, vallen onder uw eigen risico. Behandelingen die Bewuste Keuze Start, Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Fysio vergoeden, vallen niet onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • **Dit moet u zelf doen**

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

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

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

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

## • **Goed om te weten**

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

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

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

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

### Uitleg

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

### ● Valpreventieve beweeginterventie

Hulp bij bewegen als u een valrisico heeft.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

Is gebleken dat u de valpreventieve beweeginterventie nodig heeft? Dan brengt uw behandelaar, een fysiotherapeut of oefentherapeut, tijdens een intake onder andere uw zorgvraag en doelen in kaart. Samen bepaalt u of een valpreventieve beweeginterventie iets voor u is.

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

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

#### Hier kunt u terecht

- een fysiotherapeut<sup>1</sup> of oefentherapeut Mensendieck of Cesar<sup>2</sup> die bij de erkende valpreventieve beweeginterventies genoemd staat

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor de valpreventieve beweeginterventie betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Het eigen risico

Voor de valpreventieve beweeginterventie geldt het eigen risico. Voor de valrisicotest en valrisicobeoordeling niet, als uw huisarts of POH ouderenzorg die doet. Zo werkt het eigen risico

#### ● Dit moet u zelf doen

##### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

##### Geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

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

**Uitleg**

1. Fysiotherapeut: Deze moet individueel geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
2. Oefentherapeut Mensendieck of Cesar: Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici

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

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

#### ● **Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze**

<b>Basisverzekering</b>	Volgens vergoeding fysiotherapie
<b>Start</b>	14 behandelingen, alleen bij gecontracteerde zorg Max. 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Extra</b>	14 behandelingen, alleen bij gecontracteerde zorg Max. 1 ongeval per kalenderjaar

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

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

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

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

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

Er gelden 6 voorwaarden:

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

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

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

### ● Hier kunt u terecht

- een gecontracteerde fysiotherapeut<sup>1</sup>
- een gecontracteerde manueel therapeut<sup>2</sup>
- een gecontracteerde oefentherapeut Mensendieck of Cesar<sup>3</sup>
- een gecontracteerde bekkenfysiotherapeut<sup>4</sup> of bekkenoefentherapeut<sup>5</sup>
- een gecontracteerde geriatriefysiotherapeut<sup>6</sup> of geriatrie-oefentherapeut<sup>7</sup>
- een gecontracteerde oedeemfysiotherapeut<sup>8</sup>
- een gecontracteerde huidtherapeut<sup>9</sup>: alleen voor oedeem- en littekentherapie
- een gecontracteerde psychosomatisch fysiotherapeut<sup>10</sup> of psychosomatisch oefentherapeut<sup>11</sup>

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

### ● Dit wordt niet vergoed

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

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

### ● Andere vergoedingen

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

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

### ● Dit moet u zelf doen

#### U heeft geen voorschrift of verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

#### U moet ons vooraf toestemming vragen

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

### ● Goed om te weten

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

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

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

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

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

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

#### **Uitleg**

1. Fysiotherapeut: Deze moet individueel geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
2. Manueel therapeut: Deze moet individueel geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
3. Oefentherapeut Mensendieck of Cesar: Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici
4. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet individueel geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Bekkenoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
6. Geriatriefysiotherapeut: Deze moet individueel geregistreerd staan als geriatriefysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
7. Geriatrie-oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatrie-oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
8. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet individueel geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
9. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en een actieve agb-code hebben
10. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet individueel geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
11. Psychosomatisch oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici

### ● Medisch-specialistische revalidatie

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Revalidatie en medisch noodzakelijke opname
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

Revalideren kan vaak in de 'eerstelijns'. Daarmee bedoelen we dat u [fysiotherapie](#), [oefentherapie](#) of [Ergotherapie](#) krijgt. Blijkt dit niet mogelijk, omdat uw situatie daarvoor te complex is? Dan kunt u een verwijzing krijgen naar de revalidatiearts.

De revalidatiearts begint met het stellen van een indicatie: de revalidatiearts bepaalt of medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is. Het zogenoemde stepped-care principe is hierbij het uitgangspunt. Dat betekent dat de revalidatiearts beoordeelt wat de meest eenvoudige behandelvorm is die helpt voor uw aandoening of klachten. Kan er bijvoorbeeld nog behandeling door de huisarts, psycholoog of fysiotherapeut, zo nodig in onderlinge samenwerking, worden ingezet? Dan kan de revalidatiearts terugverwijzen, zo mogelijk met een behandeladvies. Is aan het stepped-care principe voldaan? Dan kan medisch-specialistische revalidatie geïndiceerd zijn.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische revalidatie onder directe leiding en verantwoordelijkheid van een revalidatiearts, als bij u de indicatie voor deze zorg volgens het stepped care principe is gesteld.

Stelt de revalidatiearts vast dat u intensieve behandeling nodig heeft door een team van verschillende zorgverleners? Dan is dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dit staat dan in de indicatie.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie alleen als u ook nog aan al deze 5 voorwaarden voldoet:

1. 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
2. er is sprake van complexe samenhangende problemen op meer gebieden. Bijvoorbeeld op het gebied van mobiliteit, zelfverzorging en communicatie
3. u kunt door deze zorg zelfstandig blijven functioneren, of zoveel zelfstandigheid behouden die met uw beperkingen redelijkerwijs mogelijk is. Of u kunt bijvoorbeeld weer geheel of gedeeltelijk functioneren binnen uw gezin, school of werk
4. een revalidatiearts is eindverantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de revalidatiezorg
5. behandeling door een team van verschillende zorgverleners geeft beter resultaat om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen

Krijgt u interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en is opname noodzakelijk voor betere of snellere resultaten? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook de [opname in een ziekenhuis](#) of revalidatiecentrum<sup>1</sup>.



## ● Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- revalidatiecentrum<sup>1</sup>

## ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

## ● Andere vergoedingen

- [Fysiotherapie en oefentherapie of Ergotherapie](#) voor revalidatie in de eerstelijns
- [Geriatrische revalidatie](#) voor revalidatie voor ouderen met meer gezondheidsproblemen tegelijk

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## ● Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

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

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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

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

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

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

### **Uitleg**

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

### ● Geriatrische revalidatie

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

Geriatrische revalidatie is revalidatiezorg die een team van zorgverleners onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde verleent aan kwetsbare patiënten, met meer gezondheidsproblemen.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt geriatrische revalidatie als u

- integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg nodig heeft,
- kwetsbaar bent, bijvoorbeeld door uw leeftijd, en
- meer ingewikkelde gezondheidsproblemen tegelijk heeft.

Soms is dat na een opname in het ziekenhuis. Maar ook in de thuissituatie kunt u, bijvoorbeeld door ziekte, plotseling achteruitgaan in uw functioneren.

U krijgt zorg van een team van specialisten. Bijvoorbeeld een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een verpleegkundige. Een specialist ouderengeneeskunde stelt samen met u een behandelplan op en zorgt ervoor dat de zorg op uw situatie is afgestemd.

De revalidatie is erop gericht dat u zó herstelt of uw situatie zich zo verbetert dat u weer zoveel als mogelijk kunt meedoen in de maatschappij. Vaak werkt u eraan dat u weer terug kunt naar uw thuissituatie. Of krijgt u de revalidatie (deels) thuis. Als terugkeren naar huis niet meer kan, bespreekt uw arts of verpleegkundige andere mogelijkheden met u.

Krijgt u geriatrische revalidatie en is opname noodzakelijk voor betere of snellere resultaten? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering dat ook.

#### ● Hier kunt u terecht

- verpleeghuis, revalidatiecentrum of vergelijkbare instelling

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

#### ● Dit wordt niet vergoed

- revalidatiezorg die u nodig heeft, als u in een Wlz instelling woont en daar ook behandeling krijgt

- **Andere vergoedingen**

- Medisch-specialistische revalidatie

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**U moet een indicatie hebben**

Voordat u gaat revalideren, heeft u een indicatie nodig:

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

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

Heeft u langer geriatrische revalidatie nodig dan 6 maanden? Dan heeft u onze toestemming nodig voordat de 6e maand van uw revalidatie voorbij is. Meestal regelt de arts dit voor u.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

Hier is gebruikelijke zorg: de revalidatiezorg die specialisten ouderengeneeskunde normaal gesproken verlenen aan kwetsbare patiënten, met meerdere gezondheidsproblemen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

## ● Ergotherapie

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 uur</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> Max. per kalenderjaar
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

### ● Hier kunt u terecht

- ergotherapeut

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

#### U heeft geen verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

#### Soms moet u vooraf toestemming vragen

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

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

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

## ● Prenataal onderzoek

Wilt u tijdens uw zwangerschap laten onderzoeken of uw kindje een aangeboren afwijking heeft, zoals een open ruggetje of het syndroom van Down? Dat kan met prenataal onderzoek.

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt prenataal onderzoek, maar alleen als uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog bepaalt dat u daarvoor een medische indicatie heeft. Een medische indicatie heeft u bijvoorbeeld door verloop van een eerdere zwangerschap of erfelijke aandoening in de familie.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt dan:

- NIPT<sup>1</sup>. U kunt deze test laten doen als u tussen de 9 en 14 weken zwanger bent. Uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog vraagt de test voor u aan
- prenataal vervolgonderzoek, zoals bijvoorbeeld een vlokentest, een vruchtwaterpunctie of een uitgebreidere echo (geavanceerd ultrageluidonderzoek). De basisverzekering vergoedt dit vervolgonderzoek ook als uit de NIPT of uit een echo blijkt dat er een verhoogde kans is op een aangeboren aandoening bij uw ongeboren kindje

#### Wat vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering niet?

Voordat u prenatale onderzoeken krijgt, bespreekt uw verloskundige, huisarts of gynaecoloog de verschillende soorten onderzoek met u. En de voor- en nadelen daarvan. Dit noemen we counseling. De overheid betaalt die counseling.

Daarna kiest u zelf of u prenataal onderzoek wilt, en welke vorm.

Heeft u geen medische indicatie voor prenataal onderzoek? Dan betaalt de overheid sommige onderzoeken. Bijvoorbeeld de 20-weeken echo of een NIPT. Meer informatie hierover vindt u op een [website](#) van de overheid.

### ● Hier kunt u terecht

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

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor prenataal onderzoek betaalt u geen eigen bijdrage.

## Het eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor:

- NIPT
- geavanceerd ultrageluidsonderzoek
- vlokentest
- vruchtwaterpunctie

Het eigen risico geldt wel voor aanvullend onderzoek. Bijvoorbeeld chromosoomonderzoek dat naast de vlokentest of vruchtwaterpunctie in rekening wordt gebracht. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

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

### Geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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

Hier is gebruikelijke zorg: prenataal onderzoek dat verloskundigen en medisch specialisten normaal gesproken als onderdeel van verloskundige zorg doen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Gezonde zwangerschap? Lees onze tips

Bij een zwangerschap moet u van alles regelen. ONVZ helpt u hier graag bij. En geeft u tips en adviezen. Kijk hiervoor op onze site bij [Ik ben zwanger](#).

## Uitleg

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



### ● Zwangerschap en bevalling

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

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• soms betaalt u een eigen bijdrage</li></ul>
<b>Start</b>	Geen vergoeding
<b>Extra</b>	€ 250 voor de eigen bijdrage en extra kraamzorg, uit vergoeding Kraamzorg Max. per bevalling

#### ● Dit krijgt u vergoed

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

##### Tijdens uw zwangerschap

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

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

##### Rond uw bevalling

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

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

We leggen het uit.

##### 1. U bevalt thuis

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

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

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

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

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

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

## ● Hier kunt u terecht

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

## ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

## ● Dit wordt niet vergoed

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

## ● Andere vergoedingen

- [Prenataal onderzoek](#)
- [Kraamzorg](#)

## ● Wat u zelf betaalt

### De eigen bijdrage

Voor verloskundige zorg betaalt u geen eigen bijdrage, voor de kraamzorg wel. U betaalt een hogere eigen bijdrage als u in de polikliniek van het ziekenhuis bevalt zonder medische indicatie, of in het geboortecentrum. In andere gevallen is er een lagere eigen bijdrage voor [Kraamzorg thuis](#). [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

### Het eigen risico

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

## ● Dit moet u zelf doen

### Voor de gynaecoloog moet u vooraf een verwijzing hebben

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

### Geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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

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

## Zwangerschap en bevalling

### **Laat u niet verrassen door uw eigen bijdrage**

Bevalt u in de polikliniek van het ziekenhuis zonder medische reden? Bij 1 kind vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering dan € 261. Het tarief van de meeste ziekenhuizen ligt rond € 750. Het verschil tussen die bedragen betaalt u zelf, als eigen bijdrage. Bevalt u in een geboortecentrum? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering € 261 per dag. Blijft u langer? Dan kan uw eigen bijdrage verder oplopen.

### **Gezonde zwangerschap? Lees onze tips**

Bij een zwangerschap moet u van alles regelen. ONVZ helpt u hier graag bij. En geeft u tips en adviezen. Kijk hiervoor op onze site bij [Ik ben zwanger](#).

#### **Uitleg**

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

## ● Kraamzorg

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• u betaalt een eigen bijdrage</li></ul> <p>Volgens Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg</p>
<b>Start</b>	Geen vergoeding
<b>Extra</b>	€ 250 voor eigen bijdrage en extra kraamzorg Max. per bevalling

### ● Dit krijgt u vergoed

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

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

1. de eigen bijdrage voor kraamzorg thuis, deze is € 5,40 per uur (eigen bijdrage a)
2. de eigen bijdrage voor kraamzorg als u in de polikliniek bevult zonder medische noodzaak, of voor kraamzorg in het geboortecentrum (eigen bijdrage b). Deze bestaat uit 2 delen:
  - € 21,50 per persoon per dag (dus € 43 voor moeder en 1 kind samen)
  - de extra kosten als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 152 per persoon per dag

Bevult u van 1 kind? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering dus € 261 (2 x € 152 - € 43) per dag. De rest betaalt u zelf, als eigen bijdrage.

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

1. Bent u thuis bevallen?

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

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

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

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

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

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

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

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

Bewuste Keuze Extra vergoedt maximaal € 250 per bevalling:

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

#### ● **Hier kunt u terecht**

- kraamzorgorganisatie (thuis)
- geboortecentrum<sup>1</sup>
- ziekenhuis

#### ● **Zorgverlener zonder contract**

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

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

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

#### ● **Dit wordt niet vergoed**

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

#### ● **Wat u zelf betaalt**

##### **De eigen bijdrage**

- eigen bijdrage a van € 5,40 per uur bij kraamzorg thuis
- eigen bijdrage b zoals hierboven beschreven

Zo werkt de eigen bijdrage

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

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

#### ● **Dit moet u zelf doen**

##### **U heeft geen voorschrift of verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

##### **U moet de kraamzorg op tijd aanvragen**

Hoe dat werkt, leest u op de pagina over zwangerschap en geboorte. Komt u er niet uit? Bel dan met onze Kraamzorg Service (088 668 97 05). Zij helpen u ook met uw andere vragen over kraamzorg.

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

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

### ● **Goed om te weten**

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

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

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

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

#### **Gezonde zwangerschap? Lees onze tips**

Bij een zwangerschap moet u van alles regelen. ONVZ helpt u hier graag bij. En geeft u tips en adviezen. Kijk hiervoor op onze site bij [Ik ben zwanger](#).

#### **Uitleg**

1. Geboortecentrum: Ook wel geboortehotel of kraamhotel genoemd

## ● Geneesmiddelen

De basisverzekering vergoedt de meeste medicijnen.

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• soms betaalt u een eigen bijdrage</li><li>• volgens voorkeursbeleid</li></ul>
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

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

Wat de Bewuste Keuze Basisverzekering precies vergoedt, zetten we hieronder op een rij. En leggen we verder uit in ons reglement Farmaceutische zorg 2025. Dit reglement maakt dus ook onderdeel uit van deze vergoeding.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

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

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

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

Voor de meeste clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen uit [bijlage 1](#) wijzen wij 1 of meer specifieke geneesmiddelen aan. Dat betekent dat we voor die clusters alleen die aangewezen geneesmiddelen vergoeden. Die aangewezen geneesmiddelen vallen niet onder uw eigen risico. Maar voor de dienstverlening van de apotheek die daarbij hoort, zoals de terhandstelling of een begeleidingsgesprek, geldt uw eigen risico wel. De aangewezen geneesmiddelen staan op onze [lijst voorkeursgeneesmiddelen](#). Deze lijst kunnen wij in de loop van het jaar wijzigen of uitbreiden.

Voor enkele clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen uit [bijlage 1](#) wijzen wij alle generieke geneesmiddelen<sup>1</sup> aan. Over deze generieke geneesmiddelen betaalt u wel eigen risico. 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. U betaalt daarover dan ook altijd eigen risico.

### ● Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### ● Dit wordt niet vergoed

Dit vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering niet:

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

### ● Andere vergoedingen

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

- [vaccinaties en preventieve geneesmiddelen](#) voor uw (vakantie)reis

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

- [Dieetpreparaten](#)
- [voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen](#)
- [Anticonceptie](#)



### • Wat u zelf betaalt

#### **De eigen bijdrage**

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

#### **Het eigen risico**

Voor de specifiek aangewezen geneesmiddelen op onze lijst voorkeursgeneesmiddelen geldt geen eigen risico. Voor alle andere (aangewezen) geneesmiddelen uit de basisverzekering geldt het eigen risico wel. Het eigen risico geldt ook als de Bewuste Keuze Basisverzekering uw eigen bijdragen boven € 250 vergoedt. Zo werkt het eigen risico

### • Dit moet u zelf doen

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

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

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

De geneesmiddelen waarvoor u ons vooraf toestemming moet vragen staan in een overzicht.

### • Goed om te weten

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

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

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

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

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

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

#### **Uitleg**

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

### ● Diëtetiek (dieetadvies)

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

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 uur</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>Max. per kalenderjaar</p>
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal 3 uur diëtetiek per kalenderjaar:

1. bij overgewicht:
  - uw BMI<sup>1</sup> is minstens 30 kg/m<sup>2</sup>, of
  - uw BMI is tussen 25 en 30 kg/m<sup>2</sup> én u loopt extra risico door bijvoorbeeld een ziekte (zoals hart- en vaatziekte)
2. als er een andere medische reden is:

Heeft u een ander medisch probleem waarvoor het nodig is een diëtist te raadplegen? Dan kan de huisarts u naar de diëtist verwijzen. U kunt ook zelf zonder verwijzing naar de diëtist.

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

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

### ● Hier kunt u terecht

- diëtist

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### ● Dit wordt niet vergoed

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

### ● Andere vergoedingen

- Huisartsenzorg, voor diëtetiek als onderdeel van ketenzorg bij diabetes, hart- of vaatziekten, of COPD

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Dat geldt niet voor diëtetiek als onderdeel van ketenzorg. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**U heeft geen voorschrift of verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

**Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

Hier is gebruikelijke zorg: de diëtetiek met een medische reden die diëtisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Uitleg

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

### ● Dieetpreparaten

Kunt u met gewone of aangepaste voeding niet genoeg voedingsstoffen binnen krijgen? Bij ziekte of ondervoeding kunnen dieetpreparaten dan helpen, omdat ze een andere vorm en andere samenstelling dan normale voeding hebben.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• in bepaalde situaties</li></ul>
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt dieetpreparaten als u aan 2 voorwaarden voldoet.

Voorwaarde 1:

- u heeft een stofwisselingsstoornis, opnamestoornis (resorptiestoornis) of voedselallergie, of
- u bent ondervoed door een ziekte of er is een risico dat dit gebeurt en dit is gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument, of
- u heeft dieetpreparaten nodig volgens de richtlijnen van artsen en diëtisten

Voorwaarde 2:

- aangepaste normale voeding is niet geschikt voor u, en bijzondere dieetvoeding die in de winkel te koop is ook niet

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt dan 'polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten'. Deze termen verwijzen naar de samenstelling van het dieetpreparaat.

#### ● Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts
- gespecialiseerde leverancier

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

#### ● Dit wordt niet vergoed

- dieetpreparaten tijdens de proefperiode (de periode waarin u een dieetpreparaat probeert voordat een allergie wordt vastgesteld)
- dieetproducten, zoals glutenvrije pasta, suikervrije jam en afslankrepen, die u koopt bij een supermarkt of drogist

### • Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

### • Dit moet u zelf doen

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

Van uw huisarts, of een artsenverklaring dieetpreparaten van uw arts, medisch specialist<sup>1</sup>, verpleegkundig specialist, physician assistant<sup>2</sup> of diëtist.

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

U heeft toestemming van ons nodig 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

#### **Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat het reglement Farmaceutische zorg van toepassing is, én de algemene regels.

#### **Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die meestal de dieetpreparaten**

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

#### **Uitleg**

1. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

### ● Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Goed zorgen voor uw gebit op jonge leeftijd voorkomt problemen als u ouder bent.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% van de meeste behandelingen
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering deze tandartsbehandelingen:

- controle (preventief tandheelkundig onderzoek), 1 keer per jaar
- extra controles als die nodig zijn
- incidentele consulten
- verwijderen van tandsteen
- fluoridebehandeling van het blijvende gebit, 2 keer per jaar
- extra fluoridebehandelingen als die nodig zijn
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag)
- behandeling van tandvleesproblemen
- verdoving
- wortelkanaalbehandeling
- vullingen
- zorg bij klachten aan het kaakgewricht
- uitneembare prothetische voorzieningen (zoals een plaatje en een kunstgebit)
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve implantaten
- röntgenfoto's, behalve die voor orthodontie
- kaakoverzichtsfoto, behalve die voor orthodontie

Bij de materiaal- en techniekkosten van een kunstgebit vergoeden wij het marktconforme bedrag. In ons [overzicht materiaal- en techniekkosten](#) staat een indicatie hiervan. Zijn de materiaal- en techniekkosten van het kunstgebit hoger? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Bij de beoordeling vragen wij uw zorgverlener om een toelichting.

Is voor behandeling bij de kaakchirurg opname nodig? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook de [Ziekenhuisopname](#).

#### ● Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus
- kaakchirurg<sup>1</sup>

Wilt u naar een kaakchirurg waarmee wij geen contract hebben? Dat kan, maar wij vergoeden uw zorg dan niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

## • Dit wordt niet vergoed

- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97<sup>2</sup>)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- niet-restauratief behandelen van gaatjes (cariës) in het melkgebit (M05)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)

## • Andere vergoedingen

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

- Fronttandvervanging
- Bijzondere tandheekunde

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

## • Dit moet u zelf doen

### Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig

Alleen als u naar de kaakchirurg gaat. Dan moet u vooraf een verwijzing hebben van uw huisarts, tandarts, medisch specialist of jeugdarts. Voor acute zorg<sup>3</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

U moet vooraf toestemming van ons hebben voor:

- 3e en volgende fluoridebehandeling(en) in hetzelfde kalenderjaar
- kaakoverzichtsfoto
- transplantatie van een eigen tand of kies (autotransplantaat)
- behandelingen bij de kaakchirurg die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie<sup>4</sup> staan
- zorg onder volledige narcose
- kunstgebit waarvan de materiaal- en techniekkosten hoger zijn dan de bedragen in ons overzicht materiaal- en techniekkosten
- vervangen van een kunstgebit dat minder dan 5 jaar oud is
- klikgebit, en het repareren of rebasen (opvullen) van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheekunde (CBT)

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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

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

### **Uitleg**

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
2. E97: De codes tussen haakjes staan op de rekening van de tandarts
3. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
4. Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde



### ● Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Bent u 18 jaar of ouder en wilt u zich verzekeren voor tandheelkundige zorg? Dat kan met Bewuste Keuze Tand!

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	Beperkt, volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde
<b>Start</b>	Geen vergoeding
<b>Extra</b>	Geen vergoeding
<b>Tand</b>	75% tot € 250 voor algemene tandheelkundige zorg Max. per kalenderjaar

#### ● Dit krijgt u vergoed

Vanaf 18 jaar vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering niet. En orthodontie alleen in heel bijzondere gevallen.

#### Heeft u Bewuste Keuze Tand?

Die vergoedt 75% van algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of voor bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder. Maar orthodontie niet.

#### ● Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

#### ● Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (A20<sup>1</sup>, A30)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandeling van witte vlekken (M80, M81)
- MRA<sup>2</sup> (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- orthodontie
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)

## • **Andere vergoedingen**

- Tandheelkundige zorg na een ongeval
- Tandheelkundige zorg tot 18 jaar
- Fronttandvervanging
- Bijzondere tandheelkunde
- Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar

## • **Wat u zelf betaalt**

### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### **Geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

## • **Dit moet u zelf doen**

### **U heeft geen voorschrift of verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

### **Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

## • **Goed om te weten**

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

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

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

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

### **Uitleg**

1. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van uw tandarts
2. MRA: Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA

### ● Tandheelkundige zorg na een ongeval

Heeft u een ongeval gehad, bijvoorbeeld een bal tegen uw gezicht of een val van uw fiets? Dan kan het nodig zijn de schade aan uw gebit te herstellen.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	Sommige gevallen Uit vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar, of vanaf 18 jaar volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese en Bijzondere tandheelkunde
<b>Start</b>	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Extra</b>	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Tand</b>	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar

#### ● Dit krijgt u vergoed

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering de meeste tandheelkundige zorg. Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering die zorg meestal niet. Ook niet na een ongeval.

#### Heeft u Bewuste Keuze Start, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Tand?

Die vergoeden maximaal € 10.000 per kalenderjaar, voor maximaal 1 ongeval<sup>1</sup>. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of gedeeltelijk kunstgebit.

Verder geldt:

- het ongeval moet gebeurd zijn terwijl u Bewuste Keuze Start, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Tand had
- wij vergoeden de behandelingen tot 1 jaar na het ongeval
- op het moment van de behandeling heeft u Bewuste Keuze Start, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Tand

Heeft u naast Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra ook Bewuste Keuze Tand? Dan kunt u de vergoedingen uit die verzekeringen niet bij elkaar optellen. U kunt deze vergoeding maar 1 keer gebruiken. En krijgt dus nooit meer dan € 10.000 per kalenderjaar.

Wij vergoeden alleen de behandelingen die nodig zijn voor herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dus alleen om de schade aan uw gebit te herstellen die direct door het ongeval is ontstaan. Er is geen recht op vergoeding als de indicatie voor behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Moest een tand bijvoorbeeld toch al vervangen worden door een kroon? Dan geldt niet deze vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval. Bewuste Keuze Start en Bewuste Keuze Extra vergoeden dit niet. Bewuste Keuze Tand vergoedt dit soms wel. Dat staat in [Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar](#).

## • Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

## • Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (A20<sup>2</sup>, A30)
- behandeling van schade aan uw gebit door een gebeurtenis waarbij duidelijk is dat deze kan ontstaan. Zoals bijten op een hard voorwerp of het niet dragen van een gebitsbeschermer waar dat regel is
- behandeling van schade aan uw gebit die is ontstaan of verergerd door eten

## • Andere vergoedingen

- Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
- Tandheelkundige zorg tot 18 jaar
- Fronttandvervangning
- Bijzondere tandheekunde
- Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

## • Dit moet u zelf doen

### U heeft geen voorschrift of verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Voor vergoeding van tandheelkundige zorg na een ongeval uit Bewuste Keuze Start, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Tand moet u vooraf toestemming van ons hebben. Bij spoedeisende zorg mag dit achteraf. De volgende gegevens moeten bij uw aanvraag zitten: een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener, behandelplan, begroting en (röntgen)foto's.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals een zorgafsprake die u niet nakomt (no show), en cosmetische behandelingen.

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

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

### **Uitleg**

1. Ongeval: Met ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw gebit, buiten uw wil, waarbij onmiddellijk schade aan uw gebit ontstaat
2. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van uw tandarts

### ● Gebitsprothese (kunstgebit) vanaf 18 jaar

Natuurlijk probeert u zo lang mogelijk uw gebit gezond te houden. Maar soms zal uw tandarts u aanraden een kunstgebit te nemen.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	Volledig kunstgebit en reparatie of rebasen, u betaalt een eigen bijdrage
<b>Tand</b>	75% tot € 250 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

#### ● Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering het volledige, uitneembare kunstgebit. Die vervangt alle tanden en kiezen in uw boven- of onderkaak, en u kunt het uit uw mond halen. Een gedeeltelijk kunstgebit, waarbij u nog wel tanden en kiezen in die kaak heeft, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering niet. Dat valt onder de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt 4 soorten volledige, uitneembare kunstgebitten:

1. een immediaatprothese: een tijdelijk kunstgebit dat u krijgt na het trekken van alle tanden en kiezen. U draagt het tot uw mond genezen is
2. een gewone prothese (vervangingsprothese, niet op implantaten): het kunstgebit dat u krijgt ná de immediaatprothese
3. een overkappingsprothese (niet op implantaten): een kunstgebit dat over uw eigen tandwortels wordt geplaatst
4. een kunstgebit op implantaten: een klikgebit

U krijgt een gedeeltelijke vergoeding. Dit is een percentage van de totale kosten inclusief materiaal- en techniekkosten. Dus de kosten van de tandarts of de tandprotheticus en de materiaal- en techniekkosten. Bij het gebit op implantaten tellen ook de magneetjes, staafjes of drukknoppen die boven het tandvlees uitsteken mee in de totale kosten.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt deze percentages van de totale kosten (inclusief materiaal- en techniekkosten):

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of de onderkaak: 75%
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 90%
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 92%
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 83%

Het percentage dat de Bewuste Keuze Basisverzekering niet vergoedt, is uw eigen bijdrage. Heeft u Bewuste Keuze Tand? Dan vergoedt die nog een deel van uw eigen bijdrage, als u de maximale vergoeding nog niet heeft opgebruikt.

Ook bij de materiaal- en techniekkosten van uw kunstgebit vergoeden wij het marktconforme bedrag. In ons overzicht materiaal- en techniekkosten staat een indicatie hiervan. Zijn de materiaal- en techniekkosten van uw kunstgebit hoger? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Bij de beoordeling vragen wij uw zorgverlener om een toelichting.

## En uw implantaten dan?

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt die alleen als u een heel erg geslonken kaak zonder tanden heeft. Dan geldt de vergoeding Bijzondere tandheelkunde. Heeft u die geslonken kaak niet, dan vergoedt Bewuste Keuze Tand gedeeltelijk.

## En als uw kunstgebit niet meer past of kapot is?

Dan kunt u het laten repareren of rebasen (opvullen) door een tandprotheticus of tandarts. Heeft u het kunstgebit nog geen 4 maanden? Dan hoeft u daar niet voor te betalen. Daarna vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering reparatie en rebasen voor 90%.

## ● Hier kunt u terecht

- tandarts
- tandprotheticus

## ● Andere vergoedingen

- de Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt soms implantaten onder uw klikgebit, dat valt onder de vergoeding Bijzondere tandheelkunde
- als u jonger dan 18 jaar bent, vallen gebitsprotheses onder de vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

## ● Wat u zelf betaalt

### De eigen bijdrage

U betaalt een percentage van de totale kosten zelf:

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of onderkaak: 25%
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 10%
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 8%
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 17%

De nummers verwijzen naar de opsomming hierboven. Bewuste Keuze Tand vergoedt een deel van deze eigen bijdrage. Zo werkt de eigen bijdrage

### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## ● Dit moet u zelf doen

### U heeft geen voorschrift of verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor de volgende zorg moet u toestemming van ons hebben:

- kunstgebit (1, 2 of 3 uit de opsomming hierboven) waarvan de materiaal- en techniekkosten hoger zijn dan de bedragen in ons overzicht materiaal- en techniekkosten
- vervangen van een kunstgebit (2 of 3 uit de opsomming hierboven) als dat minder dan 5 jaar oud is
- klikgebit (4 uit de opsomming hierboven)
- repareren of rebasen van een klikgebit (4 uit de opsomming hierboven)
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

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



### ● Fronttandvervangning

Ontbreken uw blijvende snij- of hoektanden en bent u jonger dan 23 jaar? Dan kan uw tandarts of een kaakchirurg die vervangen.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100%, tot 23 jaar, als noodzaak is vastgesteld voor 18e verjaardag
<b>Start</b>	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval
<b>Extra</b>	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval
<b>Tand</b>	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt het vervangen van 1 of meer blijvende snij- of hoektanden als:

- die helemaal ontbreekt of ontbreken door een ongeval, of omdat ze niet zijn aangelegd
- u jonger dan 23 jaar bent
- uw tandarts voor uw 18e verjaardag heeft vastgesteld dat vervanging nodig is, en
- de reparatie gedaan wordt met niet-plastisch materiaal zoals een kroon of een brug (inclusief implantaten die daarbij nodig zijn)

Voldoet u niet aan deze voorwaarden? Dan vergoeden Bewuste Keuze Start, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Tand het vervangen van 1 of meer blijvende snij- of hoektanden soms (gedeeltelijk). Maar alleen als uw tandarts de zorg uitvoert.

#### ● Hier kunt u terecht

- tandarts
- kaakchirurg<sup>1</sup>

Voor de meeste mondzorg sluiten wij geen contracten. Wel voor kaakchirurgie. Wilt u naar een kaakchirurg waarmee wij geen contract hebben? Dat kan, maar wij vergoeden uw zorg dan niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

#### ● Andere vergoedingen

Als u (ook) andere ernstige gebitsproblemen heeft, geldt de vergoeding Bijzondere tandheelkunde.

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Het eigen risico

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

- **Dit moet u zelf doen**

**Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig**

Als u voor deze zorg naar de kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet, heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of huisarts. Voor acute zorg<sup>2</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

**U moet ons vooraf toestemming vragen**

Wij vergoeden deze zorg alleen als wij toestemming hebben gegeven voordat de behandeling begint.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

**Uitleg**

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
2. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

### ● **Kaakchirurgie vanaf 18 jaar**

Moet u geopereerd worden aan uw mond of kaak? Dan kunt u naar de kaakchirurg.

#### ● **Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze**

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

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt chirurgische tandheelkundige zorg. Bijvoorbeeld bij een moeilijk te verwijderen verstandskies of problemen met uw kaak. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook röntgenonderzoek dat voor uw behandeling nodig is.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook uw Ziekenhuisopname.

#### ● **Hier kunt u terecht**

- kaakchirurg<sup>1</sup>, in het ziekenhuis of een zbc<sup>2</sup>

#### ● **Zorgverlener zonder contract**

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

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

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

#### ● **Dit wordt niet vergoed**

- chirurgie aan het tandvlees (parodontale chirurgie)
- trekken van tanden en kiezen als uw tandarts dat kan doen
- implantaten (behalve als het gaat om Bijzondere tandheelkunde of om Fronttandvervanging)

#### ● **Andere vergoedingen**

- Bijzondere tandheelkunde, als u naar de kaakchirurg moet voor een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking
- Tandheelkundige zorg tot 18 jaar (kaakchirurgie valt daaronder als u jonger dan 18 jaar bent)

#### ● **Wat u zelf betaalt**

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

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

### • Dit moet u zelf doen

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

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van uw tandarts, orthodontist, huisarts of medisch specialist<sup>3</sup>. Voor acute zorg<sup>4</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

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

Voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie<sup>5</sup> staan, moet u vooraf toestemming van ons hebben.

### • Goed om te weten

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

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

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

Hier is gebruikelijke zorg: de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard die kaakchirurgen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

#### **Uitleg**

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
2. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
3. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
4. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
5. Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

### ● **Bijzondere tandheelkunde**

Is gewone tandheelkundige zorg niet voldoende, omdat u bijvoorbeeld een bijzondere aandoening heeft aan uw tanden, kaak of mond, of een lichamelijke of geestelijke aandoening? Dan kan extra of andere tandheelkundige zorg (bijzondere tandheelkunde) nodig zijn.

#### ● **Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze**

<b>Basisverzekering</b>	100%, soms betaalt u een eigen bijdrage
<b>Tand</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt bijzondere tandheelkunde in 3 situaties.

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een niet-aangeboren afwijking of probleem van tanden, kaak of mond heeft. Bijvoorbeeld: het ontbreken van tanden of kiezen door een erfelijke oorzaak.
2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. Bijvoorbeeld: ernstige Parkinson, een verstandelijke beperking of extreme angst.
3. Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet krijgen en er zonder bijzondere tandheelkunde geen goed resultaat mogelijk is. Bijvoorbeeld: een orgaantransplantatie of een hartoperatie, waarvoor uw mond ontstekingsvrij moet worden gemaakt.

In situaties 1 en 2 geldt ook nog dat uw gebit zonder bijzondere tandheelkunde niet op de voor u normale manier kan (blijven) functioneren. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de bijzondere tandheelkunde die nodig is om er voor te zorgen dat u de voor u normale tandfunctie terugkrijgt of behoudt.

In situatie 3 vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering bijzondere tandheelkunde die nodig is om de andere behandeling mogelijk te maken én de zorg om uw gebit op de voor u normale manier functionerend te houden.

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

#### **Implantaten vallen soms onder één van de situaties hierboven**

Krijgt u een volledige, uitneembare gebitsprothese ([kunstgebit](#)) op implantaten? Dan vallen de implantaten onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als u een heel erg geslonken kaak heeft, zonder tanden.

#### **Orthodontie valt meestal niet onder één van de situaties hierboven**

Orthodontie valt alleen onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als:

- u een heel ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis heeft aan tanden, kaak of mond, en
- bij de behandeling ook een kaakchirurg of een zorgverlener van buiten de tandheelkunde moet worden betrokken

#### ● **Hier kunt u terecht**

- tandarts
- kaakchirurg<sup>1</sup>
- orthodontist
- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

- **Wat u zelf betaalt**

**De eigen bijdrage**

Zorg die niet rechtstreeks met situatie 1, 2 of 3 te maken heeft, betaalt u zelf. Bijvoorbeeld als u heel erge angst heeft en er een gaatje wordt gevuld. Dan betaalt u zelf het gedeelte dat u betaalt als u geen angst zou hebben.

Zo werkt de eigen bijdrage

**Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig**

Als u naar een kaakchirurg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) gaat, heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, huisarts, medisch specialist, jeugdarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

**U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voor deze zorg moet u vooraf toestemming van ons hebben. Let op! Wij kunnen de toestemming intrekken als u zich niet aan de instructies van uw zorgverlener houdt.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

**Uitleg**

1. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg

### ● Geneeskundige ggz

Heeft u psychische problemen die de huisarts of POH-ggz niet zelf kan behandelen? Dan kan uw huisarts u doorverwijzen naar de geneeskundige ggz.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Bij (vermoeden van) psychische stoornis
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt geneeskundige ggz vanaf 18 jaar, als er een vermoeden is dat u een psychische stoornis heeft. Of als zo'n stoornis al bij u is vastgesteld. Het moet gaan om een psychische stoornis volgens DSM-5<sup>1</sup>.

Bij psychische problemen is uw huisarts of de bedrijfsarts het eerste aanspreekpunt. Bij twijfel over de aanpak van uw klachten kan dan ook de hulp worden ingeroepen van zorgverleners binnen de ggz en het sociaal domein om samen met u te bespreken hoe u het beste kunt worden geholpen. Dit heet een verkennend gesprek.

Bij een vermoeden van een psychische stoornis, verwijst de huisarts of bedrijfsarts u door voor ggz.

De behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog<sup>2</sup> of psychotherapeut. Dat kan soms ook via video-consulten. Ook kunnen e-health programma's onderdeel zijn van de behandeling.

U krijgt voor de behandeling altijd een indicierend en coördinerend regiebehandelaar. Zij zijn voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt in de verschillende fasen van de behandeling. Soms vervult één persoon allebei deze taken. Een regiebehandelaar kan ook andere behandelaars inzetten en zorgt dan voor goede samenwerking.

#### ● Hier kunt u terecht

Een ggz-praktijk of ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ<sup>3</sup>. Een regiebehandelaar is bijvoorbeeld een psychiater, klinisch psycholoog, gz-psycholoog of klinisch neuropsycholoog. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

## • Dit wordt niet vergoed

- behandeling van vlieg angst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het [overzicht therapieën ggz](#)
- behandeling van werkproblemen<sup>4</sup>, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen<sup>5</sup>

## • Andere vergoedingen

- Onze [app](#) voor meditatie en mindfulness kan helpen, als u klachten wilt voorkomen
- [Psychische zorg bij de huisarts](#), als uw huisarts of POH-ggz<sup>6</sup> u zelf kan helpen
- [Opname voor geneeskundige ggz](#), als opname in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis nodig is

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Het verkennend gesprek valt niet onder het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar een zorgverlener gaat, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of de straatdokter. Voor acute zorg<sup>7</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u doorverwijzen naar andere geneeskundige ggz. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

U moet vooraf toestemming van ons hebben als uw ggz-instelling geen contract met ons heeft.

Gaat u naar een ggz-praktijk, dan hoeft u dus geen toestemming te vragen. Informeer bij uw zorgverlener of het een praktijk of instelling is.

## • Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

### Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

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

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

Hier is gebruikelijke zorg: de geneeskundige ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.



## Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg. Daardoor krijgt u de behandeling misschien niet of niet helemaal vergoed.

## Wachttijd? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

### Uitleg

1. DSM-5: 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie
2. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
3. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicierend en coördinerend regiebehandelaar zijn
4. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
5. Aanpassingsstoornissen: Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding
6. POH-ggz: Praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg, die werkt in een huisartsenpraktijk en is opgeleid voor het helpen bij psychische klachten
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

### ● Opname voor geneeskundige ggz

Heeft u ernstige psychische problemen die niet zonder opname kunnen worden behandeld? Dan kunt u worden doorverwezen voor een opname voor geneeskundige ggz.

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Bij (vermoeden van) psychische stoornis
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een behandeling in de ggz, volgens de vergoeding Geneeskundige ggz. Soms is voor de behandeling ook een opname nodig. Dan geldt ook de vergoeding die u nu leest.

Heeft u een indicatie voor geneeskundige ggz en is een opname nodig voor een goed resultaat? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering een ggz-opname vanaf 18 jaar. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook de verpleging en verzorging, paramedische zorg<sup>1</sup>, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij een opname nodig zijn. Krijgt u tijdens de opname dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

### ● Hier kunt u terecht

Een ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ<sup>2</sup>. Dat is meestal een klinisch psycholoog of psychiater. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### ● Dit wordt niet vergoed

- behandeling van werkproblemen<sup>3</sup>, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen<sup>4</sup>
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

## Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## ● Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar een zorgverlener gaat, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of de straatdokter. Voor acute zorg<sup>5</sup> heeft u geen verwijzing nodig.

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

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

U moet vooraf [toestemming](#) van ons hebben als uw ggz-instelling geen contract met ons heeft.

## ● Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

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

Hier is gebruikelijke zorg: de geneeskundige ggz die klinisch psychologen en psychiaters normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Zonder opname als het kan, met opname als het nodig is.

### Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

### Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

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

### Soms krijgt u uw geneesmiddelen van uw ggz-instelling

Krijgt u bij uw behandeling geneesmiddelen? Dan vallen die meestal onder de vergoeding [Geneesmiddelen](#). Behalve als de ggz-instelling het geneesmiddel levert. Dan valt het geneesmiddel onder deze vergoeding.

### Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Daardoor krijgt u misschien niet alles vergoed. En voor een opname in het buitenland moet u altijd vooraf toestemming van ons hebben.

### Wachlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U wilt natuurlijk zo snel mogelijk terecht kunnen. Als er een wachtlijst is bij de zorgverlener van uw keuze, kunt u onze [ZorgConsulent](#) vragen u naar een andere zorgverlener te bemiddelen. Ook in andere situaties kunt u de ZorgConsulent vragen om te bemiddelen.

### **Uitleg**

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicierend en coördinerend regiebehandelaar zijn
3. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
4. Aanpassingsstoornissen: Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding
5. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

### ● App voor meditatie en mindfulness

Meer ruimte in uw hoofd met een app voor meditatie en mindfulness.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	Geen vergoeding
<b>Start</b>	Abonnement Headspace Max. 12 maanden
<b>Extra</b>	Abonnement Headspace Max. 12 maanden

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt geen meditatie en mindfulness.

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

Die vergoeden voor maximaal 12 maanden een abonnement voor digitale zelfhulp via een meditatie app die ONVZ aanbiedt. Met deze meditatie app houdt u uzelf mentaal fit. Gebruik de app om rust in uw hoofd te krijgen, beter te slapen of meer te focussen.

Als u de app activeert, kunt u deze tot en met 31 december gebruiken.

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

- via de ONVZ app krijgt u toegang tot de meditatie app

#### ● Dit wordt niet vergoed

- andere apps dan de app die ONVZ aanbiedt

#### ● Wat u zelf betaalt

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

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

#### ● Dit moet u zelf doen

##### **U heeft geen voorschrift of verwijzing nodig**

U heeft voor toegang tot de meditatie app geen voorschrift of verwijzing nodig.

##### **Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

#### ● Goed om te weten

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

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

### **Lees eerst meer over de app**

Wilt u aan de slag met meditatie en mindfulness? Lees dan eerst meer over de app die ONVZ aanbiedt. Dan kunt u bepalen of deze app ook echt bij u past.

## ● Anticonceptie

Wilt u een zwangerschap voorkomen? Met anticonceptie kan dat.

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% tot 21 jaar bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding, In bepaalde gevallen ook boven 21 jaar Soms betaalt u een eigen bijdrage
<b>Start</b>	€ 50 vanaf 21 jaar Max. per kalenderjaar
<b>Extra</b>	100% vanaf 21 jaar

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende anticonceptiemiddelen, als u jonger dan 21 jaar bent:

1. anticonceptiepil
2. prikpil
3. anticonceptiepleister
4. anticonceptiering
5. anticonceptiestaaftje
6. hormoonspiraaltje
7. koperspiraaltje
8. pessarium

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de middelen met hormonen (1 tot en met 6) ook als u 21 jaar of ouder bent en u endometriose (aandoening van het baarmoederslijmvlies) of bloedarmoede door hevig bloedverlies (menorragie) heeft. En let op: laat u een anticonceptiemiddel plaatsen (of verwijderen) door een gynaecoloog? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist. Uw leeftijd maakt dan niet uit.

#### Heeft u Bewuste Keuze Start?

Die vergoedt tot maximaal € 50 per kalenderjaar:

- de bovenstaande anticonceptiemiddelen, als u 21 jaar of ouder bent
- de eigen bijdrage, als de basisverzekering de middelen vergoedt

Dit maximale bedrag geldt voor de middelen en de eigen bijdrage samen.

#### Heeft u Bewuste Keuze Extra?

Die vergoedt de bovenstaande anticonceptiemiddelen en de eigen bijdrage daarvoor helemaal.

### ● Hier kunt u terecht

Anticonceptiemiddelen haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Een anticonceptiestaaftje of spiraaltje laat u plaatsen (of verwijderen) door:

- huisarts
- verloskundige
- gynaecoloog

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

## ● **Zorgverlener zonder contract**

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

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

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

## ● **Wat u zelf betaalt**

### **De eigen bijdrage**

Voor sommige anticonceptiemiddelen met hormonen betaalt u een eigen bijdrage. Deze eigen bijdragen zijn totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Hierin tellen ook de eigen bijdragen van (andere) geneesmiddelen mee. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdragen. Op medicijnkosten.nl kunt u zien of er een eigen bijdrage geldt. Bewuste Keuze Start en Bewuste Keuze Extra vergoeden de eigen bijdrage voor anticonceptiemiddelen voor een deel of helemaal. Zo werkt de eigen bijdrage

### **Het eigen risico**

U betaalt eigen risico voor:

- het anticonceptiemiddel als u 18 jaar of ouder bent en de basisverzekering het middel vergoedt
- het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiestaaftje of spiraaltje door de gynaecoloog als u 18 jaar of ouder bent

Voor het plaatsen en verwijderen bij de huisarts of verloskundige betaalt u geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## ● **Dit moet u zelf doen**

### **Meestal heeft u een voorschrift of verwijzing nodig**

Voor anticonceptiemiddelen moet u een voorschrift hebben van uw (huis)arts, medisch specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>1</sup>. Alleen niet voor een pessarium of koperspiraaltje.

Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje of anticonceptiestaaftje door de gynaecoloog moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of verloskundige.

### **Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

## ● **Goed om te weten**

### **Deze vergoeding is onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat het reglement Farmaceutische zorg van toepassing is, én de algemene regels.

### **Het pessarium en koperspiraaltje zijn ook hulpmiddelen**

Daarom zijn de basisregels hulpmiddelen ook van toepassing.



# Anticonceptie

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

Per recept vergoeden wij de kosten van de anticonceptiepil voor maximaal 1 jaar.

### **Uitleg**

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

### ● Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

Een aanvulling op reguliere behandelingen. Bijvoorbeeld van een alternatief arts, osteopaat of chiropractor.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	Geen vergoeding
<b>Start</b>	Geen vergoeding
<b>Extra</b>	Geen vergoeding
<b>Bewuste Keuze Alternatief</b>	€ 25 per dag, tot € 100 Geen geneesmiddelen Max. per dag/kalenderjaar

#### ● Dit krijgt u vergoed

Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg zijn onderzoeken en behandelingen waarvan wetenschappelijk (nog) niet bewezen is of ze werken.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt alternatieve geneeswijzen en beweegzorg niet.

Heeft u naast uw aanvullende verzekering Bewuste Keuze Start of Bewuste Keuze Extra de module Bewuste Keuze Alternatief? Die Bewuste Keuze Alternatief vergoedt:

- alternatieve geneeswijzen: consulten en behandelingen gericht op (het genezen van) een aandoening
- alternatieve beweegzorg: chiropractie, osteopathie en manuele therapie E.S. (eggshell)

Wij vergoeden een maximaal bedrag per dag voor de consulten of behandelingen. En er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor alle alternatieve zorg samen. De bedragen staan hierboven.

#### Hier kunt u terecht

- arts<sup>1</sup>
- behandelaar<sup>2</sup>

#### Dit wordt niet vergoed

- (laboratorium)onderzoek, ook niet als uw arts of behandelaar dat voor uw behandeling nodig vindt
- geneesmiddelen, ook niet als uw arts of behandelaar die bij uw behandeling voorschrijft

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor alternatieve geneeswijzen en beweegzorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Geen eigen risico

Voor alternatieve geneeswijzen en beweegzorg geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**Let op dat uw zorgverlener voldoet aan de eisen**

Uw zorgverlener moet een arts zijn. Of volwaardig lid van een door ons erkende beroepsorganisatie en voldoen aan de PLATO-eisen. Daarnaast moet uw arts of behandelaar een actieve agb-code hebben. Anders vergoeden wij de zorg niet.

**U heeft geen voorschrift of verwijzing nodig**

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

**De agb-code moet op de rekening staan**

Op de rekening moet staan welke agb-code uw arts of behandelaar heeft.

**Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

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

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die normaal gesproken binnen het beroepsprofiel van de arts of behandelaar valt. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is. Activiteiten die niet gericht zijn op (genezing van) een aandoening vergoeden wij niet. Dit geldt bijvoorbeeld voor yoga en mindfulness.

**Uitleg**

1. Arts: Deze moet een actieve agb-code hebben
2. Behandelaar: Deze moet volwaardig lid zijn van een door ons erkende beroepsorganisatie, voldoen aan de PLATO-eisen en een actieve agb-code hebben

## ● Audiologische zorg

Heeft u problemen met uw gehoor, bijvoorbeeld dat u een gesprek wel hoort, maar niet goed verstaat? Specialisten in een audiologisch centrum kunnen u verder helpen.

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Bij een audiologisch centrum
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt deze audiologische zorg:

- onderzoek naar uw gehoor
- advies over het kopen van een hoortoestel
- voorlichting over het gebruik van uw hoortoestel
- psychosociale zorg als u die nodig heeft door gehoorproblemen
- hulp bij het stellen van een diagnose bij taal- en spraakstoornissen voor kinderen

In een audiologisch centrum werkt een team van specialisten op het gebied van gehoorproblemen en problemen die daarmee samenhangen, zoals spraakproblemen.

### ● Hier kunt u terecht

- audiologisch centrum

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### ● Andere vergoedingen

- Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

### ● Dit moet u zelf doen

#### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voordat u naar het audiologisch centrum gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, kinderarts of KNO-arts.

### **Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

### ● **Goed om te weten**

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

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

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

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

### ● Orthoptie

**Heeft u of uw kind een lui oog, last van scheelzien of dubbelzien? Onderzoek en behandeling van gezichtsproblemen die te maken hebben met de stand, beweging en samenwerking van de ogen, noemen we orthoptie.**

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt onderzoek en behandeling door de orthoptist. Die werkt meestal op de afdeling oogheelkunde van een ziekenhuis, of in een oogkliniek. Soms werkt een orthoptist zelfstandig in een eigen praktijk. Maar onderzoek en behandeling door de orthoptist vallen altijd onder de vergoeding Medisch specialist.

#### ● Wat u zelf betaalt

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

Voor orthoptie betaalt u geen eigen bijdrage.

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

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

#### ● Dit moet u zelf doen

##### **Voor de orthoptist heeft u geen verwijzing nodig**

Wilt u (ook) naar de oogarts? Dan moet u wel vooraf een verwijzing hebben. Daarvoor geldt de vergoeding Medisch specialist.

##### **Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

#### ● Goed om te weten

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

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

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

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

### ● Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Heeft u ernstige problemen met zien of horen? Of met spraak of taal? Zintuiglijk gehandicaptenzorg kan u dan helpen om zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Die krijgt u van een team van specialisten uit verschillende vakgebieden, bijvoorbeeld een psycholoog, orthopedagoog en ergotherapeut (multidisciplinair).

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding De zorg en medisch noodzakelijke opname
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt multidisciplinaire zintuiglijk gehandicaptenzorg als 1 van de volgende 3 situaties voor u geldt:

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

De zorg kan bestaan uit onderzoek van uw beperking, maar kan ook gericht zijn op het opheffen of compenseren ervan, door bijvoorbeeld het aanleren van brailleschrift of gebarentaal. Gezinsleden of verzorgers kunnen bij de behandeling betrokken worden, zodat ook zij bijvoorbeeld gebarentaal kunnen leren. Ook het psychisch leren omgaan met uw beperking maakt onderdeel uit van de zorg.

Meestal hoeft u niet opgenomen te worden. Maar als uw behandeling alleen kan slagen met een tijdelijke opname, dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering die ook.

#### ● Hier kunt u terecht

Instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg, die:

- wettelijk is toegelaten voor de zorg en
- een kwaliteitskeurmerk ISO of HKZ heeft

Een multidisciplinair team verleent de zorg.

#### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

#### ● Dit wordt niet vergoed

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (bijvoorbeeld een doventolk)
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan volwassen doofblinden en prelinguaal doven<sup>1</sup>

### • **Andere vergoedingen**

Als u blind of slechtziend bent en u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen, geldt de vergoeding Ziekenvervoer.

### • **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

### • **Dit moet u zelf doen**

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

Van wie u een verwijzing moet hebben, ligt aan uw beperking:

- bij een auditieve of communicatieve beperking: van een medisch specialist of klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum, volgens de richtlijnen van de FENAC<sup>2</sup>
- bij een visuele beperking: van een medisch specialist, volgens de richtlijnen 'Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing' van het NOG. Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een eenvoudige revalidatievraag? Dan heeft u geen nieuwe verwijzing nodig

Heeft u na de eerste verwijzing een nieuwe zorgvraag, maar is er aan uw aandoening niks veranderd? Dan kan ook uw huisarts of jeugdarts u verwijzen.

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

Als u moet worden opgenomen, moet u vooraf toestemming van ons hebben.

### • **Goed om te weten**

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

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

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

Met gebruikelijke zorg bedoelen we: de multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van uw beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

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

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

#### **Uitleg**

1. Prelinguaal doven: Mensen die doof zijn vanaf de geboorte of heel jonge leeftijd, voordat de taalontwikkeling begint
2. FENAC: Federatie van Nederlandse Audiologische Centra



## ● Logopedie

Heeft u problemen met spreken, ademen of slikken? Een logopedist kan die problemen soms behandelen.

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt logopedie die een geneeskundig doel heeft. Dat betekent dat de behandeling te maken moet hebben met het functioneren van bijvoorbeeld uw mondspieren, stembanden of ademhaling.

### ● Hier kunt u terecht

U kunt terecht bij een logopedist.

**Let op!** Voor 4 behandelingen kunt u alleen terecht bij een gespecialiseerde logopedist:

- behandeling van stotteren
- behandeling van afasie
- preverbale logopedie
- Hanen ouderprogramma

U vindt de gespecialiseerde logopedisten in de registers van de [NVLF](#).

### ● Zorgverlener zonder contract

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

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

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

### ● Dit wordt niet vergoed

- behandeling van dyslexie
- behandeling van taalproblemen door dialect of doordat u een andere moedertaal heeft
- behandeling om onderwijs te ondersteunen
- muziektherapie

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

- **U heeft geen voorschrift of verwijzing nodig**

- U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

- **Geen toestemming**

- U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

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

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

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

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

## ● Hulpmiddelen

Heeft u een hulpmiddel nodig voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging?

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• soms betaalt u een eigen bijdrage</li></ul>
-------------------------	---

Volgens de vergoedingen Hulpmiddelen basisverzekering

<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding
----------------------------------	-----------------

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt hulpmiddelen en verbandmiddelen die u nodig heeft bij het herstel van een ziekte of aandoening, of als u met een ziekte of aandoening moet leven.

Hieronder staat om welke (groepen van) hulpmiddelen het gaat. Via de lijst klikt u door naar de vergoeding. Daar staat waar u recht op heeft en wat de voorwaarden zijn. Bijvoorbeeld of u een voorschrift nodig heeft, of toestemming moet vragen. En hoe het zit met het eigen risico en de eigen bijdrage. Wilt u snel zoeken naar de belangrijkste voorwaarden? Die hebben wij overzichtelijk bij elkaar gezet in een [Overzicht hulpmiddelen](#).

Voor deze hulpmiddelen gelden ook de [basisregels hulpmiddelen](#). Daar staat bijvoorbeeld in dat u hulpmiddelen zorgvuldig moet gebruiken en onderhouden. En hoe het zit met vervanging, reparatie en onderhoud.

# Hulpmiddelen

- [Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers](#)
- [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#)
- [CPAP-apparaten](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#)
- [Hulphonden](#)
- [Hulpmiddelen bij chronische pijnbestrijding](#)
- [Hulpmiddelen bij diabetes](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met ademen](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met horen](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met spreken](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met urine en ontlasting](#)
- [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [Hulpmiddelen bij trombose](#)
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)
- [Hulpmiddelen voor Anticonceptie](#)
- [Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding](#)
- [Incontinentiemateriaal](#)
- [Infuus pomp voor geneesmiddelen](#)
- [Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen](#)
- [Kappen voor schedelbescherming](#)
- [Kortdurende uitleen](#) (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)
- [Mammaprothesen](#)
- [Met thuisdialyse samenhangende kosten](#)
- [MRA](#)
- [Orthesen](#)
- [Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen](#)
- [Persoonsalarmering](#)
- [Prothesen](#)
- [Pruik](#)
- [Therapeutisch elastische kousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen](#)
- [Verbandmiddelen](#)
- [Verbandschoenen](#)
- [Zuurstofapparaten](#)

## ● Goed om te weten

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

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals een onnodig kostbaar hulpmiddel.

### **Soms wordt een hulpmiddel vergoed via het ziekenhuis**

Is een hulpmiddel onderdeel van uw behandeling door de medisch specialist? Of wordt het geïmplantéerd? Dan valt het hulpmiddel onder de vergoeding [Medisch specialist](#). Wij vergoeden het dan niet apart.

### **De overheid heeft een handig overzicht van hulpmiddelen**

Dit is de [hulpmiddelenwijzer](#). Heeft u toch nog vragen? Neem contact met ons op.

## ● Ambulancevervoer

Moet u met spoed naar het ziekenhuis, of mag u alleen liggend vervoerd worden? Dat kan met een ambulance.

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% Tot 200 km
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een reisafstand van maximaal 200 km (enkele reis). Dus alleen als gebruik van openbaar vervoer, taxi of eigen auto medisch onverantwoord is. In bepaalde gevallen, zoals bij een ongeval, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook vervoer door een (trauma)helikopter.

Het moet gaan om vervoer in de volgende situaties:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg krijgt uit de Bewuste Keuze Basisverzekering
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of een instelling, als u daar vanuit de Wlz onderzoek of behandeling krijgt. Onder behandeling valt ook het aanmeten en passen van een prothese
- als u jonger bent dan 18 jaar: naar een zorgverlener of ggz-instelling waar u zorg krijgt uit de Jeugdwet

In al deze situaties vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering, zo nodig, ook het vervoer terug naar uw huis. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

### ● Dit wordt niet vergoed

- ambulancevervoer naar dagbesteding of dagbehandeling in een Wlz-instelling

### ● Andere vergoedingen

- [Ziekenvervoer](#)

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

#### U heeft geen verwijzing nodig

Bij niet-spoedeisende zorg regelt uw zorgverlener de ambulance.

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

U moet toestemming van ons hebben voor:

- vervoer over een grotere afstand dan 200 km in niet-spoedeisende situaties
- vervoer met een ander vervoermiddel in niet-spoedeisende situaties

De aanvraag moet uitleggen waarom ambulancevervoer noodzakelijk is, en waarom de grotere afstand of het andere vervoermiddel nodig is.

### ● **Goed om te weten**

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

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

## ● Ziekenvervoer

In sommige situaties vergoedt de basisverzekering uw vervoerskosten naar onder meer het ziekenhuis. U krijgt dan ziekenvervoer. Dit vervoer vindt plaats per auto, taxi of openbaar vervoer, waarbij u tijdens het vervoer geen zorg nodig heeft. Zoals dat wel het geval is bij ambulancevervoer.

Als u meer dagen achter elkaar behandeld moet worden, vergoedt de basisverzekering ook logeerkosten.

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	In bepaalde situaties, u betaalt meestal een eigen bijdrage van € 126 Met openbaar vervoer, auto of (gecontracteerde) taxi
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

#### Vervoer

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ziekenvervoer over maximaal 200 km enkele reis, als minimaal 1 van de volgende situaties voor u geldt:

- u krijgt nierdialyse
- u krijgt chemotherapie, immuuntherapie of bestraling (radiotherapie) bij kanker (oncologische behandeling)
- u kunt zich alleen in een rolstoel verplaatsen
- u heeft een blijvend beperkt gezichtsvermogen waardoor u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. Dat is zo als u met allebei uw ogen minder dan 20% kunt zien of een ernstig beperkt gezichtsveld (zoals kokerzien) heeft. Dat moet niet gaan om tijdelijk slecht zien omdat u bijvoorbeeld een oogbehandeling heeft gehad
- u bent jonger dan 18 jaar en u heeft intensieve kindzorg<sup>1</sup>
- u krijgt geriatrische revalidatiezorg
- u krijgt dagbehandeling in een groep als onderdeel van een zorgprogramma bij Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

Zijn deze situaties niet op u van toepassing, maar heeft u door een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd ziekenvervoer nodig? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering soms op grond van de zogenoemde hardheidsclausule. Dit hangt af van hoe vaak u moet reizen en van de reisafstand. Om te beoordelen of u volgens de hardheidsclausule recht heeft op ziekenvervoer gebruiken we de volgende formule:

$(\text{aantal maanden}) \times (\text{aantal keren per week}) \times (\text{aantal weken per maand}) \times (\text{aantal km enkele reis volgens Google Maps}) \times 0,25$  (= wegingsfactor)

U vult in hoe vaak u aangewezen bent op ziekenvervoer volgens deze vergoeding in een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden. Is de uitkomst gelijk aan of groter dan 250 dan bestaat recht op vergoeding van ziekenvervoer. U moet wel vooraf toestemming van ons hebben. Denkt u dat dit voor u geldt of wilt u dat wij het voor u uitrekenen? Neem dan contact met ons op.

In alle situaties hierboven vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering het vervoer:

- naar een zorgverlener of instelling, waar u zorg krijgt die de Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt (bij nierdialyse en oncologische behandeling: voor de behandeling zelf en de afspraken die daarbij horen, zoals consulten, onderzoeken en controles, nadat de diagnose is gesteld en het behandelplan is opgesteld)
- naar een instelling waar u wordt opgenomen met een Wlz-indicatie
- vanaf een Wlz-instelling (zoals een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling) naar een zorgverlener of instelling, als u daar onderzoek of behandeling krijgt die de Wlz vergoedt (ook: het aanmeten en passen van een prothese)

In die situaties vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook:

- vervoer terug naar huis, of naar de plek waar u verzorgd kunt worden als u thuis niet de nodige verzorging kunt krijgen
- vervoer van een begeleider als u jonger bent dan 16 jaar, of als dat noodzakelijk is en u 16 jaar of ouder bent

Wat u vergoed krijgt:

- auto: € 0,40 per km
- openbaar vervoer: volledig, op basis van 2e klasse
- (rolstoel)taxi: volledig, als u gebruik maakt van Transvision. Bij een ander taxibedrijf maximaal € 1,16 per kilometer dat u in de taxi zit

## Logeren

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt logeren in plaats van ziekenvervoer als:

- de Bewuste Keuze Basisverzekering het vervoer zou vergoeden, en
- u 3 of meer dagen achter elkaar naar uw zorgverlener moet

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal € 91 per betaalde overnachting in de buurt van uw ziekenhuis of praktijk van uw zorgverlener. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook uw vervoer van uw huis naar uw logeerverblijf en terug. Of, als u thuis niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar de plek waar u verzorgd wordt.

## • Hier kunt u terecht

- Transvision<sup>2</sup>, voor taxivervoer
- auto (eigen vervoer)
- openbaar vervoer

Kiest u bij taxivervoer voor een ander taxibedrijf dan Transvision? Dan geldt een maximale vergoeding. En moet u zelf de betaling en declaratie bij ONVZ regelen.

## • Dit wordt niet vergoed

- parkeerkosten en andere bijkomende kosten
- vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen of blijft logeren en de begeleider alleen terugreist
- vervoer als u voor dagbesteding of dagbehandeling naar een Wlz-instelling gaat
- bij logeren: (extra) kosten voor overnachting(en) van een begeleider
- bij logeren: kosten voor maaltijden en andere extra kosten



## • **Andere vergoedingen**

- Organtransplantatie, als u donor bent en een orgaan of weefsel afstaat aan iemand anders wordt vervoer in sommige gevallen ook vergoed
- Opname voor geneeskundige ggz, als dagbesteding tijdens uw opname onderdeel uitmaakt van uw behandeling wordt het vervoer daar naartoe ook vergoed
- Ziekenhuisopname, als u tijdelijk in de buurt van een gespecialiseerd ziekenhuis moet overnachten omdat u een hoog risico loopt die gespecialiseerde zorg direct nodig te hebben

## • **Wat u zelf betaalt**

### **De eigen bijdrage**

U betaalt voor deze zorg een eigen bijdrage. Hoe hoog die is, ligt eraan of u kiest voor vervoer of logeren:

- voor vervoer: € 126 per kalenderjaar voor vervoer naar en van uw zorgverlener, of bij logeren: voor het vervoer naar en van uw logeeradres
- voor logeren zelf: geen eigen bijdrage, maar alle kosten boven de maximale vergoeding per dag betaalt u zelf

U betaalt deze eigen bijdrage niet in de volgende situaties:

- als u tussen 2 instellingen vervoerd moet worden tijdens een opname, die de Bewuste Keuze Basisverzekering of de Wlz vergoedt
- als u in een Wlz-instelling opgenomen bent en naar een zorgverlener moet voor specialistisch onderzoek of specialistische behandeling, die de Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt
- als u met een Wlz-indicatie opgenomen bent en naar een zorgverlener moet voor een tandheelkundige behandeling, die de Wlz vergoedt

Zo werkt de eigen bijdrage

### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## • **Dit moet u zelf doen**

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

Uw arts moet wel een deel van het aanvraagformulier invullen.

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

Hoe dat werkt staat bij toestemming vragen voor ziekenvervoer. U kunt zo ook toestemming vragen voor logeren, vervoer over een grotere afstand dan 200 kilometer, vervoer met een ander vervoermiddel of met een (extra) begeleider.

### **Regel het taxivervoer via Transvision**

Wilt u reizen per taxi? Kies voor gemak en schakel Transvision in. Zij regelen het taxivervoer en declareren de kosten bij ons. Vraag wel eerst toestemming bij ons. Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30. Na de telefonische intake bij hen kunt u uw ritten ook online boeken via hun reserveringstool. Zorg dat u dit minstens 24 uur van te voren doet. Dat hoeft niet als het spoed heeft.

## • **Goed om te weten**

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

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt, zoals zorg die de gemeente voor u moet regelen.

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

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

### **Declareer met het declaratieformulier ziekenvervoer**

Wilt u ziekenvervoerskosten declareren? Gebruik het [declaratieformulier ziekenvervoer](#). Op het formulier staat wat u moet meesturen.

#### **Uitleg**

1. Intensieve kindzorg: Dat betekent: u heeft verpleging en verzorging nodig door complexe lichamelijke problemen of een lichamelijke handicap. U heeft ook continu toezicht nodig, of er moet altijd verpleegkundige zorg dichtbij zijn
2. Transvision: Transvision is van maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30

### ● Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

In sommige landen loopt u extra risico op infectieziekten, bijvoorbeeld hepatitis of malaria. U kunt zich hiertegen laten vaccineren, of (meestal tegen malaria) medicijnen slikken.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	Geen vergoeding
<b>Start</b>	Geen vergoeding
<b>Extra</b>	€ 100 voor 11 ziekerisico's Max. per kalenderjaar
<b>Op reis</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt geen vaccinaties of preventieve geneesmiddelen voor reizen naar het buitenland.

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

Dan krijgt u geen vergoeding voor buitenlandvaccinaties of preventieve geneesmiddelen.

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

Die vergoedt maximaal € 100 per kalenderjaar aan consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor de volgende infectieziekten:

- hepatitis A en B
- difterie, tetanus en polio (dtp)
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningokokken
- rabiës
- malaria

#### ● Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- [GGD](#)
- [thuisvaccinatie.nl](#)
- vaccinatiecentrum

- **Dit wordt niet vergoed**

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

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

**Soms heeft u een voorschrift of verwijzing nodig**

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

**Geen toestemming**

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

### ● Buitenland: spoedeisende zorg

Bent u in het buitenland en heeft u met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of plotselinge ziekte? Dat is spoedeisende zorg, dus zorg die u onverwachts nodig heeft en meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Zodat u uw reis of verblijf niet hoeft af te breken.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% volgens Nederlands tarief  Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Start</b>	Bewuste Keuze Start vergoedingen gelden ook in het buitenland  Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
<b>Extra</b>	Aanvulling vergoeding basisverzekering + Zorg volgens vergoedingen Bewuste Keuze Extra  <ul style="list-style-type: none"><li>• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief</li><li>• Zorg die onder Bewuste Keuze Extra valt, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief</li><li>• Geregistreerde geneesmiddelen</li><li>• Niet-geneesmiddelen, max. € 250 per kalenderjaar</li></ul>
<b>Tand</b>	Bewuste Keuze Tand vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Op reis</b>	Aanvulling vergoeding basisverzekering  <ul style="list-style-type: none"><li>• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief</li><li>• Geregistreerde geneesmiddelen</li><li>• Niet-geneesmiddelen, max. € 250 per kalenderjaar</li></ul>

#### ● Dit krijgt u vergoed

##### **Vergoeding volgens de Bewuste Keuze Basisverzekering**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt spoedeisende zorg in het buitenland tot maximaal de wettelijke of marktconforme prijs in Nederland. Als bij de vergoedingen staat dat de Bewuste Keuze Basisverzekering die zorg vergoedt.

##### **Of: vergoeding volgens regels van het land waar u zorg krijgt**

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de regels van het land waar u zorg krijgt. Door gebruik te maken van uw Europese zorgpas (EHIC) of een Verdragsformulier 111.

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

Dan krijgt u geen aanvullende vergoeding voor spoedeisende zorg in het buitenland.

### Heeft u Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis?

Verblijft u maximaal 1 jaar in het buitenland? En heeft u daar onvoorzien<sup>1</sup> spoedeisende zorg nodig? Dan vergoeden Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis:

- zorgkosten die voor eigen rekening blijven, als de zorg onder de basisverzekering valt en duurder was dan als u de zorg in Nederland had gekregen. Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis vergoeden deze zorg tot maximaal de wettelijke of marktconforme prijs<sup>2</sup>. De vergoeding volgens de basisverzekering maakt hiervan deel uit
- geneesmiddelen die in Nederland of het land van uw behandeling geregistreerd zijn, maar die de basisverzekering niet vergoedt
- middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 250 per kalenderjaar
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen

Heeft uw zorgverlener in het buitenland een garantie nodig dat ONVZ de zorgkosten vergoedt? Of dat ONVZ een voorschot betaalt? Met Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis regelt onze alarmcentrale dat voor u, als u daarom vraagt. Maar alleen als de Bewuste Keuze Basisverzekering, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis die zorgkosten vergoedt.

Heeft u geneesmiddelen nodig die u op uw verblijfplaats niet kunt krijgen? Als het mogelijk is regelt onze alarmcentrale dan toezending daarvan, als u daarom vraagt. Maar alleen als de Bewuste Keuze Basisverzekering, Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis die geneesmiddelen vergoedt.

### Regeling bij zwangerschap en bevalling

Als u tijdens een zwangerschap naar het buitenland reist, kunnen er medische complicaties optreden in uw zwangerschap of bij de bevalling. Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis vergoedt de zorg voor die complicaties als deze niet te voorzien waren.

Wij zien de reguliere zorg rond zwangerschap en bevalling als voorziene zorg. U kunt daarvoor geen gebruik maken van de vergoedingen van Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis. Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis vergoeden ook geen zorg voor complicaties rond uw zwangerschap en bevalling waarop u een verhoogd risico loopt door uw reis. Dat is zo in de volgende situaties:

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

### • Hier kunt u terecht

Een zorgverlener die in de door de overheid gebruikte registers staat in het land waar u uw behandeling krijgt. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan in dat land, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

### • Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)

Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis vergoeden daarnaast ook niet:

- eigen risico dat u moet betalen

- **Andere vergoedingen**

Voor zorg waarvan u al wist dat u die moest krijgen, en zorg die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg.

- **Wat u zelf betaalt**

**De eigen bijdrage**

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook in het buitenland. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als die regels dat bepalen. Zo werkt de eigen bijdrage

**Het eigen risico**

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u die zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u eigen risico als die regels dat bepalen. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**U heeft geen verwijzing nodig**

Bij acute zorg<sup>3</sup> heeft u geen verwijzing nodig. U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

**Neem bij opname contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance**

Heeft u in het buitenland zorg nodig waarvoor u wordt opgenomen? Dan moet u zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance<sup>4</sup>. 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 dat gevolgen hebben voor de vergoeding.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

In deze regels staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

**U geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens**

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

**Langer dan 1 jaar in het buitenland? Dan geen vergoeding van Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis**

De vergoedingen van Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis gelden alleen bij een verblijf in het buitenland van maximaal 1 jaar.

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

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### **Uitleg**

1. Onvoorzien: Zorg die medisch gezien niet kan wachten, omdat direct ingrijpen nodig is. De zorg was bij vertrek niet te verwachten
2. Marktconforme prijs: Dit is het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling voor dezelfde zorg rekenen
3. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
4. Alarmcentrale Zorgassistance: +31 (0)88 668 97 67



### ● Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. Dat is zorg die gepland kan worden, maar die u niet meteen nodig heeft. Lees wel wat hieronder staat, want de Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt dat niet altijd, of niet alles.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% volgens Nederlandse vergoeding Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de basisverzekering voor de zorg in Nederland zou vergoeden
<b>Start</b>	Bewuste Keuze Start vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Bewuste Keuze Start voor de zorg in Nederland zou vergoeden
<b>Extra</b>	Bewuste Keuze Extra vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat Bewuste Keuze Extra voor de zorg in Nederland zou vergoeden
<b>Tand</b>	Bewuste Keuze Tand vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Op reis</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt niet-spoedeisende zorg in het buitenland tot onze maximale vergoedingen, als bij de [vergoedingen](#) staat dat de Bewuste Keuze Basisverzekering die zorg vergoedt. De voorwaarden die daar staan, gelden ook als u voor de zorg naar het buitenland gaat.

Zorg in het buitenland is vaak duurder dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt soms meer dan het bedrag dat we voor die zorg in Nederland zouden vergoeden. Dat is zo als u zorg nodig heeft die de Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt maar:

1. u kunt gezien uw medische situatie niet op tijd in Nederland worden geholpen, of
2. u kunt die in Nederland niet krijgen

Is dit bij u van toepassing? Dan is ook vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u naartoe gaat voor de behandeling. Maar alleen als u in een [EU-, EER- of verdragsland](#) woont, en de behandeling plaatsvindt in een ander EU-, EER-land of Zwitserland.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- zorg die niet voldoet aan de voorwaarden van de Bewuste Keuze Basisverzekering
- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

### Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de [vergoeding](#) als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt.

Alleen voor ziekenhuiszorg contracteren wij zorgverleners in het buitenland. U vindt deze zorgverleners in ons [Overzicht ziekenhuizen buitenland 2025](#).

### • Andere vergoedingen

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding [Buitenland: spoedeisende zorg](#).

### • Wat u zelf betaalt

#### De eigen bijdrage

Als u in Nederland voor de zorg een eigen bijdrage zou moeten betalen, is dat ook zo als u de zorg in het buitenland krijgt. Of, als u kiest voor vergoeding volgens plaatselijke regels, als u volgens die regels een eigen bijdrage moet betalen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

#### Het eigen risico

Als de zorg in Nederland onder uw eigen risico valt, is dat ook zo als u die zorg in het buitenland krijgt. [Zo werkt het eigen risico](#)

### • Dit moet u zelf doen

#### Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift nodig heeft, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

#### Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor zorg in het buitenland moet u [toestemming](#) van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor zorg met opname of dagopname<sup>1</sup>
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden. En welk deel u misschien zelf moet betalen.

### • Goed om te weten

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

In [deze regels](#) staan dingen die belangrijk zijn voor uw zorgverzekering. Bijvoorbeeld dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

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

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### **Een second opinion kan ook**

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering die second opinion. Daarbij gelden onze maximale vergoedingen.

#### **Uitleg**

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

### ● Repatriëring

Als u na ongeval of ziekte ergens anders heen gebracht moet worden.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	Geen vergoeding
<b>Start</b>	Geen vergoeding
<b>Extra</b>	Repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel
<b>Op reis</b>	Repatriëring bij ernstig(e) ziekte of letsel

#### ● Dit krijgt u vergoed

Wordt u tijdens een reis ernstig ziek, of heeft u ernstig letsel door een ongeval? Dan geldt voor de medische zorg die u nodig heeft de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Heeft u zorg in het buitenland nodig? Dan moet u bij een opname zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Dit kan 24/7 via telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67.

Het kan zijn dat onze alarmcentrale Zorgassistance vindt dat er een medische noodzaak is om u naar een Nederlands ziekenhuis te vervoeren voor bijvoorbeeld (vervolg)behandeling of verder herstel. Dat noemen we medisch noodzakelijke repatriëring.

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

Dan krijgt u geen vergoeding voor repatriëring.

#### **Heeft u Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis?**

Verblijft u maximaal 1 jaar in het buitenland? Dan vergoeden Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis:

- vervoer naar een ziekenhuis in Nederland met de medische begeleiding die daarbij hoort
- extra kosten van verblijf tot maximaal € 150 per dag, als u ergens anders naartoe vervoerd moet worden maar dat om medische redenen nog niet kan

Maar alleen als onze alarmcentrale Zorgassistance dit regelt.

#### ● Hier kunt u terecht

- onze alarmcentrale Zorgassistance<sup>1</sup>

#### ● Dit wordt niet vergoed

- vervoer naar huis, als dat door uw ziekte of letsel niet kan met het geplande vervoermiddel
- vervoer naar huis, als u dat zelf wilt, maar onze alarmcentrale dat niet nodig vindt

#### ● Wat u zelf betaalt

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

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### **Geen eigen risico**

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

#### **U moet contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance**

Onze alarmcentrale Zorgassistance bepaalt of repatriëring nodig is. En regelt dit. Als u de repatriëring zelf regelt, krijgt u mogelijk niet alles vergoed. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

- **Goed om te weten**

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

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

#### **U geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens**

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

#### **Langer dan 1 jaar in het buitenland? Dan geen vergoeding van Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis**

De vergoedingen van Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis gelden alleen bij een verblijf van maximaal 1 jaar in het buitenland.

#### **Uitleg**

1. Alarmcentrale Zorgassistance: +31 (0)88 668 97 67

### ● Vergoeding bij overlijden in het buitenland

Niemand wil natuurlijk dat het gebeurt, maar soms overlijdt iemand tijdens een verblijf in het buitenland.

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	Geen vergoeding
<b>Start</b>	Geen vergoeding
<b>Extra</b>	Repatriëring stoffelijk overschot of € 7.500 voor uitvaart
<b>Op reis</b>	Repatriëring stoffelijk overschot of € 7.500 voor uitvaart

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering kent geen vergoeding bij overlijden in het buitenland.

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

Dan geldt geen vergoeding bij overlijden in het buitenland.

##### **Heeft u Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis?**

Verblijft u maximaal 1 jaar in het buitenland? En komt u daar te overlijden? Dan vergoeden Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis 1 van de volgende mogelijkheden:

- uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van uw familieleden in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500. We vergoeden voor de reis met de auto € 0,27 per kilometer, vliegreis economy class en openbaar vervoer laagste klasse, of
- vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat uw nabestaanden kiezen, maar alleen als onze alarmcentrale Zorgassistance dit regelt

#### ● Hier kunt u terecht

- onze alarmcentrale Zorgassistance<sup>1</sup>

#### ● Wat u zelf betaalt

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

Voor deze dienst betaalt u geen eigen bijdrage.

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

Deze dienst valt niet onder uw eigen risico.

#### ● Dit moet u zelf doen

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

U heeft voor deze dienst geen verwijzing nodig.

##### **Contact met onze alarmcentrale Zorgassistance voor repatriëring stoffelijk overschot**

Bij uw overlijden moet iemand zo snel mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Als anderen het vervoer zelf regelen, dan vergoeden wij mogelijk niet alles. Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67. Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis vergoeden telefoonkosten vanuit het buitenland naar onze alarmcentrale.

- **Goed om te weten**

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

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

**Langer dan 1 jaar in het buitenland? Dan geen vergoeding van Bewuste Keuze Extra of Bewuste Keuze Op Reis**

De vergoedingen van Bewuste Keuze Extra en Bewuste Keuze Op Reis gelden alleen bij een verblijf van maximaal 1 jaar in het buitenland.

**Uitleg**

1. Alarmcentrale Zorgassistance: +31 (0)88 668 97 67

### ● Vergoeding in bijzondere gevallen

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	Na onze toestemming In onze beslissing staat wat u vergoed krijgt
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de zorg die in de [vergoedingen](#) staat.

In bijzondere gevallen vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook andere zorg. Dit moet zorg zijn die normaal hetzelfde of een beter resultaat geeft dan de zorg die bij de vergoedingen staat. En het mag geen zorg zijn die nooit verzekerd is. U moet ons vooraf toestemming vragen.

De [ZorgConsulent](#) kan u hier meer over vertellen.

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **De eigen bijdrage**

Voor deze zorg kan een eigen bijdrage gelden. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

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

Voor deze zorg kan het eigen risico gelden. [Zo werkt het eigen risico](#)

#### ● Dit moet u zelf doen

##### **U heeft meestal een voorschrift of verwijzing nodig**

U moet een voorschrift of verwijzing hebben als dat staat in de [vergoeding](#) voor de zorg die u wilt.

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

Voor deze zorg moet u vooraf toestemming van ons hebben. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Vraag [toestemming](#) voordat u met de behandeling begint.

#### ● Goed om te weten

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

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

##### **Wacht eerst onze beslissing af**

Wij geven in principe geen toestemming als u de zorg al (voor een deel) heeft gekregen.



## ● Inhoudsopgave

<b>Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering</b>	<b>178</b>
Pruik	178
Prothesen	180
Mammaprothesen (borstprothesen)	183
Hulpmiddelen bij problemen met ademen	185
CPAP-apparaten	188
MRA	190
Zuurstofapparaten	192
Hulpmiddelen bij problemen met bewegen	194
Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen	197
Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)	199
Orthesen	201
Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie	203
Hulpmiddelen bij problemen met zien	205
Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders	208
Hulpmiddelen bij problemen met horen	211
Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers	214
Verbandmiddelen	216
Verbandschoenen	218
Hulpmiddelen bij problemen met urine en ontlasting	220
Incontinentiemateriaal	223
Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed	225
Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen	228
Therapeutisch elastische kousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen	230
Hulpmiddelen bij diabetes	233
Infuus pomp voor geneesmiddelen	237
Kappen voor schedelbescherming	239
Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	241
Hulpmiddelen bij problemen met spreken	243
Persoonsalarmering	245
Hulpmiddelen bij chronische pijnbestrijding	247
Hulpmiddelen bij trombose	249
Met thuisdialyse samenhangende kosten	251
Daisyspelers	253
Hulphonden	255
Valpreventieve beweeginterventie	258

## ● Pruik

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	€ 482,50 bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per pruik
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal € 482,50 voor een pruik, als u helemaal of voor een deel kaal wordt of bent door een medische behandeling of een aandoening. Als de leverancier van de pruik geen contract met ons heeft, vergoeden wij maximaal € 337,75.

De minimale gebruikstermijn van een pruik is 1 jaar.

### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van pruiken

### ● Leverancier zonder contract

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

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

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

### ● Dit wordt niet vergoed

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

### ● Wat u zelf betaalt

#### De eigen bijdrage

U betaalt geen eigen bijdrage omdat de wet dat bepaalt, zoals bij bijvoorbeeld orthopedische schoenen of een kunstgebit. Maar u betaalt wel meerkosten: als de pruik meer kost dan € 482,50 (of € 337,75 bij een niet-gecontracteerde leverancier) betaalt u het bedrag daarboven zelf.

#### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

#### Ja, een voorschrift

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts of oncologieverpleegkundige.

#### U moet ons vooraf toestemming vragen

Voordat u de pruik koopt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

## ● Prothesen

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt prothesen voor het vervangen van:

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

Daarnaast vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook een liner of stompkous, als u die bij uw prothese nodig heeft.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook prothesen voor het vervangen of bedekken van:

- oogbol, inclusief scleraschalen<sup>1</sup> en -lenzen zonder visuscorrectie
- gezicht, inclusief neus en oren

Verderop bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van prothesen

### ● Leverancier zonder contract

Voor gezichtsprothesen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Kiest u bij de andere prothesen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

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

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

### ● Andere vergoedingen

Stemprothesen die in het ziekenhuis geplaatst worden, vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

Scleralenzen met visuscorrectie vallen onder de vergoeding [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#).

Gebitsprothesen vallen onder de vergoeding [Gebitsprothese \(kunstgebit\) vanaf 18 jaar](#) of [Tandheelkundige zorg tot 18 jaar](#).

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## Het eigen risico

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

### Soms moet u vooraf toestemming vragen

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat of toestemming nodig is en hoe u die regelt.

## • Details per hulpmiddel

### Prothesen voor schouders, armen of handen

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist of physician assistant
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier. U stuurt het voorschrift mee, het PPP-protocol<sup>2</sup> en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

### Prothesen voor benen en voeten

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist of physician assistant
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier. U stuurt het voorschrift mee, het PPP-protocol<sup>2</sup> en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen. Bent u jonger dan 18 jaar, dan krijgt u het in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar. Bent u jonger dan 18 jaar, dan is die 2 jaar

### Bekrachte arm- en beenprothesen

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist of physician assistant
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier. U stuurt het voorschrift mee, het PPP-protocol<sup>2</sup> en een offerte van de leverancier
- u krijgt een bekrachte armprothese in eigendom
- U krijgt een bekrachte beenprothese in bruikleen
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

### Stompkousen

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of physician assistant
- u heeft geen toestemming nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- u krijgt maximaal 6 stompkousen per jaar

### Liner

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist of physician assistant
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 1 jaar

# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## Stemprothesen

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist
- u heeft geen toestemming nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

## Oogprothesen, scleraschalen en scleralenzen zonder visuscorrectie

- u moet een voorschrift hebben van uw oogarts
- u heeft geen toestemming nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn van scleralenzen is 1 jaar
- de minimale gebruikstermijn van oogprothesen is 2 jaar

## Gezichtsprothesen (inclusief neus en oren)

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist
- u heeft toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

## ● Goed om te weten

### Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### Uitleg

1. Scleraschalen: Een scleraschaal is een prothese die de oogbol voor een deel bedekt. Een scleralens lijkt op een contactlens, met een gekleurde iris
2. PPP-protocol: Uw zorgverlener is bekend met dit protocol en vult dit in

### ● Mammaprothesen (borstprothesen)

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een uitwendige borstprothese (ook wel mammaprothese genoemd) 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

#### ● Leverancier zonder contract

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

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

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- bh's, plakpleisters en hechtstrips

#### ● Andere vergoedingen

Voor borstimplantaten die de chirurg plaatst, geldt de vergoeding [Medisch specialist](#).

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

#### ● Dit moet u zelf doen

##### Ja, een voorschrift

U krijgt het van uw behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige.

##### Soms moet u vooraf toestemming vragen

Als u de borstprothese wilt vervangen binnen de minimale gebruikstermijn van 1 jaar, heeft u vooraf toestemming nodig. Die vraagt u via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.



### ● Hulpmiddelen bij problemen met ademen

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt uitwendige hulpmiddelen die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpen.

Verderop bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook de stoffen die u met deze hulpmiddelen krijgt toegediend. Met stoffen bedoelen wij zuurstof of andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen. Die bedoeld zijn om te helpen met ademen.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met ademen

#### ● Leverancier zonder contract

Voor longvibrators sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs.

Kiest u bij de andere hulpmiddelen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

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

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- [Zuurstofapparaten](#)
- [CPAP-apparaten](#)
- [MRA](#)

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding [Mechanische beademing](#).

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Het eigen risico

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### **Ja, een voorschrift**

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

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

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat of toestemming nodig is en hoe u die regelt.

## • Details per hulpmiddel

### **Voorzetkamers**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of longverpleegkundige
- u heeft geen toestemming nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

### **Vernevelaars en wat daarbij hoort**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of longverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

### **Apparatuur voor positieve uitademingsdruk**

- u moet een voorschrift hebben van uw longarts of kinderarts
- u heeft geen toestemming nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

### **Slijmuitzuigapparatuur**

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist
- u heeft geen toestemming nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

### **Tracheacanule en wat daarbij hoort**

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist
- u heeft geen toestemming nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

### **Longvibrator**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft geen toestemming nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

### **Slaappositietrainer**

Hulpmiddel als u lichte of matige slaapapneu heeft en op uw rug slaapt. Het apparaat geeft een trilling, waardoor u traint om op uw zij te liggen.

- u moet een voorschrift hebben van uw longarts, KNO-arts of neuroloog
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

## ● CPAP-apparaten

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een CPAP(Continuous Positive Airway Pressure)-apparaat als u matige tot ernstige slaapapneu<sup>1</sup> heeft. Maar alleen na een proefperiode met positief resultaat.

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

### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van CPAP-apparaten

### ● Leverancier zonder contract

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

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

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

### ● 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

### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met ademen](#)
- [Zuurstofapparaten](#)
- [MRA](#)

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding [Mechanische beademing](#).

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Geen eigen risico**

U krijgt het CPAP-apparaat in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Koopt u deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

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

U krijgt het voorschrift van uw longarts, KNO-arts of neuroloog.

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

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

Voordat u het CPAP-apparaat krijgt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

### ● **Goed om te weten**

#### **U heeft elk jaar recht op onderhoud van uw CPAP-apparaat**

Elk jaar heeft u recht op onderhoud van uw CPAP-apparaat. De leverancier controleert uw apparaat en vervangt de slang en het masker. Gaat u naar een gecontracteerde leverancier? Dan regelt die dit voor u. Heeft u een leverancier die geen contract met ons heeft? Dan moet u dit zelf met de leverancier regelen. En ons opnieuw toestemming vragen.

#### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

#### **Uitleg**

1. Slaapapneu: Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS). Bij slaapapneu stopt de ademhaling tijdens uw slaap vaak en voor meer dan 10 seconden

## ● MRA

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een MRA<sup>1</sup> als u lichte tot matige slaapapneu<sup>2</sup> heeft of als een CPAP-apparaat bij u niet werkt.

De minimale gebruikstermijn van een MRA is 5 jaar.

### ● Hier kunt u terecht

- NVTS-erkende tandarts
- 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

### ● Leverancier of kaakchirurg zonder contract

Kiest u voor een leverancier of kaakchirurg waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

Met tandartsen en orthodontisten sluiten we geen contracten. U kunt voor uw MRA bij elke NVTS-erkende tandarts terecht.

#### **Wilt u naar een leverancier of kaakchirurg met een contract?**

In onze Zorgzoeker kunt u snel nakijken met welke leveranciers en kaakchirurgen we een contract hebben.

### ● Dit wordt niet vergoed

- hulpmiddelen die alleen bedoeld zijn om snurken te verminderen

### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- Hulpmiddelen bij problemen met ademen
- Zuurstofapparaten
- CPAP-apparaten

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding Mechanische beademing.

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw longarts, KNO-arts of neuroloog.

**U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u het MRA koopt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier, tandarts, kaakchirurg of orthodontist dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming. U stuurt het voorschrift mee en de offerte van de leverancier of zorgverlener.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

**Uitleg**

1. MRA: Mandibulair Repositie Apparaat. Een MRA schuift uw onderkaak naar voren. Zo blijven uw luchtwegen tijdens het slapen vrij
2. Slaapapneu: Slaapapneu heet officieel Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS). Bij slaapapneu stopt de ademhaling tijdens uw slaap vaak en voor meer dan 10 seconden

## ● Zuurstofapparaten

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt zuurstofapparaten als die problemen met ademen helemaal of voor een deel verhelpen. En stoffen die u met het zuurstofapparaat krijgt toegediend: zuurstof en andere stoffen met een certificaat volgens de Wet op de medische hulpmiddelen, bedoeld om beter te kunnen ademen.

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

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

Gebruikt uw zuurstofapparaat stroom? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering € 0,09 per uur dat u het apparaat gebruikt. Ieder uur moet geregistreerd zijn door de leverancier van het hulpmiddel. Is deze vergoeding voor u niet toereikend? Dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. Daarbij stuurt u ons een kopie van uw energiecontract. Daarin moeten de tarieven van (terug)geleverde stroom staan. Ook stuurt u de gegevens van uw zuurstofapparaat (merk, type en wattage) mee. U kunt uw verzoek indienen via ons [uploadformulier](#).

Gaat u naar het buitenland? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook zuurstof die u in het buitenland krijgt. Maar maximaal tot wat u ook in Nederland vergoed zou krijgen, volgens de vergoeding [Buitenland: niet-spoedeisende \(voorziene\) zorg](#). Zuurstof in het buitenland regelt u via uw leverancier.

### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van zuurstofapparaten

### ● Leverancier zonder contract

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

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

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.



## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

### • **Andere vergoedingen**

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met ademen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met ademen](#)
- [CPAP-apparaten](#)
- [MRA](#)

Chronische ondersteuning van de ademhaling valt onder de vergoeding [Mechanische beademing](#).

### • **Wat u zelf betaalt**

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

U krijgt zuurstofapparaten in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Voor de vergoeding voor stroom van € 0,09 per uur geldt wel het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### • **Dit moet u zelf doen**

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

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts.

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

Voordat u zuurstofapparaten krijgt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

### • **Goed om te weten**

#### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Hulpmiddelen bij problemen met bewegen

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt soms meer dan een orthese bij beperkingen met houding en beweging (motorische handicap).

Helpt een orthese niet of niet genoeg, en bent u door uw aandoening nog beperkt bij één van de volgende activiteiten?

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

Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook hulpmiddelen om dit te corrigeren of te verbeteren.

Verderop bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met bewegen

#### ● Leverancier zonder contract

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

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

In onze Zorgzoeker kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● 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, of lopen
- een stoel met alleen een sta-op functie
- hulpmiddelen die u alleen bij het sporten gebruikt

#### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen
- Orthesen
- Daisyspelers
- Hulphonden (ADL-honden)
- Kortdurende uitleen
- Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Koopt u deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel. [Zo werkt het eigen risico](#)

## ● Dit moet u zelf doen

### Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Voordat u het hulpmiddel krijgt, moet u toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe u die regelt.

## ● Details per hulpmiddel

### Robotarm en dynamische armondersteuning

- u moet een voorschrift met toelichting hebben van uw medisch specialist
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift met toelichting mee en een offerte van de leverancier

### Robotmanipulator

- u moet een voorschrift hebben van uw revalidatiearts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

### Eetapparaat

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### Trippelstoel

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier

### Loopwagen of loopfiets

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier

### Aangepaste tafel of stoel

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts en een schriftelijk advies van de ergotherapeut
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

### **Apparatuur voor omgevingsbediening**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### **Aangepaste apparatuur om de computer te bedienen**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en het schriftelijk advies en een offerte van de leverancier

### **Bladomslagapparaat**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### **Aangepaste telefoon via omgevingsbesturing**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### **Telefoonhoornhouder**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- let op! Als de houder € 250 of minder kost, geldt het eigen risico wél, omdat u dit hulpmiddel dan in eigendom krijgt

### **Telefoonnummerkiezer**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### **Stabeugel, (dynamische) sta-, zit- of ligorthese**

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist en bij vervanging van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### **Anti-decubitus kussen**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

## ● **Goed om te weten**

### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• U betaalt een eigen bijdrage</li></ul>
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt:

- orthopedische schoenen: speciaal op maat gemaakte schoenen
- semi-orthopedische schoenen: bestaande schoenen die zo worden aangepast dat het uw voetklachten oplost
- een aanpassing aan gewone schoenen (schoenen in standaardmaat)
- orthopedische binnenschoenen

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt deze orthopedische schoenen of schoenaanpassingen alleen als:

- u een ernstige aandoening heeft, en
- u daardoor beperkingen met houding en beweging (motorische handicap) heeft, en
- u orthopedische schoenen of schoenaanpassingen altijd nodig heeft om dit te corrigeren

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van (semi-)orthopedische schoenen en schoenaanpassingen

#### ● Leverancier zonder contract

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

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

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- schoenen in standaardmaat
- orthopedische schoenen en schoenaanpassingen voor tijdelijk gebruik
- orthopedische schoenen en schoenaanpassingen die u alleen bij het sporten gebruikt

#### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Orthesen](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden \(ADL-honden\)](#)
- [Kortdurende uitleen](#)
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)

## ● Wat u zelf betaalt

### **De eigen bijdrage**

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat voor welke hulpmiddelen een eigen bijdrage geldt. Zo werkt de eigen bijdrage

### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

## ● Dit moet u zelf doen

### **Ja, een voorschrift**

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

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

Voordat u de schoenen koopt of laat aanpassen, moet u toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder leest u hoe u die regelt.

## ● Details per hulpmiddel

### **(Semi-)orthopedische schoenen**

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u betaalt een eigen bijdrage van € 134 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is dit € 67 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is deze 6 maanden

### **Wisselpaar (semi-)orthopedische schoenen vanaf 16 jaar**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u betaalt een eigen bijdrage van € 134 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden
- u kunt een wisselpaar aanvragen als u uw 1e paar (semi-)orthopedische schoenen 3 maanden heeft

### **Orthopedische binnenschoenen**

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### **Aanpassing aan schoenen in standaardmaat**

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u mag maximaal 2 paar schoenen of 2 stuks per 18 maanden laten aanpassen

## ● Goed om te weten

### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt kortdurende uitleen van de bij 'Details per hulpmiddel' hieronder genoemde hulpmiddelen als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)
2. u bent door die aandoening beperkt bij wassen en naar het toilet gaan, het maken van transfers of u verplaatsen
3. u heeft voor maximaal 26 weken een hulpmiddel nodig om dit te corrigeren of verbeteren. Als het nodig is, kunnen we deze termijn iets verlengen

Als u zich niet goed kunt verplaatsen, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering niet alle hulpmiddelen, maar wel rolstoelen, drempelhulpen en transferhulpmiddelen.

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

#### ● Leverancier zonder contract

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

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

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● 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, of lopen
- een stoel met alleen een sta-op functie
- hulpmiddelen die u alleen bij het sporten gebruikt

#### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen](#)
- [Orthesen](#)
- [Daisyspelers en Hulphonden](#)
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## Het eigen risico

U krijgt deze hulpmiddelen in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Koopt u deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

### Geen toestemming

U heeft voor deze hulpmiddelen geen toestemming nodig. Met het voorschrift kunt u het hulpmiddel direct bij een leverancier halen.

## • Details per hulpmiddel

### Rolstoel

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts

### Gipssteun

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts

### Drempelhelp

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts

### Transferplank, draaischijf en tillift

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige

### Luchtring

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts

### Losse toiletverhoger, losse toiletstoel, losse douchestoel en badplank

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige

## • Goed om te weten

### Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.



## ● Orthesen

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt orthesen als u aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap)
2. u heeft altijd een orthese nodig om dit te corrigeren

De minimale gebruikstermijn van een orthese is 2 jaar.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van orthesen

#### ● Leverancier zonder contract

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

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

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

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

#### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met bewegen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Orthopedische schoenen en schoenaanpassingen](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden \(ADL-honden\)](#)
- [kortdurende uitleen](#)
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

#### ● Dit moet u zelf doen

##### Ja, een voorschrift

U krijgt het voorschrift van uw medisch specialist. Bij vervanging kan dit ook van uw behandelend arts zijn.

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

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

Voordat u de orthese koopt, moet u toestemming van ons hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Goed om te weten**

### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• U betaalt een eigen bijdrage</li></ul>
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt **lenzen** als 1 van deze situaties voor u geldt:

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

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt **brillenglazen** of **filterglazen** als u jonger bent dan 18 jaar én 1 van deze situaties voor u geldt:

- de Bewuste Keuze Basisverzekering zou 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

#### ● Leverancier zonder contract

Voor brillenglazen en filterglazen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs.

Kiest u bij lenzen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

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

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

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

#### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met zien:

- [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden](#) (blindengeleidehonden)

- **Wat u zelf betaalt**

**De eigen bijdrage**

U betaalt een eigen bijdrage voor brillenglazen of filterglazen van € 64 per glas, tot maximaal € 128 per kalenderjaar. Voor lenzen is dat € 64 per lens, als u deze langer dan 1 jaar kunt gebruiken. En € 64 per te corrigeren oog per kalenderjaar als u de lenzen korter dan 1 jaar kunt gebruiken. Zo werkt de eigen bijdrage

**Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw oogarts.

**U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u de brillenglazen of lenzen koopt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Hulpmiddelen bij problemen met zien

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

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

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt, als u problemen heeft met zien, hulpmiddelen die:

- beperkingen bij lezen, schrijven of het gebruik van apparaten voor elektronische communicatie of informatievoorziening helemaal of voor een deel verhelpen
- beperkingen bij oriëntatie of om obstakels heenlopen helemaal of voor een deel verhelpen

Verderop bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met zien

#### ● Leverancier zonder contract

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

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

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven, zoals een simpele handloop of leesliniaal

#### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met zien:

- [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#)
- [Daisyspelers](#)
- [Hulphonden](#) (blindengeleidehond)

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **De eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

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

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

#### ● Dit moet u zelf doen

##### **Ja, een voorschrift**

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## **U heeft meestal toestemming nodig**

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat of toestemming nodig is en hoe u die regelt.

### ● **Details per hulpmiddel**

#### **Bijzondere optische hulpmiddelen, zoals telescoopbril, loepenbril en lichtloep**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of van een voorschrijver die werkt bij een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

#### **Ptoxisbril of kappenbril**

- u moet een voorschrift hebben van uw oogarts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

#### **Beeldschermloep**

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

#### **Tactiel-leesapparatuur**

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

#### **Grootletterssoftware voor computer**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

#### **Invoer- en uitvoerapparatuur voor bediening van computers**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

#### **Spraaksoftware voor mobiele telefoon**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## **Memorecorder**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

## **Voorleesapparatuur**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

## **Blindentaststok**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft geen toestemming nodig
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

## ● **Goed om te weten**

### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tot 18 jaar 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• Vanaf 18 jaar 75% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul>
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt hoortoestellen en tinnitusmaskeerders als u ernstig gehoorverlies heeft, of ernstig oorsuizen. Gehoorverlies is ernstig bij een verlies van 35 dB (decibel) of meer. De audicien stelt dit vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz (hertz) te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Heeft u recht op een hoortoestel, maar gebruikt u liever een eenvoudige luisterhulp? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering deze luisterhulp.

Voldoet u niet aan de voorwaarde van gehoorverlies of ernstig oorsuizen? In bijzondere situaties vergoeden wij hoortoestellen, tinnitusmaskeerders en eenvoudige luisterhulpen toch. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

Verderop staan de details per hulpmiddel.

#### ● Hier kunt u terecht

- audicien

#### ● Leverancier zonder contract

Voor eenvoudige luisterhulpmiddelen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Kiest u bij de andere hoorhulpmiddelen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij hoorproblemen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met horen](#)
- [Hulphonden](#) (signaalhonden)

Voor andere audiologische zorg, bijvoorbeeld onderzoek naar uw gehoor, geldt de vergoeding [Audiologische zorg](#).

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplant worden, vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **De eigen bijdrage**

Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)



# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### U heeft bijna altijd een voorschrift of verwijzing nodig

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat wanneer u een voorschrift moet hebben en van welke zorgverlener u het krijgt.

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Voordat u het hulpmiddel koopt, moet u toestemming van ons hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe u die regelt.

## • Details per hulpmiddel

### Hoortoestellen

- u moet een voorschrift hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum. Bent 67 jaar of ouder, dan kunt u zonder voorschrift naar de audicien
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee, een offerte van de leverancier, een recent toon- en spraakaudiogram, een ingevulde Hoorvragenlijst en een tevredenheidsverklaring
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage
- Wilt u een hoortoestel uit een hogere categorie dan waar u recht op heeft volgens het [Hoorprotocol 2.0](#)? Dat kan alleen als u het hoortoestel koopt bij een leverancier die een contract met ons heeft. U krijgt u dan 75% van de aanschafkosten van het hoortoestel waar u recht op heeft volgens het Hoorprotocol. Heeft uw leverancier geen contract met ons? En wilt u een hoortoestel uit een hogere categorie dan waar u recht op heeft volgens het Hoorprotocol? Dan moet u dat hoortoestel zelf betalen
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

### Oorstukjes

- u moet een voorschrift hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum. Bent u 67 jaar of ouder, dan kunt u zonder voorschrift naar de audicien
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage
- de minimale gebruikstermijn is 24 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is deze 6 maanden

### Tinnitusmaskeerder

- u moet een voorschrift hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage
- Wilt u een tinnitusmaskeerder uit een hogere categorie dan waar u recht op heeft volgens het [Hoorprotocol 2.0](#)? Dat kan alleen als u de tinnitusmaskeerder koopt bij een leverancier die een contract met ons heeft. U krijgt u dan 75% van de aanschafkosten van de tinnitusmaskeerder waar u recht op heeft volgens het Hoorprotocol. Heeft uw leverancier geen contract met ons? En wilt u een tinnitusmaskeerder uit een hogere categorie dan waar u recht op heeft volgens het Hoorprotocol? Dan moet u die tinnitusmaskeerder zelf betalen
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

### Eenvoudige luisterhulpmiddelen

- u moet een voorschrift hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### ● Goed om te weten

#### Uw audicien moet aan het Hoorprotocol voldoen

Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien werkt volgens het actuele [Hoorprotocol 2.0](#). Uw audicien kan u daar meer over vertellen.

#### Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Hulpmiddelen bij problemen met horen

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook andere hoorhulpmiddelen dan een hoortoestel, tinnitusmaskeerder en eenvoudige luisterhulp. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat welke hulpmiddelen dat zijn.

U moet aan deze 3 voorwaarden voldoen:

1. u heeft ernstig gehoorverlies, of ernstig oorsuizen en u gebruikt een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp, en
2. u kunt daarmee nog niet goed horen, of communicatieapparatuur niet goed gebruiken, en
3. het andere hoorhulpmiddel kan dit verbeteren

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt deze hoorhulpmiddelen ook in plaats van een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp.

Gehoorverlies is ernstig bij een verlies van 35 dB (decibel) of meer. De audicien stelt dit vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz (hertz) te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Voldoet u niet aan deze voorwaarde? In bijzondere situaties vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering toch hoorhulpmiddelen. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook hoorhulpmiddelen voor op uw werk of in het onderwijs als deze aan 3 voorwaarden voldoen. Het hoorhulpmiddel:

1. is een aanvulling op het hoortoestel of trilmechanisme dat u al heeft en is voor u persoonlijk bedoeld, en
2. is draadloos verbonden met uw hoortoestel of trilmechanisme, en
3. is nodig om uw werk te kunnen doen of onderwijs te kunnen volgen

#### ● Hier kunt u terecht

- audicien
- leverancier van hoorhulpmiddelen

#### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## • Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij hoorproblemen:

- [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#)
- [Hulphonden](#) (signaalhonden)

Voor andere audiologische zorg, bijvoorbeeld onderzoek naar uw gehoor, geldt de vergoeding [Audiologische zorg](#).

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplantéerd worden, vallen onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. [Help me even: het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### U heeft bijna altijd een voorschrift of verwijzing nodig

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat wanneer u een voorschrift moet hebben en van welke zorgverlener u het krijgt.

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Voordat u het hulpmiddel koopt, moet u toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe u die regelt.

## • Details per hulpmiddel

### Ringleiding, FM-apparatuur of infraroodapparatuur

- u moet een voorschrift hebben van uw huisarts, KNO-arts, een audiologisch centrum of triage audicien en een recent audiogram
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift met audiogram mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

### Teksttelefoon en beeldtelefoon

- u moet een voorschrift hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

### Wek- en waarschuwingssysteem

- u moet een voorschrift met recent audiogram hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift met audiogram en een offerte mee van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

### **Soloapparatuur**

- u moet een voorschrift met recent audiogram en medische onderbouwing hebben van uw KNO-arts of een audiologisch centrum
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier. U stuurt het voorschrift met audiogram en medische onderbouwing mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

### ● **Goed om te weten**

#### **Uw audicien of leverancier moet aan het Hoorprotocol voldoen**

Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien of andere leverancier werkt volgens het actuele [Hoorprotocol 2.0](#). Uw audicien of leverancier kan u daar meer over vertellen.

#### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li><li>• U betaalt een eigen bijdrage</li></ul>
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt op maat gemaakte allergeenvrije schoenen en hielbeschermers bij 1 van deze aandoeningen:

- complexe wond, of een hoog risico daarop
- chronische huidaandoening
- ernstige littekens als u daardoor een aantoonbare lichamelijke stoornis heeft of verminkt bent

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

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt op maat gemaakte allergeenvrije schoenen als u in redelijkheid niet kunt volstaan met gewone allergeenvrije schoenen (confectie).

Verderop bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van allergeenvrije schoenen en hielbeschermers

#### ● Leverancier zonder contract

Voor hielbeschermers sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

Kiest u bij allergeenvrije schoenen voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- gewone allergeenvrije schoenen (confectie)
- zelfzorgmiddelen

#### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij huidproblemen:

- [Verbandmiddelen](#)
- [Verbandschoenen](#)
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)

# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## ● Wat u zelf betaalt

### **De eigen bijdrage**

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat voor welke hulpmiddelen dat geldt. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## ● Dit moet u zelf doen

### **Ja, een voorschrift**

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u de schoenen of hielbeschermers koopt, moet u toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe u die regelt.

## ● Details per hulpmiddel

### **Op maat gemaakte allergeenvrije schoenen**

- u moet een voorschrift hebben van uw dermatoloog
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u betaalt een eigen bijdrage van € 134 per paar. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is dit € 67 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is deze 6 maanden

### **Wisselpaar allergeenvrije schoenen vanaf 16 jaar**

- u moet een voorschrift hebben van uw dermatoloog
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u betaalt een eigen bijdrage van € 134 per paar
- de minimale gebruikstermijn is 18 maanden

### **Hielbeschermers tegen doorliggen**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wondverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

## ● Goed om te weten

### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

## ● Verbandmiddelen

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt verbandmiddelen bij:

- een complexe wond, of een hoog risico daarop
- een chronische huidaandoening, of
- 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 de wond niet goed verzorgd wordt

Verderop bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van verbandmiddelen

### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

### ● 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

### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij huidproblemen:

- [Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers](#)
- [Verbandschoenen](#)
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.



# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## ● Dit moet u zelf doen

### Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Voordat u de verbandmiddelen koopt, moet u toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe u die regelt.

## ● Details per hulpmiddel

### Verbandmiddelen

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts, verpleegkundig specialist of wondverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier, of het ZN-aanvraagformulier Verbandhulpmiddelen

### Bandagelenzen (zonder visuscorrectie)

- u moet een voorschrift hebben van uw oogarts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

## ● Goed om te weten

### Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

## ● Verbandschoenen

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt verbandschoenen alleen als 1 van deze situaties voor u geldt:

- u heeft huid-, gevoel- of vaatproblemen aan uw voet
- u bent aan het herstellen omdat uw voet voor een deel is geamputeerd
- door een wond of operatie is uw voet beschadigd

Hierdoor moeten uw voeten worden verbonden, en kunt u geen gewone schoenen aan.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt alleen standaard verbandschoenen (confectie). Die zijn er in zoveel soorten en maten dat op maat gemaakte verbandschoenen niet nodig zijn.

### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van verbandschoenen

### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

### ● Dit wordt niet vergoed

- inlegzolen

### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij huidproblemen:

- [Allergeenvrije schoenen en hielbeschermers](#)
- [Verbandmiddelen](#)
- [Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed](#)

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

**Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige.

**Geen toestemming**

U heeft voor deze hulpmiddelen geen toestemming nodig. Met het voorschrift kunt u het hulpmiddel direct bij een leverancier halen.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Hulpmiddelen bij problemen met urine en ontlasting

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de hulpmiddelen die bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staan als 1 van de volgende situaties voor u geldt:

- door een ziekte, aandoening of behandeling heeft u minder of geen controle meer bij het ophouden van urine of ontlasting, of
- door een ziekte of aandoening kunt u urine of ontlasting niet op normale wijze kwijt

Heeft u een stoma? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook hulpmiddelen om uw huid te beschermen. En de materialen die bij uw stoma nodig zijn. Welke materialen dat zijn, staat bij 'Details per hulpmiddel' hieronder.

In bijzondere situaties vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook beschermende onderleggers. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag. Die is er als het verlies van bloed, (ontstekings)vocht, urine of ontlasting zulke grote hygiëneproblemen voor u geeft, dat alleen een onderlegger een oplossing biedt.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting

#### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- middelen die uw huid beschermen als u geen stoma heeft
- kleding, behalve netbroekjes
- incontinentiematras
- plaswekker tegen nachtelijk bedplassen

#### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting:

- [Incontinentiemateriaal](#) (absorberend en wasbaar materiaal)
- [Geneesmiddelen](#), die uw huid beschermen als u een stoma heeft

## ● Wat u zelf betaalt

### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## ● Dit moet u zelf doen

### **Ja, een voorschrift**

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u het hulpmiddel koopt, moet u toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe u die regelt.

## ● Details per hulpmiddel

### **Urine-opvangzakken**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### **Katheters en wat daarbij hoort**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### **Spoelapparatuur (ontlasting)**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continëntieverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

### Stomamateriaal

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of gespecialiseerd stomaverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u heeft recht op een maximale hoeveelheid materiaal. Als u meer stomamateriaal nodig heeft, dan kunnen wij daar toestemming voor geven. De maximale hoeveelheid materiaal:
  - 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

### Beschermende onderleggers voor matras of (rol)stoel

- u moet een voorschrift met motivatie hebben van uw behandelend arts of gespecialiseerd stoma- of continetieverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### ● Goed om te weten

#### Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

## ● Incontinentiemateriaal

### Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt absorberend incontinentiemateriaal als u door een ziekte, aandoening minder of geen controle heeft bij het ophouden van urine of ontlasting (incontinentie) en aan de volgende voorwaarde voldoet:

- 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

Er is sprake van langdurige incontinentie 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 is duidelijk 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

Heeft u ondersteuning met absorberend incontinentiemateriaal nodig tijdens therapie met bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering deze materialen zolang de therapie duurt.

Wilt u de therapie niet volgen terwijl dit voor u wel zou kunnen helpen? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering het incontinentiemateriaal niet.

De continetieverpleegkundige bepaalt welk materiaal en hoeveel u nodig heeft, tijdens de intake bij uw leverancier. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt die hoeveelheid.

### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van incontinentiemateriaal

### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

### ● Dit wordt niet vergoed

- schoonmaakmiddelen en geurmiddelen
- kleding, behalve netbroekjes
- incontinentiemateriaal bij tijdelijke incontinentie, bijvoorbeeld na een operatie of zwangerschap, of nachtelijk bedplassen

- **Andere vergoedingen**

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen bij incontinentie:

- Hulpmiddelen bij problemen met urine en ontlasting. Daar staat ook de vergoeding voor beschermende onderleggers voor matrassen en (rol)stoelen

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts, physician assistant, verpleegkundig specialist, Urologie Continentie Stoma verpleegkundige of continetieverpleegkundige.

**U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u het hulpmiddel koopt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het uploadformulier. U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

**Zelf aan de slag bij beginnende klachten**

Heeft u beginnende klachten van ongewild urineverlies? Dan is dat vervelend en wilt u snel weer controle over uw blaas. Gelukkig kunt u dit vaak zelf weer verbeteren. Wij helpen u graag met tips en adviezen. Kijk hiervoor op onze site bij "snel grip op urineverlies".



### ● Hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt hulpmiddelen die nodig zijn om op verantwoorde manier verpleging en verzorging op bed te krijgen. Of, als u geen verpleging en verzorging op bed heeft, om op verantwoorde wijze zelfstandig te blijven. U kunt deze hulpmiddelen ook (tijdelijk) krijgen als u ze nodig heeft in verband met bevalling en kraamzorg. Welke hulpmiddelen dat zijn, staat bij 'Details per hulpmiddel' hieronder.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt aangepaste bedden en daarvoor bedoelde matrassen als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft verpleging en verzorging op bed nodig, en u heeft daar een indicatie voor
2. het gaat om hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)<sup>1</sup> op bed, of een combinatie hiervan met verpleging en verzorging
3. u heeft deze hulp en verpleging en verzorging meerdere keren per dag nodig

Onderleggers om uw matras te beschermen vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering alleen als deze de enige manier zijn om problemen met hygiëne door bloed of wondvocht op te lossen.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed

#### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Andere vergoedingen

Voor hulpmiddelen die u tijdelijk nodig heeft omdat u problemen heeft met bewegen, geldt de vergoeding [Kortdurende uitleen](#).

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Het eigen risico**

Het eigen risico geldt alleen voor bedbeschermende onderleggers. Want die krijgt u in eigendom. De andere hulpmiddelen krijgt u in bruikleen. Daarvoor geldt geen eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### **Ja, een voorschrift**

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

### **Soms moet u vooraf toestemming vragen**

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat of toestemming nodig is en hoe u die regelt.

## • Details per hulpmiddel

### **Bed met matras in speciale uitvoering**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### **Anti-decubitus matras (voor behandeling of preventie van doorligwonden)**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts, wondverpleegkundige of wijkverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier

### **Dekenboog, onrusthekken, bedgalg, papegaai en portaal**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming nodig

### **Infuusstandaard**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming nodig

### **Bedtafel**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming nodig

### **Glij- en rollaken**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming nodig

### **Bedverkorter, bedverlenger en bedverhoger**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming nodig

### **Ondersteek**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming nodig

### **Bedbeschermende onderleggers**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of wijkverpleegkundige
- u heeft geen toestemming nodig

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

**Uitleg**

1. Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL): Dit zijn algemene handelingen die u dagelijks uitvoert, zoals aankleden, uitkleden en wassen

### ● **Injectiespuiten en injectiepenen om zelf geneesmiddelen toe te dienen**

#### ● **Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze**

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt injectiespuiten en injectiepenen, als u een aandoening heeft waardoor u voor lange tijd injecties nodig heeft. Dit moet een andere aandoening zijn dan diabetes.

Kunt u geen 'normale' injectiespuit of injectiepen gebruiken omdat u een ernstige beperking met houding en beweging (motorische handicap) heeft of omdat u slecht ziet? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering in plaats daarvan aangepaste spuiten of penen.

#### ● **Hier kunt u terecht**

- leverancier van injectiespuiten en injectiepenen

#### ● **Leverancier zonder contract**

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● **Andere vergoedingen**

Heeft u diabetes? Voor injectiespuiten en injectiepenen om insuline toe te dienen, geldt de vergoeding [Hulpmiddelen bij diabetes](#).

Gebruikt u injectiespuiten of injectiepenen om geneesmiddelen toe te dienen die bij uw ziekenhuisbehandeling horen? Dan geldt de vergoeding [Medisch specialist](#).

#### ● **Wat u zelf betaalt**

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

#### ● **Dit moet u zelf doen**

##### **Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts.

##### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u het hulpmiddel koopt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● **Therapeutisch elastische kousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen**

#### ● **Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze**

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● **Dit krijgt u vergoed**

Uw slagaders en aders zorgen voor transport van het bloed door uw lichaam. En lymfevaten voor transport van lymfevocht van organen naar lymfeklieren. Maar soms doen ze hun werk niet goed en heeft u steunkousen of een compressie-apparaat nodig om trombose of oedeem te voorkomen.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de bij 'Details per hulpmiddel' hieronder genoemde hulpmiddelen als u aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. uw aders of lymfevaten zorgen niet meer goed voor het transport van bloed of lymfevocht, en
2. u heeft altijd een hulpmiddel nodig om dit te compenseren

Voor steunkousen geldt ook nog dat deze een drukklasse 2 of hoger moeten hebben. Dat zijn 'therapeutisch elastische kousen'. Als u die niet zelf aan en uit kunt doen, vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook een aantrek- en uittrekhelp.

#### ● **Hier kunt u terecht**

- leverancier van therapeutisch elastische kousen of andere hulpmiddelen bij vaatproblemen

#### ● **Leverancier zonder contract**

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● **Dit wordt niet vergoed**

- steunkousen na het weghalen van spataderen
- steunkousen met drukklasse 1

#### ● **Andere vergoedingen**

Heeft u hulp nodig van een verzorger of verpleegkundige bij het aan- en uitdoen van therapeutisch elastische kousen omdat u dat zelf niet kunt met een aantrek- en uittrekhelp? Die hulp valt onder de vergoeding [Verpleging en verzorging in de eigen omgeving](#).

Krijgt u therapeutisch elastische kousen vanwege een operatie of andere ziekenhuisbehandeling? Dan geldt de vergoeding [Medisch specialist](#).

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom, dan geldt het eigen risico. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Bij bruikleen geldt geen eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## ● Dit moet u zelf doen

### Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Voordat u het hulpmiddel koopt of krijgt, moet u toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe u die regelt.

## ● Details per hulpmiddel

### Therapeutisch elastische kousen

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of huidtherapeut
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt 2 paar kousen of 2 stuks per 12 maanden

### Eenvoudige aan- en uittrekhelp

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts, fysiotherapeut of ergotherapeut
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom
- de minimale gebruikstermijn is 2 jaar

### Ortho-mate

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in eigendom

### Compressie-apparaat

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts en een rapportage met behandelplan van de fysiotherapeut
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- u krijgt dit hulpmiddel in bruikleen

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.



### ● Hulpmiddelen bij diabetes

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt hulpmiddelen bij diabetes als 1 van deze 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

Meestal meet u uw bloedsuiker met een zogenaamde vingerprik. Als het moeilijker is om uw bloedsuikerwaarden goed te regelen, of als u uw bloedsuikerwaarde heel vaak op een dag moet bepalen, dan werkt die methode minder goed. Dan is het soms nodig om uw bloedsuiker vaker (flash monitoring) of continu (real time monitoring) te meten. Bijvoorbeeld bij een intensief insulineschema. De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt deze bloedglucosemeters met sensoren alleen als u aan bepaalde criteria<sup>1</sup> voldoet.

Heeft u recht op hulpmiddelen bij diabetes? Maar kunt u door een beperking geen standaard hulpmiddelen bij diabetes gebruiken? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering hulpmiddelen bij diabetes die aan uw beperking zijn aangepast.

Verderop bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die hieronder vallen.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij diabetes

#### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

#### ● Andere vergoedingen

Insuline die u toedient met deze hulpmiddelen valt onder de vergoeding [Geneesmiddelen](#).

Voor real time glucose monitoring bij andere aandoeningen dan diabetes, bijvoorbeeld bij glycogeenstapelingsziekte (GSD), geldt de vergoeding [Medisch specialist](#).

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

## • Dit moet u zelf doen

### Ja, een voorschrift

Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Voordat u het hulpmiddel koopt, moet u toestemming hebben. Bij 'Details per hulpmiddel' hieronder staat hoe u die regelt.

## • Details per hulpmiddel

### Vingerprikapparatuur (prikpen)

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 2 jaar

### Lancetten voor bloedafname

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een maximale hoeveelheid lancetten:
  - eenmalig 100 lancetten als u bijna uitbehandeld bent met bloedglucoseverlagende tabletten en misschien moet overstappen op insuline
  - 100 lancetten per 3 maanden als u 1-2 maal per dag een insuline-injectie nodig heeft
  - 400 lancetten per 3 maanden als u 3 of meer insuline-injecties per dag nodig heeft
  - 400 lancetten tijdens de zwangerschap bij zwangerschapsdiabetes - Bent u moeilijk instelbaar of jonger dan 18 jaar? Dan kunnen wij toestemming geven voor meer dan 400 lancetten per 3 maanden

### Teststrips

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Heeft u meer teststrips nodig dan het maximale aantal dat we hier noemen? Ook dan moet u vooraf toestemming vragen
- Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een maximale hoeveelheid teststrips:
  - eenmalig 100 teststrips als u bijna uitbehandeld bent met bloedglucoseverlagende tabletten en misschien moet overstappen op insuline
  - 100 teststrips per 3 maanden als u 1-2 maal per dag een insuline-injectie nodig heeft
  - 400 teststrips per 3 maanden als u 3 of meer insuline-injecties per dag nodig heeft of een insuliepomp gebruikt
  - 400 teststrips tijdens de zwangerschap bij zwangerschapsdiabetes - Bent u moeilijk instelbaar of jonger dan 18 jaar? Dan kunnen wij toestemming geven voor meer dan 400 teststrips per 3 maanden

# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## **Bloedglucosemeter**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

## **Real Time Continue Glucose Monitor (rt-CGM) en wat daarbij hoort**

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier, of het ZN-aanvraagformulier FGM en/of CGM
- de minimale gebruikstermijn staat in de toestemming

## **Flash Glucose Monitor (FGM) en wat daarbij hoort**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier, of het ZN-aanvraagformulier FGM en/of CGM
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar

## **Ketonenteststrips en wat daarbij hoort**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal 40 ketonenteststrips per jaar. Als u meer ketonenteststrips nodig heeft, dan kunnen wij daar toestemming voor geven

## **Injectiemateriaal voor het toedienen van insuline**

- u moet een voorschrift hebben van uw behandelend arts of diabetesverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 3 jaar
- u heeft recht op 1 reservepen

## **Insulinepomp en wat daarbij hoort**

- u moet een voorschrift hebben van uw medisch specialist of diabetesverpleegkundige
- u heeft vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- de minimale gebruikstermijn is 4 jaar

## ● **Goed om te weten**

### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### **Uitleg**

1. Criteria: Die criteria vindt u op [www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/diabeteshulpmiddelen-zvw](http://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/diabeteshulpmiddelen-zvw)

### ● Infuuspomp voor geneesmiddelen

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de draagbare, uitwendige infuuspomp voor geneesmiddelen 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. de Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt dit geneesmiddel. Of dat zo is, staat in de vergoeding [Geneesmiddelen](#)

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook de producten die bij een infuuspomp horen. Bijvoorbeeld verbindingsslangetjes, fixatiemateriaal, ontsmettingsmiddel en naalden.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van infuuspompen

#### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen

#### ● Andere vergoedingen

Voor hulpmiddelen om insuline toe te dienen, geldt de vergoeding [Hulpmiddelen bij diabetes](#).

Voor een infuuspomp om een geneesmiddel bij een ziekenhuisbehandeling toe te dienen, geldt de vergoeding [Medisch specialist](#).

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Het eigen risico**

U krijgt de infuuspomp in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. De producten die erbij horen krijgt u in eigendom. Daarom geldt daarvoor wel het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

**Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend medisch specialist.

**U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u de infuuspomp krijgt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Kappen voor schedelbescherming

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een kap om uw schedel te beschermen als u aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een bewustzijnsstoornis die regelmatig terugkomt en niet kan worden behandeld, en
2. u heeft een kap nodig om uw schedel te beschermen tegen breuken of ander letsel, of om verergering van letsel of een schedeldefect dat u al heeft te voorkomen

De minimale gebruikstermijn van een kap voor schedelbescherming is 18 maanden.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van kappen voor schedelbescherming

#### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- epilepsiehonden
- detectie- en alarmeringsapparatuur

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

#### ● Dit moet u zelf doen

##### **Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts.

##### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u de kap koopt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.



### ● Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

Er zijn 3 manieren om voeding binnen te krijgen: via de mond, direct in de maag of darmen of in de bloedbaan. De vergoeding die u nu leest gaat over toediening in de maag of darmen.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de voedingssonde voor voeding via de maag of darmen, en de producten die daarbij horen, als:

1. deze buiten het ziekenhuis wordt ingebracht, en
2. u een aandoening of ziekte aan uw maag of darmen heeft, waardoor u geen gewone voeding kunt eten, en
3. u een voedingssonde nodig heeft om voldoende voeding binnen te krijgen

Heeft u voor de regulering van uw sondevoeding een uitwendige voedingspomp nodig? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook die voedingspomp en de producten die daarbij horen.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van voedingssondes en voedingspompen

#### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

#### ● Andere vergoedingen

Voor de infuuspomp en producten die daarbij horen, om voeding direct in uw bloedbaan te brengen, geldt de vergoeding [Medisch specialist](#). Dat geldt ook voor voedingssondes en de producten die daarbij horen die u in het ziekenhuis krijgt ingebracht.

De bijzondere voeding die u met de voedingssonde of voedingspomp toedient, valt onder de vergoeding [Dieetpreparaten](#).

Eetapparaten vallen onder de vergoeding [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#).

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

### **Het eigen risico**

U krijgt de voedingspomp in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. De producten die erbij horen en de sonde krijgt u in eigendom. Daarom geldt daarvoor wel het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● **Dit moet u zelf doen**

#### **Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts of diëtist.

#### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u het hulpmiddel koopt of krijgt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

### ● **Goed om te weten**

#### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Hulpmiddelen bij problemen met spreken

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt uitwendige hulpmiddelen bij problemen met spreken als u aan deze 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

De minimale gebruikstermijn van hulpmiddelen bij problemen met spreken is 5 jaar.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van hulpmiddelen bij problemen met spreken

#### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- telefoons, tablets, laptops en computers waarop een programma geïnstalleerd wordt dat helpt bij problemen met spreken
- hulpmiddelen bij stotteren

#### ● Andere vergoedingen

Voor hulpmiddelen die u helpen met het maken of versterken van stemgeluid geldt de vergoeding [Prothesen](#).

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Het eigen risico**

U krijgt deze hulpmiddelen meestal in bruikleen. Dan geldt er geen eigen risico. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom of koopt u het zelf? Dan geldt het eigen risico wel. [Help me even: het eigen risico](#)

#### ● Dit moet u zelf doen

##### **Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts.

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u het hulpmiddel krijgt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Soms is een verslag van de logopedist nodig om uw aanvraag te beoordelen.

- **Goed om te weten**

### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

## ● Persoonsalarmering

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt persoonsalarmering als je aan deze 6 voorwaarden voldoet:

1. u kunt zich sociaal en bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)<sup>1</sup> redden
2. u heeft een lichamelijke handicap en door een ziekte of beperking een grotere kans dan normaal om in een noodsituatie terecht te komen
3. in die noodsituatie moet u meteen medische of technische hulp in kunnen roepen om medische complicaties te voorkomen
4. u bent in die noodsituatie niet in staat om zelf een telefoon te bedienen
5. u bent voor een langere periode alleen, waardoor er niemand is die u kan helpen
6. de persoonsalarmering maakt het mogelijk om zelfstandig te blijven wonen

### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van apparatuur voor persoonsalarmering

### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

### ● Dit wordt niet vergoed

- abonnementen
- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur
- bewakingsapparatuur om wiegendood te voorkomen
- persoonsalarmering met een sociale indicatie. Een sociale indicatie betekent dat u zich niet veilig of zeker voelt om alleen te blijven en bang bent om te vallen. Er is dan geen medische reden voor persoonsalarmering. De gemeente vergoedt de persoonsalarmering dan soms wel

Heeft u een Wlz-indicatie? Dan komen de kosten van de alarmering voor rekening van uw zorgverlener.

### ● Wat u zelf betaalt

#### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

#### **Het eigen risico**

U krijgt de apparatuur voor persoonsalarmering in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Koopt u deze zelf? Dan geldt het eigen risico wel. [Help me even: het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

**Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts.

**U moet ons vooraf toestemming vragen**

U heeft vooraf toestemming nodig. Die vraagt u met het uploadformulier. U stuurt een indicatieformulier mee, dat uw arts heeft ingevuld, en een offerte van de leverancier.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

**Uitleg**

1. Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL): Dit zijn algemene handelingen die u dagelijks uitvoert, zoals aankleden, uitkleden en wassen

### ● Hulpmiddelen bij chronische pijnbestrijding

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een uitwendige elektrostimulator<sup>1</sup> als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft pijn die u altijd voelt
2. die pijn is niet te behandelen
3. tijdens een proefperiode is gebleken dat de uitwendige elektrostimulator bij u goed werkt

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook producten die bij de uitwendige elektrostimulator horen. Bijvoorbeeld elektroden, elektrodepasta, kabels, fixatiemateriaal en draagtas.

#### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van uitwendige elektrostimulators

#### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen

#### ● Andere vergoedingen

Het gebruik van een uitwendige elektrostimulator tijdens de proefperiode valt onder de vergoeding [Medisch specialist](#).

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

#### ● Dit moet u zelf doen

##### **Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts of medisch specialist.

## Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u de uitwendige elektrostimulator koopt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier.

### ● **Goed om te weten**

#### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

#### **Uitleg**

1. Uitwendige elektrostimulator: Een apparaat dat zwakke elektrische prikkels geeft op de huid voor pijnvermindering



### ● Hulpmiddelen bij trombose

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100%
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt apparatuur om bloedstollingstijden te bepalen als u aan deze 2 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ziekte of aandoening waardoor u risico heeft op trombose, en
2. u heeft voor langere tijd bloedverduunners nodig, of u kunt zich door uw werk niet bij de trombosedienst laten controleren

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook de producten die bij die apparatuur horen. Bijvoorbeeld teststrips, vingerpriksysteem met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole.

#### ● Hier kunt u terecht

- trombosedienst. Die leert u ook de apparatuur voor het bepalen van de bloedstollingstijd te gebruiken

#### ● Leverancier zonder contract

Voor deze hulpmiddelen sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

#### ● Andere vergoedingen

Geneesmiddelen die de stolling van het bloed regelen, vallen onder de vergoeding [Geneesmiddelen](#).

Meet de trombosedienst uw stollingstijd? Daarvoor geldt de vergoeding [Trombosedienst](#). Die geldt ook voor begeleiding bij metingen thuis en advies over het gebruik van geneesmiddelen die de stolling van uw bloed regelen.

#### ● Wat u zelf betaalt

##### **Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### **Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

#### ● Dit moet u zelf doen

##### **Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts.

##### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

U heeft vooraf toestemming nodig. Dit regelt de trombosedienst voor u.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

### ● Met thuisdialyse samenhangende kosten

#### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100%
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

#### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt (tijdelijke) woningaanpassingen die nodig zijn voor thuisdialyse. Zijn die aanpassingen niet meer nodig? Dan vergoedt de Bewuste Keuze Basisverzekering ook het herstel van uw woning in de oorspronkelijke staat.

Ook geeft de Bewuste Keuze Basisverzekering u een weekvergoeding voor de overige kosten die met de thuisdialyse samenhangen, zoals voor water en elektriciteit. Hieronder staat hoeveel u krijgt.

Hemodialyse 1 - 3 keer per week: € 45,86 per week

Hemodialyse 4 - 5 keer per week: € 73,53 per week

Hemodialyse 6 - 7 keer per week: € 96,09 per week

CAPD<sup>1</sup>: € 28,72 per week

CCPD<sup>2</sup>: € 40,38 per week

#### ● Hier kunt u terecht

- aannemer die uw woning kan aanpassen voor thuisdialyse

#### ● Leverancier zonder contract

Voor de woningaanpassing sluiten wij geen contracten. We vergoeden de marktconforme prijs. Als u toestemming van ons krijgt, staat erbij wat we precies vergoeden.

#### ● Dit wordt niet vergoed

- weekvergoeding voor weken dat u niet thuis spoelt, omdat u in het ziekenhuis ligt of op vakantie bent. Dit geeft u aan op het declaratieformulier

#### ● Andere vergoedingen

Apparatuur voor thuisdialyse krijgt u van het ziekenhuis of dialysecentrum. Daarvoor geldt de vergoeding Dialyse.

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Het eigen risico

Deze zorg valt onder uw eigen risico. Zo werkt het eigen risico

- **Dit moet u zelf doen**

**Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts.

**U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voor de woningaanpassing heeft u vooraf toestemming nodig. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte voor de woningaanpassing.

**Declareer met het declaratieformulier thuisdialyse**

Wilt u de weekvergoeding voor thuisdialyse declareren? Gebruik het [declaratieformulier thuisdialyse](#).

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

**Uitleg**

1. CAPD: Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse
2. CCPD: Continue Cyclische Peritoneaal Dialyse

## ● Daisyspelers

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt de daisyspeler als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige aandoening waardoor u beperkingen heeft met houding en beweging (motorische handicap), u bent blind of slechtziend of u bent uitbehandeld voor dyslexie, en
2. door deze aandoening kunt u niet zonder hulp lezen, en
3. andere hulpmiddelen helpen niet genoeg en u heeft een daisyspeler nodig om te kunnen lezen

De minimale gebruikstermijn van een daisyspeler is 5 jaar.

### ● Hier kunt u terecht

- leverancier van daisyspelers

### ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een leverancier waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulpmiddel niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

#### **Wilt u naar een leverancier met een contract?**

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

### ● Dit wordt niet vergoed

- cd's, andere apparatuur en bestanden waarin de audio(school)boeken of audiotijdschriften staan
- abonnementen daarvoor
- programma's voor de daisyspeler (software)
- een daisyspeler als u die alleen nodig heeft voor onderwijs of werk. Soms vergoedt het UWV de daisyspeler dan
- behandeling voor dyslexie. Soms vergoedt de gemeente zo'n behandeling

### ● Andere vergoedingen

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen als u slecht kunt lezen omdat u niet goed kunt bewegen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Orthesen](#)
- [Hulphonden](#) (ADL-honden)

Ook andere hulpmiddelen kunnen helpen als u slecht kunt lezen omdat u niet goed kunt zien:

- [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#)

- **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

**Het eigen risico**

Deze zorg valt onder uw eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

- **Dit moet u zelf doen**

**Ja, een voorschrift**

U krijgt het voorschrift van uw behandelend arts. Heeft u een daispeler nodig vanwege uitbehandelde dyslexie? Dan moet u een verklaring hebben van een orthopedagoog of gz-psycholoog, waarin staat dat u bent uitbehandeld. Een verklaring van uw huisarts of via school is niet genoeg.

**U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u de daispeler koopt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt uw leverancier dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt het voorschrift mee en een offerte van de leverancier. Heeft u een daispeler nodig bij uitbehandelde dyslexie? Dan stuurt u de verklaring mee van de orthopedagoog of gz-psycholoog en een offerte van de leverancier.

- **Goed om te weten**

**Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat [daar](#) staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

## ● Hulphonden

### ● Vergoeding per verzekering bij Bewuste Keuze

<b>Basisverzekering</b>	100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

### ● Dit krijgt u vergoed

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt verschillende hulphonden om u te ondersteunen in het dagelijks leven als u een ernstige beperking heeft. Hieronder staat welke hulphonden dat zijn en aan welke voorwaarden u moet voldoen.

#### **De blindengeleidehond**

Een blindengeleidehond helpt u om zich veilig te verplaatsen, in huis en buiten in het verkeer.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een blindengeleidehond als u aan deze 2 voorwaarden voldoet:

- 1 u bent volledig blind of zo slechtziend dat u op een blindengeleidehond bent aangewezen, en
- 2 de blindengeleidehond levert een belangrijke bijdrage aan uw mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer, wat niet te bereiken is met [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#), [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#) en [Daisyspelers](#)

#### **De ADL-hond**

ADL staat voor algemene dagelijkse levensverrichtingen. Het zijn algemene handelingen die u dagelijks uitvoert, zoals het aan- en uitdoen van lampen, het openen en sluiten van deuren, het aangeven van spullen en het doen van de was.

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een ADL-hond als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft een ernstige aandoening waardoor u blijvend beperkt bent in uw mobiliteit en in ADL-verrichtingen, en
2. dat is niet te corrigeren met [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#), [Orthesen](#), [Orthopedische schoenen](#) en [Daisyspelers](#), en
3. u heeft daarom de hulp van een ADL-hond nodig omdat deze een aanzienlijke bijdrage levert aan uw mobiliteit en het uitvoeren van ADL-verrichtingen. De ADL-hond vergroot uw zelfstandigheid. Dat kan bijvoorbeeld blijken uit een afname van zorgondersteuning

#### **De signaalhond**

Een signaalhond wijst u op geluiden in uw omgeving die u niet mag missen (omgevingsgeluiden).

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt een signaalhond als u aan deze 3 voorwaarden voldoet:

1. u bent volledig doof waardoor u beperkt bent in uw mobiliteit en in ADL-verrichtingen, en
2. dat is niet te corrigeren met [Hulpmiddelen bij problemen met horen](#) en [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#), en
3. u heeft een signaalhond nodig om u bij mobiliteit en het uitvoeren van ADL-verrichtingen te ondersteunen door het signaleren van omgevingsgeluiden. De signaalhond vergroot uw zelfstandigheid. Dat kan bijvoorbeeld blijken uit een afname van zorgondersteuning

# Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

## Voor al deze hulphonden

De Bewuste Keuze Basisverzekering vergoedt ook maximaal € 325 per 3 maanden voor het levensonderhoud en medische en dagelijkse verzorging van uw hulphond. U ontvangt dit bedrag achteraf. De vergoeding voor januari, februari en maart ontvangt u dus in april.

## ● Hier kunt u terecht

- voor blindengeleidehond: erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden
- voor ADL-hond: erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden
- voor signaalhond: erkend opleidingsinstituut voor signaalhonden

## ● Leverancier zonder contract

Kiest u voor een opleidingsinstituut waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw hulphond niet helemaal. In onze [maximale vergoedingen](#) staat wat we vergoeden.

## Wilt u naar een leverancier met een contract?

In onze [Zorgzoeker](#) kunt u nakijken of uw leverancier een contract met ons heeft.

## ● Dit wordt niet vergoed

- een hulphond voor bijvoorbeeld epilepsie, PTSS, autisme en diabetes

## ● Andere vergoedingen

Veel andere hulpmiddelen kunnen helpen bij problemen met zien, bewegen of horen.

Voor problemen met zien:

- [Hulpmiddelen bij problemen met zien](#)
- [Brillenglazen en lenzen bij medische indicatie](#)
- [Daisyspelers](#)

Voor problemen met bewegen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met bewegen](#)
- [Orthesen](#)
- [Orthopedische schoenen](#)
- [kortdurende uitleen](#)
- [Daisyspelers](#)

Voor problemen met horen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met horen](#)
- [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#)

## ● Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

De hulphond krijgt u in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. Voor de bijdrage in het levensonderhoud geldt het eigen risico wel. [Zo werkt het eigen risico](#)



### • Dit moet u zelf doen

#### **U heeft een voorschrift (medische indicatie) en praktische indicatie nodig**

Voor een hulphond moet u een medische indicatie en een praktische indicatie hebben. De medische indicatie geeft aan dat u door uw beperking een hulphond nodig heeft omdat andere hulpmiddelen niet helpen. De praktische indicatie geeft aan dat een hulphond u in de praktijk echt zal helpen.

- U krijgt de medische indicatie voor de blindengeleidehond van een regionaal instituut voor blinden en slechtzienden. De praktische indicatie van een erkend opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden.
- U krijgt de medische indicatie voor de ADL-hond van de ergotherapeut. De praktische indicatie van een erkend opleidingsinstituut voor ADL-honden.
- U krijgt de medische indicatie voor de signaalhond van de KNO-arts of een audiologisch centrum. De praktische indicatie van een erkend opleidingsinstituut voor signaalhonden.

#### **U moet ons vooraf toestemming vragen**

Voordat u de hulphond krijgt, moet u toestemming hebben. Meestal regelt het opleidingsinstituut dat voor u. Anders vraagt u zelf toestemming via het [uploadformulier](#). U stuurt de medische indicatie mee, de praktische indicatie en een offerte van het opleidingsinstituut.

### • Goed om te weten

#### **Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen**

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

- **Valpreventieve beweginginterventie**



# ONVZ

De Molen 66  
Postbus 392  
3990 GD Houten  
030 639 62 22

---

[www.onvz.nl](http://www.onvz.nl)  
[www.linkedin.com/company/onvz](http://www.linkedin.com/company/onvz)  
[www.facebook.com/onvz](http://www.facebook.com/onvz)  
[https://www.instagram.com/onvz\\_zorgverzekeraar/](https://www.instagram.com/onvz_zorgverzekeraar/)