

Aanvullend Verzekerd in 2024

Regel het
eenvoudig
zelf met
Mijn VGZ

Verzekeringsvoorwaarden

ZorgBasis, UC ZorgZeker 1, UC ZorgZeker 2, UC ZorgZeker 3,
UC Tand Ongevallen, UC TandBasis, UC TandZeker 250,
UC TandZeker 500
UC ZorgStart, UC ZorgBasis, UC ZorgCombi

Welkom bij UnitedConsumers door VGZ

Via UnitedConsumers heeft u een zorgverzekering van VGZ. Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden voor uw aanvullende zorgverzekering(en) bij VGZ. Op unitedconsumers.com/zorgverzekering vindt u meer informatie over bijvoorbeeld uw vergoedingen en onze zorgverzekeringspakketten.

Mijn VGZ

Via Mijn VGZ kunt u onder andere uw polis wijzigen, uw declaraties inzien en uw premie betalen. Met uw DigiD kunt u direct veilig inloggen op mijnvgz.nl.

UnitedConsumers Zorg app

Kent u de [UnitedConsumers Zorg app](#) al? Met de app declareert u supersnel, bekijkt u uw vergoedingen en betaalt u rekeningen makkelijk met iDEAL. Uw zorgpas en alarmnummers heeft u altijd bij de hand. U logt veilig in met uw DigiD.

United Consumers helpt u graag

Doordat u via United Consumers bij VGZ bent verzekerd, ontvangt u korting op uw zorgverzekering. Heeft u vragen over uw korting? Of wilt u advies over uw zorgverzekering? Kijk op unitedconsumers.com/zorgverzekering voor meer informatie.

Gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners

U vindt onze gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners op unitedconsumers.com/zorgzoeker.

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze toestemming (een machtiging) nodig heeft? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. Ga naar vgz.nl/machtiging voor alle informatie.

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via mijnvgz.nl. Of nog sneller met de [UnitedConsumers Zorg App](#). U logt veilig in met uw DigiD. U ontvangt uw vergoeding binnen 10 werkdagen op uw rekening.

Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota naar:

VGZ

Postbus 25030

5600 RS Eindhoven

Soms vragen wij u een declaratieformulier in te vullen en mee te sturen. Kijk hiervoor op onze website.

Inhoud

Welkom bij UnitedConsumers door VGZ	2
I. Algemeen	6
Artikel 1. Verzekerde zorg	6
Artikel 2. Algemene bepalingen	9
Artikel 3. Premie	10
Artikel 4. Overige verplichtingen	11
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	12
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	12
Artikel 7. Klachten en geschillen	14
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	14
II. ZorgBasis, UC ZorgZeker 1, UC ZorgZeker 2, UC ZorgZeker 3	15
ALTERNATIEVE ZORG	
Artikel 9. Alternatieve zorg	15
FYSIOTHERAPIE	
Artikel 10. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie	16
ERGOTHERAPIE	
Artikel 11. Ergotherapie	17
ANTICONCEPTIE	
Artikel 12. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar	18
BRILLEN EN LENZEN	
Artikel 13. Budget voor brillen en contactlenzen	18
BUITENLAND	
Artikel 14. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland	19
Artikel 15. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	19
Artikel 16. Repatriëring	20
PREVENTIE	
Artikel 17. Budget Preventie	20
17.1. Cursussen	20
17.2. Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid	21
17.3. Leefstijlcheck	21
17.4. Sportmedisch advies	21
17.5. Consult en advies voor vrouwen	21

ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

Artikel 18.	Zwangerschaps cursussen	21
Artikel 19.	Kraampakket	22
Artikel 20.	Lactatiekundig consult	22
Artikel 21.	Nazorg moeder en pasgeborene of ondersteuning bij adoptie	22
Artikel 22.	Borstkolf	23
Artikel 23.	Eigen bijdrage kraamzorg	23
Artikel 24.	Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak	23

HUIDTHERAPIE

Artikel 25.	Budget huidbehandelingen	23
25.1.	Acnebehandeling	24
25.2.	Camouflagetherapie	24
25.3.	Ontharen voor verzekerden vanaf 16 jaar	24

HULPMIDDELEN

Artikel 26.	Budget hulpmiddelen	25
26.1.	Batterijen hoorhulpmiddelen	25
26.2.	Mammaprothese	25
26.3.	Pruik en mutssja's	25
26.4.	Steunpessarium	26
26.5.	Plaswekker van 6 tot 18 jaar	26
26.6.	ADL-Hulpmiddelen	26
26.7.	Eigen bijdrage hoortoestellen	26
26.8.	Eigen bijdrage gezichtshulpmiddelen	26

PLASTISCHE CHIRURGIE

Artikel 27.	Flapoorcorrectie tot 18 jaar	27
Artikel 28.	Ooglidcorrectie	27
Artikel 29.	Buikwandcorrectie	27

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 30.	Mindfulness bij burn-outklachten vanaf 18 jaar	28
-------------	--	----

VOETBEHANDELINGEN

Artikel 31.	Budget voetbehandelingen	29
31.1.	Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet	29
31.2.	Podotherapie	29
Artikel 32.	Steunzolen en therapiezolen	30

VOEDINGSADVIES

Artikel 33.	Diëtetiek	30
Artikel 34.	Gewichtsconsulent	30

VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 35.	Verblijf in een logeerhuis of familiehuis	31
Artikel 36.	Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed	31

PALLIATIEVE ZORG

Artikel 37.	Hospice	31
Artikel 38.	Mantelzorgmakelaar	32
Artikel 39.	Vervangende mantelzorg	33

VERVOER	
Artikel 40. Vervoer bij orgaantransplantatie	33
MONDZORG	
Artikel 41. Eigen bijdrage kunstgebit	34
III. UC TandBasis, UC TandZeker 250, UC TandZeker 500	35
Artikel 42. Tandheelkundige zorg	35
42.1. Periodieke controle en incidenteel consult	35
42.2. Algemene tandheelkundige zorg	35
42.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen	36
Artikel 43. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar	37
Artikel 44. Eigen bijdrage kunstgebit	37
Artikel 45. Tandheelkundige kosten door een ongeval	37
IV. UC ZorgStart, UC ZorgBasis, UC ZorgCombi	39
FYSIOTHERAPIE	
Artikel 46. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie	39
BUITENLAND	
Artikel 47. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	40
Artikel 48. Repatriëring	41
PREVENTIE	
Artikel 49. Budget Preventie	41
MONDZORG	
Artikel 50. Tandheelkundige zorg	42
V. UC Tand Ongevallen	45
Artikel 51. Tandheelkundige kosten door een ongeval	45
VI. Begrippen	46

I. Algemeen

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u bij medische noodzaak recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Hiervan is sprake als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgverleners aan zorg 'plegen te bieden'.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Per zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen hebben we zorgverleners gecontracteerd, aangewezen of erkend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op onze website.

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.3.1. Zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener

Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij aan de zorgverlener het afgesproken tarief.

1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de (voor u betreffende) zorg geen contract hebben? Dan moet u misschien de rekening of een deel van de rekening zelf betalen. Onder niet-gecontracteerde zorgverleners vallen ook aangewezen zorgverleners. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden. Indien van toepassing kunt u uw vordering op ons voor huidbehandelingen, mindfulness bij burn-out klachten of seksuologische zorg niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

1.3.3. Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden.

1.3.4. Budget

Krijgt u voor de betreffende zorg een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale budget dat in het betreffende zorgartikel staat.

1.3.5. Wij vergoeden een aantal zorgsoorten ook als de zorg wordt verleend door een zorgverlener die in het buitenland is gevestigd, mits deze zorgverlener vergelijkbare zorg biedt. Dit geven wij in de betreffende zorgartikelen aan. Als u vanuit deze verzekeringsvoorwaarden recht heeft op vergoeding van een wettelijke eigen bijdrage op grond van de zorgverzekering, dan vergoeden wij deze ook als deze zorg in het buitenland is verleend en vanuit de zorgverzekering is vergoed.

1.4. Insturen van nota's

De meeste zorgverleners sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de UnitedConsumers Zorg App. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt.

Declareren per post kan ook. U kunt de originele nota naar ons opsturen. Kijk voor meer informatie op pagina 2. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- de datum waarop de nota door de zorgverlener is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen);
- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgverlener.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden voor uw rekening. Dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgverlener die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft soms onze toestemming nodig voordat u de zorg krijgt. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt dan of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de voor u betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen. Voor het verlenen van toestemming gaan wij na of uw zorgverlener van onberispelijk gedrag is. Als uw zorgverlener niet van onberispelijk gedrag is, kan dat gevolgen hebben voor uw machtigingsaanvraag.

1.8. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in twee kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandel-combinatie). Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw behandeling is gestart.

1.9. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt waarop u ergens anders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid de kosten in rekening brengt en/of de behandeling uitvoert.

1.10. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van deze aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u online, telefonisch, schriftelijk of op het aanvraagformulier heeft aangegeven.

Na het sluiten van de aanvullende verzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten aanvullende verzekering(en) vermeld.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op ZorgBasis, UC ZorgZeker 1, UC ZorgZeker 2, UC ZorgZeker 3, UC TandZeker 250, UC TandZeker 500, UC Tand Ongevallen, UC TandBasis, UC ZorgStart, UC ZorgBasis en UC ZorgCombi. In deze verzekeringsvoorwaarden te noemen: aanvullende verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden verwijzen we naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Regeling zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen
- Lijst maximale vergoedingen buitenland
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVLen VSBB
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

Als wij vermoeden dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. U bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek betalen wij uw nota(s) niet uit. Blijkt uit het onderzoek dat u of iemand anders namens u (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij u terug. Ook bent u verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek te betalen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) registreren:

- In ons Incidentenregister
- In het Externe Verwijzingsregister (EVR) van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Fraude door zorgverleners

Zorgverleners die fraude plegen, laten wij opnemen in het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgverleners die in dit register staan en zullen deze zorgverleners hierover informeren. De zorgverlener is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft.

Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u al onze mededelingen elektronisch wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in mijnvgz.nl of in de UnitedConsumers Zorg App.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft dit niet te willen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen. De opzegtermijn is één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval zodra de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Voorbeeld: iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.2.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.2.2. Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,25 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.2.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
- c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
- d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd.

3.2.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.3. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.4. Niet-tijdig betalen

3.4.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Heeft u een actieve schuldregeling en zijn alle schuldeisers akkoord (MSNP/ WSNP)? Dan kunt u een aanvraag doen voor een aanvullende verzekering. Als wij de aanvraag accepteren gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.4.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, kosten voor papieren post of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.4.3. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

3.4.4. Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij mogen de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij aangeven dat de zorgverzekering aanvangt, per datum waarop u deelneemt aan de collectieve overeenkomst of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

De aanvullende verzekeringen van UnitedConsumers door VGZ zijn alleen als aanvulling op de zorgverzekeringen van UnitedConsumers door VGZ af te sluiten als u verzekeringsplichtig bent in de zin van de Zorgverzekeringswet. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

1. aanvullend op een UC Basis Keuze, UC Ruime Keuze, UC Eigen Keuze kunt u sluiten een:
 - ZorgBasis, UC ZorgZeker 1, UC ZorgZeker 2, UC ZorgZeker 3, zie hoofdstuk II;
 - UC TandBasis; UC TandZeker 250, UC TandZeker 500, zie hoofdstuk III.
2. aanvullend op de UC Bewuste Keuze kunt u sluiten een:
 - UC ZorgStart, UC ZorgBasis, UC ZorgCombi, zie Hoofdstuk IV.

Als u een aanvullende verzekering sluit dan krijgt u automatisch een UC Tand Ongevallen, zie hoofdstuk V, tenzij wij een beroep doen op het bepaalde in de artikelen 2.4, 3.6 en/of artikel 6.5.

De aanvullende verzekeringsvoorwaarden van UC Aanvullende Verzekering zijn van toepassing op verzekerden die behoren tot de doelgroep van de Collectieve Overeenkomst gesloten tussen VGZ Zorgverzekeraar NV en UnitedConsumers Verzekeringen B.V. In de Collectieve Overeenkomst kunnen voor u afspraken zijn gemaakt die gelden in aanvulling of afwijking van deze voorwaarden.

Voor UC TandZeker 500 geldt een wachttijd van 12 maanden voor kronen en bruggen (R-codes), gedeeltelijke gebitsprothesen (P-codes), implantaten (J-codes en de kosten gedeclareerd door de kaakchirurg) en orthodontie (F-codes). Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor kronen, bruggen, gedeeltelijke gebitsprothesen, implantaten en orthodontie. U heeft geen of minder wachttijd als u op de dag voorafgaand aan de ingangsdatum van de aanvullende verzekering een vergelijkbare verzekering had. Kijk voor meer informatie op onze website.

6.2.2. Gezinsdekking

Hebben de verzekerde ouders/verzorgers een ZorgBasis, UC ZorgZeker 1, UC ZorgZeker 2, UC ZorgZeker 3, UC TandBasis, UC TandZeker 250 of UC TandZeker 500? Dan krijgen de verzekerde kinderen jonger dan 18 jaar dezelfde aanvullende verzekering(en) als de hoogst verzekerde ouder/verzorger op de polis.

Heeft de verzekeringnemer een UC ZorgStart, UC ZorgBasis of UC ZorgCombi? Dan krijgen de verzekerde kinderen jonger dan 18 jaar dezelfde aanvullende verzekering(en) als de verzekeringnemer, mits het kind ook een UC Bewuste Keuze heeft.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. en 6.2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2024 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2024. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4).

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen VGZ. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekerde niet meer verzekeringplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, dan sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

Let op

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen. Voorwaarde is wel dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt. Voorwaarde is dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

6.5.1. Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen als u niet langer voldoet aan de toetredingsvoorwaarden zoals vermeld in artikel 6.2.1. In dat geval ontvangt u van ons een nieuw aanbod voor een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden.

6.5.2. Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u gehandeld heeft met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.

In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen;

- als u ongewenst gedrag vertoont tegen ons, onze medewerkers of zorgverleners of onze eigendommen beschadigt. Ongewenst gedrag is bijvoorbeeld agressie, het uiten van bedreigingen, het gebruik van geweld of intimidatie of mogelijke andere gedragingen. Wij bepalen wanneer er sprake is van ongewenst gedrag. Wij kunnen hiervan aangifte doen bij de politie en u (laten) registreren in ons Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij nemen bij opzegging een opzegtermijn van 2 maanden in acht. Als wij uw aanvullende verzekering(en) hebben beëindigd, kunt u 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Indienen klacht

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.

Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent. Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee.

U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.

Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan kunt u dit ook door iemand anders laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor een klacht indienen. Kijk voor meer informatie op de website. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/ het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgverlener die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgverlener met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. ZorgBasis, UC ZorgZeker 1, UC ZorgZeker 2, UC ZorgZeker 3

ALTERNATIEVE ZORG

Artikel 9. Alternatieve zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

- behandelingen en consulten die vallen onder acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen, antroposofische alternatieve geneeswijzen, chiropractie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn, homeopathie, manuele therapie E.S, musculoskeletale geneeskunde, natuurgeneeswijzen, osteopathie en psychosociale zorg
- Homeopathische of antroposofische (genees)middelen die
 - volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd
 - in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
<ul style="list-style-type: none">geen vergoeding	<ul style="list-style-type: none">geen vergoeding	<ul style="list-style-type: none">maximaal € 250 per kalenderjaar;voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag	<ul style="list-style-type: none">maximaal € 300 per kalenderjaar;voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag

Dit krijgt u niet vergoed

Onder alternatieve zorg vallen niet de consulten en (groeps-)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening, coaching en counseling;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- relatietherapie;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
- celtherapie en chelatietherapie.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek;
- onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Hier kunt u terecht

Voor behandelingen en consulten kunt u alleen terecht bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website. Voor de geneesmiddelen kunt u naar een apotheker. Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.

Welk middel wordt vergoed?

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen en contact met ons opnemen. Onze contactgegevens vindt u op onze website. Met dit nummer kunnen wij voor u kijken of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apothekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA- of HM-registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

FYSIOTHERAPIE

Artikel 10. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck
3. Oedeemtherapie
4. Littekentherapie
5. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
<ul style="list-style-type: none">• maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none">• maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none">• maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar;• voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none">• maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar;• voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar

Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

Jonger dan 18 jaar

Chronische aandoeningen: alle behandelingen.

Niet-chronische aandoeningen: de 1e 18 behandelingen.

18 jaar en ouder

Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: de 1e 9 behandelingen

Oefentherapie:

- Bij etalagebenen: de 1e 37 behandelingen
- Bij artrose van heup- of kniegewricht: de 1e 12 behandelingen
- Bij COPD vanaf stadium Gold II: de zorgverzekering vergoedt een maximum aantal behandelingen oefentherapie.

De behandelingen oedeemtherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet uit uw aanvullende verzekering vergoed. Dit geldt voor:

18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

Dit krijgt u niet vergoed

- Arbocuratieve zorg en re-integratietrajecten;
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining;
- Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut.

2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.
4. Littekentherapie: bij een huidtherapeut.
5. Hand- of vingerspalk: bij een fysiotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL).

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' en 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgverlener die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

ERGOTHERAPIE

Artikel 11. Ergotherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van ergotherapie met als doel een grotere of betere zelfredzaamheid. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 10 behandeluren ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
<ul style="list-style-type: none"> • geen vergoeding 	<ul style="list-style-type: none"> • geen vergoeding 	<ul style="list-style-type: none"> • maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar • uw zorgverlener declareert de behandel tijd in kwartieren 	<ul style="list-style-type: none"> • maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar • uw zorgverlener declareert de behandel tijd in kwartieren

Dit krijgt u niet vergoed

Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht

Bij een ergotherapeut.

Bij een ergotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) voor een hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik.

Let op

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

ANTICONCEPTIE

Artikel 12. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

Dit krijgt u vergoed

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar, die volgens de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt. Denk aan: anticonceptiepil, anticonceptiestaafje, spiraaltje, ring of pessarium.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts. Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudende huisarts waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde apothekers en apotheekhoudende huisartsen vindt u op onze website. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een apotheker in het buitenland gaat. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

Dit moet u zelf regelen

Het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel. Een huisarts, verloskundige of medisch specialist schrijft dit voor.

U krijgt vanuit uw zorgverzekering een vergoeding voor het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Ongeacht uw leeftijd.

BRILLEN EN LENZEN

Artikel 13. Budget voor brillen en contactlenzen

Dit krijgt u vergoed

De aanschafkosten van brillen met glazen op sterkte en lenzen op sterkte bij een opticien. Wij vergoeden deze zorg ook als u een bril of lenzen aanschaft bij een opticien in het buitenland.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 100 per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen	maximaal € 125 per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen heeft gekocht en de 2 hieraan voorafgaande kalenderjaren. De kosten voor het aanmeten worden alleen vergoed als ze onderdeel uit maken van de aanschaf.

BUITENLAND

Artikel 14. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Consulten, noodzakelijke vaccinaties (inenting) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	volledig	volledig	volledig

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

Artikel 15. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. De VGZ Alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
volledig	volledig	volledig	volledig

Dit krijgt u niet vergoed

1. Kosten voor niet-spoedeisende zorg of zorg die kan worden uitgesteld tot u terug bent in Nederland
2. Kosten van een ziekenhuisopname en/of kosten van een langdurige medische behandeling als u geen voorafgaand contact met de VGZ Alarmcentrale heeft opgenomen of laten opnemen
3. Kosten die u op grond van de wet niet zou hoeven te betalen of kosten die niet in rekening gebracht zouden zijn als er geen dekking zou zijn op basis van deze verzekering
4. Kosten van zorg die niet redelijk en noodzakelijk zijn.

Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de VGZ Alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de Zorg app, op uw zorgpas of op onze website.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Artikel 16. Repatriëring

Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland.

Hieronder vallen de kosten van:

- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding
- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
volledig	volledig	volledig	volledig

Dit krijgt u niet vergoed

Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Hier kunt u terecht

Bij de VGZ Alarmcentrale. Verzorgt de VGZ Alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet.

U vindt het telefoonnummer in de Zorg app, op uw zorgpas of op onze website.

PREVENTIE

Artikel 17. Budget Preventie

U krijgt een budget voor preventie dat u kunt inzetten voor cursussen, zorg en advies zoals hierna beschreven in Artikel 17.1 t/m 17.5.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
maximaal € 75 per kalenderjaar	maximaal € 300 per kalenderjaar	maximaal € 500 per kalenderjaar	maximaal € 600 per kalenderjaar

17.1. Cursussen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van (een):

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, reuma, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of een thuiszorgorganisatie.
- cursussen omgaan met dementie die een thuiszorgorganisatie, de GGD- of een GGZ-instelling organiseert.
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO.
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).
- cursus valpreventie "In Balans", "Vallen Verleden Tijd", "Zicht op Evenwicht" of "Otago". U kunt hiervoor terecht bij een zorgverlener met een certificaat voor het geven van één van deze valpreventiecursussen. De zorgverlener vermeldt op de nota dat hij beschikt over dit certificaat.

Dit moet u zelf regelen

Bij de nota stuurt u een bewijs van deelname mee.

17.2. Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid

Dit krijgt u vergoed

De kosten van (online) cursussen, zorg en advies die erop gericht zijn uw fysieke en mentale gezondheid op peil te houden of te verbeteren. Op onze website vindt u een overzicht van dit extra aanbod en waar u daarvoor terecht kunt.

17.3. Leefstijlcheck

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een (online) leefstijlcheck met als doel inzicht krijgen in uw leefstijl. Hierbij heeft u de mogelijkheid voor een cholesterol- en glucosetest en een buikomvangmeting (thuisstest). Na de check volgt een persoonlijk leefstijlgesprek met een online leefstijlcoach.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een andere zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

17.4. Sportmedisch advies

Dit krijgt u vergoed

De kosten van sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Hier kunt u terecht

Bij een sportarts (medisch specialist).

17.5. Consult en advies voor vrouwen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen met gezondheidsproblemen die veroorzaakt worden door het hormonale systeem zoals de overgang of de menstruatie.

Hier kunt u terecht

Bij een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies over vrouwen en hormonen.

ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

Artikel 18. Zwangerschapscursussen

Dit krijgt u vergoed

Als u zwanger bent of wilt worden, vergoeden wij de kosten van:

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger
2. Cursussen op locatie of online die:
 - u voorbereiden op de bevalling
 - u helpen zo fit en gezond mogelijk te blijven tijdens uw zwangerschap
 - u helpen na de bevalling sneller te herstellen (maximaal 6 maanden na de bevalling)
 - gericht zijn op het leren kennen van uw baby (maximaal 6 maanden na de bevalling)

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 100 per kalenderjaar	maximaal € 100 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

De zorgverlener moet ingeschreven zijn bij de Kamer van Koophandel en een website hebben waarop de cursus wordt vermeld.

U kunt bij uw verloskundige advies vragen bij de keuze voor een cursus.

De naam van de cursus, de website van de zorgverlener en het nummer van de Kamer van Koophandel moeten op de nota staan.

Artikel 19. Kraampakket

Dit krijgt u vergoed

Een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via onze website.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	een kraampakket in natura	een kraampakket in natura

Artikel 20. Lactatiekundig consult

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een lactatiekundig consult voor u als u problemen heeft met de borstvoeding.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 200 per bevalling	maximaal € 200 per bevalling

Hier kunt u terecht

Bij een lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB).

Artikel 21. Nazorg moeder en pasgeborene of ondersteuning bij adoptie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

- aanvullende nazorg wanneer u wegens een ziekenhuisopname van uzelf of uw baby geen of onvoldoende gebruik kon maken van uw geïndiceerde uren kraamzorg uit de zorgverzekering.
- noodzakelijke ondersteuning en advisering over de verzorging van uw geadopteerde baby van jonger dan 3 maanden.

In beide gevallen stelt de kraamzorgorganisatie het aantal noodzakelijke uren zorg vast.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal 6 uur per bevalling of adoptie	maximaal 12 uur per bevalling of adoptie

Hier kunt u terecht

Bij een gediplomeerd kraamverzorgende of verpleegkundige.

Artikel 22. Borstkolf

Dit krijgt u vergoed

De (huur)kosten van een (elektrische) borstkolf.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 80 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	maximaal € 80 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Artikel 23. Eigen bijdrage kraamzorg

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 125 per bevalling	volledig

Artikel 24. Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak

Dit krijgt u vergoed

De kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een geboortecentrum.

U krijgt het verschil vergoed tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	volledig	volledig

HUIDTHERAPIE

Artikel 25. Budget huidbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor acnebehandeling, camouflagetherapie en ontharen zoals hierna beschreven in Artikel 25.1, 25.2 en 25.3.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	<ul style="list-style-type: none">• maximaal € 250 per kalenderjaar;• er geldt een maximum vergoeding van € 85 per dag• voor camouflagetherapie vergoeden wij maximaal één behandeling per kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none">• maximaal € 350 per kalenderjaar;• er geldt een maximum vergoeding van € 85 per dag• voor camouflagetherapie vergoeden wij maximaal één behandeling per kalenderjaar

25.1. Acnebehandeling

Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandeling van ernstige vormen van acne in het gezicht in overeenstemming met het stroomschema van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten bij zorgprofiel 2 of hoger.

Dit krijgt u niet vergoed

Acne verzorgingsproducten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

Let op

Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft, daarom moeten zowel de persoonlijke AGB code als de naam van deze zorgverlener op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor acnebehandeling niet overdragen aan de aangewezen zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

25.2. Camouflagetherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van maximaal één behandeling per kalenderjaar om bij ernstige (blijvende) ontsieringen in het gezicht, de littekens en huidaandoeningen met kleurafwijkingen minder opvallend te maken. Ook de benodigde middelen die tijdens de behandeling worden gebruikt krijgt u vergoed.

Dit krijgt u niet vergoed

Camouflage producten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

Let op

Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft, daarom moeten zowel de persoonlijke AGB code als de naam van deze zorgverlener op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor camouflagetherapie niet overdragen aan de aangewezen zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

25.3. Ontharen voor verzekerden vanaf 16 jaar

Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandeling om extreme haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht definitief te verwijderen.

Dit krijgt u niet vergoed

Verzorgingsproducten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

Let op

Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft, daarom moeten zowel de persoonlijke AGB code als de naam van deze zorgverlener op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor ontharen niet overdragen aan de aangewezen zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

HULPMIDDELEN

Artikel 26. Budget hulpmiddelen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor hulpmiddelen zoals hierna beschreven in Artikel 26.1 t/m 26.8.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 250 per kalenderjaar	maximaal € 500 per kalenderjaar

26.1. Batterijen hoorhulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van batterijen, losse oplaadbare batterijen en bijbehorende opladers voor hoorhulpmiddelen die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

26.2. Mammaprothese

Dit krijgt u vergoed

De kosten van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese-BH en een prothesebadpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Ook schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips krijgt u vergoed.

Wij vergoeden plakstrips ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

26.3. Pruik en mutssja's

Dit krijgt u vergoed

Het verschil tussen het bedrag dat de leverancier bij u in rekening brengt voor een pruik en de vergoeding die u daarvoor ontvangt vanuit de zorgverzekering. Als u een indicatie heeft voor een pruik, dan ontvangt u een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik en de kosten voor een mutssja. Wij vergoeden deze kosten ook als uw pruik en/of mutssja geleverd worden door een zorgverlener in het buitenland.

26.4. Steunpessarium

Dit krijgt u vergoed

De kosten van het pessarium. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats. De kosten van het plaatsen van het pessarium door de huisarts worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Hier kunt u terecht

Huisarts.

26.5. Plaswekker van 6 tot 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De (huur)kosten van een plaswekker bij nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes en bandages. De vergoeding is eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering.

Hier kunt u terecht

Bij een leverancier van plaswekkers.

26.6. ADL-Hulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van ADL-Hulpmiddelen als u een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis heeft. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals bijvoorbeeld de kleine hulpmiddelen die nodig zijn om uzelf te kunnen wassen, aankleden en drogen, voor de toiletgang en kleine hulpmiddelen bij het koken en eten. Een volledige lijst met hulpmiddelen die wij vergoeden vindt u op onze website.

Hier kunt u terecht

Bij een leverancier van hulpmiddelen.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van de ergotherapeut, een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze zorgverlener beoordeelt welke ADL-Hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

26.7. Eigen bijdrage hoortoestellen

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor een hoortoestel en een tinnitusmaskeerder die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

26.8. Eigen bijdrage gezichtshulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen, filterglazen of contactlenzen die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

PLASTISCHE CHIRURGIE

Artikel 27. Flapoorcorrectie tot 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

Correctie van uitstaande oorschelpen (flaporen) voor verzekerden tot 18 jaar.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding	volledig

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts of medisch specialist.

Artikel 28. Ooglidcorrectie

Dit krijgt u vergoed

Een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek:

- als u recht vooruit kijkt en uw pupil een derde wordt bedekt door de onderrand van uw bovenooglid of de overhangende huidplooi;
- als u duidelijk een beperkt zijwaarts gezichtsveld heeft. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van uw oog, of;
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van uw bovenooglid.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding	volledig

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen

1. Een verwijfsbrief van huisarts of medisch specialist.
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag hebben wij een toelichting van uw medisch specialist nodig over de aard en omvang van de afwijking. Wij vragen u ook een foto mee te sturen waarop de afwijking goed zichtbaar is. Deze foto mag u zelf maken. Of u gebruikt de foto die gemaakt is in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Artikel 29. Buikwandcorrectie

Dit krijgt u vergoed

Correctie van de buikwand als u een overhangende buikhuidplooi heeft waarbij smetten aannemelijk is. De diepte van de huidplooi moet 6 cm of meer zijn, gemeten aan de binnenzijde van de plooi. Daarnaast is het belangrijk dat uw gewicht in verhouding staat tot uw lichaamslengte. Uw BMI is maximaal 30. Voor een buikwandcorrectie na bariatrische chirurgie mag uw BMI niet hoger zijn dan 35 (≤ 35).

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding	volledig

Hoe berekent u uw BMI

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).

Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan $85 \text{ gedeeld door } (1.75 \times 1.75) = 85 \text{ gedeeld door } 3,0625 = 27,76$. Dit is afgerond 28.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen

1. Een verwijfsbrief van huisarts of medisch specialist
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend specialist meesturen over de aard en omvang van de afwijking.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 30. Mindfulness bij burn-outklachten vanaf 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een 8-weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). U heeft recht op deze training als u 18 jaar of ouder bent en burn-out klachten heeft.

MBCT en MBSR

Deze therapieën combineren de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie met meditatie en yoga.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Trainers Nederland) met lidmaatschap categorie 1. Bij een MBCT/MBSR gecertificeerd mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VVM (Vereniging Voor Mindfulness).

U vindt de trainers op de website van deze verenigingen: www.vmbn.nl en www.verenigingvoormindfulness.nl.

U kunt uw vordering op ons voor mindfulness bij burn-out klachten niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts of bedrijfsarts.

VOETBEHANDELINGEN

Artikel 31. Budget voetbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor voetbehandelingen en voor podotherapie zoals hierna beschreven in Artikel 31.1 en 31.2.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 100 per kalenderjaar	maximaal € 200 per kalenderjaar

31.1. Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. voetbehandelingen voor verzekerden met reuma (reumatoïde artritis);
2. voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Dit zijn behandelingen om (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen. Uw podotherapeut of pedicure moet het zorgprofiel op de nota vermelden.

Zorgprofielen

Uitleg over zorgprofielen vindt u op onze website in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u heeft.

Dit krijgt u niet vergoed

De kosten van voetverzorging voor diabetici met zorgprofiel 1 die niet in het behandelplan staat. Hieronder valt bijvoorbeeld het knippen van nagels en het verwijderen van eelt dat geen risico geeft op een wond, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen.

Let op

Vanuit uw zorgverzekering heeft u recht op bepaalde voetverzorging bij diabetes (diabetes mellitus). Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2. U vindt deze voetverzorging in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.

Hier kunt u terecht

Bij een:

1. podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici;
2. medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
3. pedicure met aantekening 'Reumatische voet' of 'Diabetes voet';
4. pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
5. pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

31.2. Podotherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandelingen van voetafwijkingen. Dit zijn: huid- en nagelaandoeningen, voetklachten of klachten aan het houdings- en bewegingssysteem door een afwijkend functioneren en/of afwijkende stand van de voeten.

Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

Artikel 32. Steunzolen en therapiezolen

Dit krijgt u vergoed

Het aanmeten en de kosten van steunzolen en therapiezolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U heeft ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	Geen vergoeding	maximaal € 70 per kalenderjaar	maximaal € 125 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

VOEDINGSADVIES

Artikel 33. Diëtetiek

Dit krijgt u vergoed

De kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 3 behandeluren diëtetiek per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal 2 behandeluren per kalenderjaar uw zorgverlener declareert de behandel tijd in kwartieren

Hier kunt u terecht

Bij een diëtist.

Let op

Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten vindt u op onze website.

Artikel 34. Gewichtconsulent

Dit krijgt u vergoed

De kosten van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	maximaal € 50 per kalenderjaar	maximaal € 100 per kalenderjaar	maximaal € 150 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een gewichtconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN). Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 35. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als uw minderjarig kind of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen. Als uw minderjarig kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan kunt u naar het Onthaalthehuis Ter Weijde.
2. verblijf in een logeerhuis als u 2 dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt meestal of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	maximaal € 45 per nacht	maximaal € 45 per nacht	maximaal € 45 per nacht

Artikel 36. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed

Dit krijgt u vergoed

De kosten van verblijf in het gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het familiehuis Daniël den Hoed als u poliklinisch onder behandeling bent in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of Erasmus MC Kanker Instituut.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	volledig	volledig	volledig

Vanuit de zorgverzekering heeft u in bepaalde situaties recht op zittend ziekenvervoer. Bent u tenminste 3 achtereenvolgende dagen aangewezen op dit vervoer, dan kunt u ook kiezen voor een vergoeding voor logeerkosten in plaats van een vergoeding voor vervoer.

PALLIATIEVE ZORG

Artikel 37. Hospice

Dit krijgt u vergoed

De kosten van verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	maximaal € 40 per dag	maximaal € 40 per dag	maximaal € 40 per dag

Dit krijgt u niet vergoed

U krijgt geen vergoeding voor verblijfkosten uit de aanvullende verzekering als u Eerstelijnsverblijf (ELV) ontvangt. De verblijfkosten voor ELV worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Vind een aangesloten hospice of Bijna-Thuis-Huis op de website van Netwerk Palliatieve Zorg.

ZORG THUIS

Mantelzorger

Bent u mantelzorger? Dan geven wij een tijdelijke vergoeding van noodzakelijke ondersteuning om te voorkomen dat u als mantelzorger overbelast raakt en uitvalt, en zodat u in de gelegenheid bent hulp in te schakelen bijvoorbeeld via de afdeling Wmo van uw gemeente of bij het CIZ voor een Wlz-aanvraag.

Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg. De voorwaarden voor vergoeding voor vervangende mantelzorg of de inzet van een mantelzorgmakelaar leest u hier, en gelden voor de Artikelen 38. en 39.

Vergoeding is mogelijk indien u mantelzorger bent en voldoet aan de volgende criteria:

- U zorgt onbetaald voor een naaste (bijvoorbeeld familielid, vriend(in), buur of kennis)
- U zorgt 8 uur of meer per week voor uw naaste
- Uw naaste heeft langer dan 3 maanden intensieve of langdurige verzorging nodig
- Diegene aan wie u mantelzorg verleent heeft een gezondheidsbeperking (lichamelijke en / of psychische problemen) waardoor of waarbij mantelzorg noodzakelijk is.
- De zorg bestaat uit verzorging of hulp bij dagelijkse activiteiten.

Vergoeding is niet mogelijk als:

- De ontvanger van mantelzorg een Wlz-indicatie heeft, of
- De ontvanger van mantelzorg vanuit de Wmo mantelzorg (respijtzorg) ontvangt.

Is er in deze gevallen wel behoefte aan een verruiming van de zorg? Geef dat dan aan bij de organisatie die de indicatie heeft gesteld.

Stel uw vraag over mantelzorg aan ons

Of u nu mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt, u kunt met uw vragen terecht bij de Zorgadviseur. Onze medewerkers informeren en adviseren u over mantelzorg: zij zijn op de hoogte van de regelgeving en weten waar u terecht kunt voor hulp.

Artikel 38. Mantelzorgmakelaar

Dit krijgt u vergoed

Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar ondersteunt en begeleidt de mantelzorger bij regeltaken rond zorg, welzijn of financiën om te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren voor mantelzorgondersteuning vast.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	maximaal € 250 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	maximaal € 250 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	maximaal € 250 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

De vergoeding geldt voor u als mantelzorger. Er kan één mantelzorger per zorgvrager (zorgsituatie) aanspraak maken op de vergoeding.

Hier kunt u terecht

Bij een zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM). U vraagt een mantelzorgmakelaar aan bij onze Zorgadviseur via onze website. Wij beoordelen of u in aanmerking komt.

Artikel 39. Vervangende mantelzorg

Dit krijgt u vergoed

Tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger, zodat u als mantelzorger even vrij kan zijn. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorger bent. Er kan één mantelzorger per zorgvrager (zorgsituatie) aanspraak maken op de vergoeding. De vervangende mantelzorg vraagt u aan voor minimaal 1 dag. Ook als u minder dan 24 uur zorg op 1 dag afneemt, rekenen wij, ongeacht het aantal uren dat u ontvangt, 1 dag.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	maximaal 5 dagen per kalenderjaar	maximaal 5 dagen per kalenderjaar	maximaal 10 dagen per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een gecontracteerde organisatie. Vervangende mantelzorg vraagt u aan bij onze Zorgadviseur via onze website. Wij beoordelen voordat u de zorg afneemt, of u in aanmerking komt en verwijzen u naar een gecontracteerde organisatie. Heeft u geen verwijzing van onze medewerkers naar een organisatie die vervangende mantelzorg biedt? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde organisaties en hoeveel uur mantelzorgvervangende u per dag vergoed krijgt, vindt u op onze website.

Let op

Eerste aanvraag?

Vraagt u voor de eerste keer vervangende mantelzorg aan? Doe dit dan 6-8 weken voordat u als mantelzorger vervangende mantelzorg nodig heeft. Dit is nodig om alles zo goed mogelijk te regelen.

VERVOER

Artikel 40. Vervoer bij orgaantransplantatie

Dit krijgt u vergoed

Taxivervoer of kosten van eigen vervoer tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u in behandeling bent voor een orgaantransplantatie. U krijgt deze vergoeding alleen als de kostenvergoeding voor dit vervoer niet onder de zorgverzekering valt. Het betreft de volgende zorg: pre-transplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. Voor de berekening van de afstand gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	<ul style="list-style-type: none">taxivervoer: volledig;vervoer per eigen auto: € 0,38 per kilometer	<ul style="list-style-type: none">taxivervoer: volledig;vervoer per eigen auto: € 0,38 per kilometer	<ul style="list-style-type: none">taxivervoer: volledig;vervoer per eigen auto: € 0,38 per kilometer

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde vervoerder. Gaat u naar een vervoerder waarmee wij geen contract hebben? Dan krijgt u geen vergoeding. Een overzicht van de door ons gecontracteerde vervoerders vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen

1. U heeft een voorschrift van een huisarts of medisch specialist nodig en
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruikmaken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website.

Let op

Het vervoer van de donor vergoeden we niet.

MONDZORG

Artikel 41. Eigen bijdrage kunstgebit

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

ZorgBasis	UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	geen vergoeding	volledig	volledig

III. UC TandBasis, UC TandZeker 250, UC TandZeker 500

Artikel 42. Tandheelkundige zorg

Heeft u een UC TandZeker 250 of UC TandZeker 500? Dan krijgt u 1 budget dat u kunt inzetten voor de volgende tandheelkundige zorg:

- Periodieke controle en incidenteel consult Artikel 42.1
- Algemene tandheelkundige zorg Artikel 42.2
- Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen Artikel 42.3

Heeft u een UC TandBasis? Dan heeft u een vergoeding voor specifieke tandheelkundige zorg, genoemd in Artikel 42.1 en 42.2.

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

U ontvangt maximaal de vergoeding zoals deze is opgenomen in de NZa tarievenlijst voor de betreffende behandeling.

De zorgverzekering vergoedt de meeste tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Wilt u weten welke zorg dat precies is? Kijk dan in de voorwaarden van uw zorgverzekering. Deze zorg vergoeden wij dan ook niet vanuit de aanvullende verzekering. Ook niet als een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekering wordt afgewezen.

UC TandBasis	UC TandZeker 250	UC TandZeker 500
Niet van toepassing, er geldt alleen vergoeding voor specifieke tandheelkundige zorg	maximaal € 250 per kalenderjaar	maximaal € 500 per kalenderjaar

42.1. Periodieke controle en incidenteel consult

Dit krijgt u vergoed

- Consult voor een periodieke controle (C002)
- Incidenteel consult (C003)

UC TandBasis	UC TandZeker 250	UC TandZeker 500
1 x per kalenderjaar een periodieke controle (C002) 100% vergoed	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

42.2. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consult voor een intake en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);

- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

UC TandBasis	UC TandZeker 250	UC UC TandZeker 500
<ul style="list-style-type: none"> • 80% vergoed voor gebitsreiniging (M03) tot maximaal 25 minuten per kalenderjaar • 80% vergoed tot maximaal € 100 per kalenderjaar voor vullingen (een aantal V-codes*), verdoving (A- en B-codes), foto's (X-codes) 	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

* V71, V72, V73, V74, V81, V82, V83, V84, V91, V92, V93, V94

Dit krijgt u niet vergoed

- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 (uitwendig bleken)
- V15 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Voor eenvoudige extractie en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

42.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvlesbehandelingen

Dit krijgt u vergoed

- tandvlesbehandelingen (T-codes);
- kronen en bruggen (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);
- gedeeltelijke protheses (P-codes).

UC TandBasis	UC TandZeker 250	UC TandZeker 500
geen vergoeding	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

- R78, R79 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

Let op

Wachttijd kronen, bruggen, implantaten en gedeeltelijke protheses

Er geldt een wachttijd. Kijk in artikel 6.2.1 Toelating tot de aanvullende verzekering(en) voor meer informatie over deze wachttijd.

Artikel 43. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

UC TandBasis	UC TandZeker 250	UC TandZeker 500
geen vergoeding	geen vergoeding	80% tot maximaal € 1.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Let op

Wachttijd orthodontie

Er geldt een wachttijd. Kijk in artikel 6.2.1 Toelating tot de aanvullende verzekering(en) voor meer informatie over deze wachttijd.

Artikel 44. Eigen bijdrage kunstgebit

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

UC TandBasis	UC TandZeker 250	UC TandZeker 500
geen vergoeding	volledig	volledig

Artikel 45. Tandheelkundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Wij vergoeden alleen de zorg die noodzakelijk is om uw tandheelkundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering UC TandBasis. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

UC TandBasis	UC TandZeker 250	UC TandZeker 500
maximaal € 10.000 per ongeval	geen vergoeding	geen vergoeding

Wat krijgt u niet vergoed

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- na (of bij) gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van schade aan uw gebit ontstaan door het nuttigen van etenswaren;
- als gevolg van een indicatie die voor het ongeval al aanwezig was;
- van orthodontische zorg.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Dit moet u zelf regelen

U heeft van tevoren onze toestemming nodig. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten; een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest, röntgenfoto's van de schade aan uw gebit, kleurenfoto's van de tandheelkundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting. Als de adviserend tandarts het noodzakelijk acht, kan hij aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7 van deze voorwaarden.

IV. UC ZorgStart, UC ZorgBasis, UC ZorgCombi

FYSIOTHERAPIE

Artikel 46. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck
3. Oedeemtherapie
4. Littekentherapie
5. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

ZorgStart	ZorgBasis	ZorgCombi
geen vergoeding	maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar	maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar

Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

Jonger dan 18 jaar

Chronische aandoeningen: alle behandelingen.

Niet-chronische aandoeningen: de 1e 18 behandelingen.

18 jaar en ouder

Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: de 1e 9 behandelingen

Oefentherapie:

- Bij etalagebenen: de 1e 37 behandelingen
- Bij artrose van heup- of kniegewricht: de 1e 12 behandelingen
- Bij COPD vanaf stadium Gold II: de zorgverzekering vergoedt een maximum aantal behandelingen oefentherapie.

De behandelingen oedeemtherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet uit uw aanvullende verzekering vergoed. Dit geldt voor:

18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

Dit krijgt u niet vergoed

- Arbocuratieve zorg en re-integratietrajecten;
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining;
- Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut.
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

4. Littertherapie: bij een huidtherapeut.
5. Hand- of vingerspalk: bij een fysiotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL).

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' en 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgverlener die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

BUITENLAND

Artikel 47. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. De VGZ Alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

ZorgStart	ZorgBasis	ZorgCombi
volledig	volledig	volledig

Dit krijgt u niet vergoed

1. Kosten voor niet-spoedeisende zorg of zorg die kan worden uitgesteld tot u terug bent in Nederland
2. Kosten van een ziekenhuisopname en/of kosten van een langdurige medische behandeling als u geen voorafgaand contact met de VGZ Alarmcentrale heeft opgenomen of laten opnemen
3. Kosten die u op grond van de wet niet zou hoeven te betalen of kosten die niet in rekening gebracht zouden zijn als er geen dekking zou zijn op basis van deze verzekering
4. Kosten van zorg die niet redelijk en noodzakelijk zijn.

Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de VGZ Alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de Zorg app, op uw zorgpas of op onze website.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Artikel 48. Repatriëring

Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland.

Hieronder vallen de kosten van:

- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding
- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

ZorgStart	ZorgBasis	ZorgCombi
volledig	volledig	volledig

Dit krijgt u niet vergoed

Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Hier kunt u terecht

Bij de VGZ Alarmcentrale. Verzorgt de VGZ Alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet.

U vindt het telefoonnummer in de Zorg app, op uw zorgpas of op onze website.

PREVENTIE

Artikel 49. Budget Preventie

U krijgt een budget voor preventie dat u kunt inzetten voor cursussen, zorg en advies zoals hierna beschreven in Artikel 49.1. t/m 49.5.

ZorgStart	ZorgBasis	ZorgCombi
geen vergoeding	maximaal € 75 per kalenderjaar	maximaal € 75 per kalenderjaar

49.1. Cursussen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van (een):

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, reuma, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of een thuiszorgorganisatie.
- cursussen omgaan met dementie die een thuiszorgorganisatie, de GGD- of een GGZ-instelling organiseert.
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO.
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).
- cursus valpreventie "In Balans", "Vallen Verleden Tijd", "Zicht op Evenwicht" of "Otago". U kunt hiervoor terecht bij een zorgverlener met een certificaat voor het geven van één van deze valpreventiecursussen. De zorgverlener vermeldt op de nota dat hij beschikt over dit certificaat.

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.patiëntenfederatie.nl

Dit moet u zelf regelen

Bij de nota stuurt u een bewijs van deelname mee.

49.2. Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid

Dit krijgt u vergoed

De kosten van (online) cursussen, zorg en advies die erop gericht zijn uw fysieke en mentale gezondheid op peil te houden of te verbeteren. Op onze website vindt u een overzicht van dit extra aanbod en waar u daarvoor terecht kunt.

49.3. Leefstijlcheck

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een (online) leefstijlcheck met als doel inzicht krijgen in uw leefstijl. Hierbij heeft u de mogelijkheid voor een cholesterol- en glucosetest en een buikomvangmeting (thuisstest). Na de check volgt een persoonlijk leefstijlgesprek met een online leefstijlcoach.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een andere zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

49.4. Sportmedisch advies

Dit krijgt u vergoed

De kosten van sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Hier kunt u terecht

Bij een sportarts (medisch specialist).

49.5. Consult en advies voor vrouwen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen met gezondheidsproblemen die veroorzaakt worden door het hormonale systeem zoals de overgang of de menstruatie.

Hier kunt u terecht

Bij een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies over vrouwen en hormonen.

MONDZORG

Artikel 50. Tandheeskundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de volgende tandheeskundige zorg:

- Periodieke controle en incidenteel consult Artikel 50.1
- Algemene tandheeskundige zorg Artikel 50.2
- Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke prothesen en tandvleesbehandelingen Artikel 50.3

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

U ontvangt maximaal de vergoeding zoals deze is opgenomen in de NZa tarievenlijst voor de betreffende behandeling.

De zorgverzekering vergoedt de meeste tandheeskundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Wilt u weten welke zorg dat precies is? Kijk dan in de voorwaarden van uw zorgverzekering. Deze zorg vergoeden wij dan ook niet vanuit de aanvullende verzekering. Ook niet als een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekering wordt afgewezen.

ZorgStart	ZorgBasis	ZorgCombi
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 250 per kalenderjaar

50.1. Periodieke controle en incidenteel consult

Dit krijgt u vergoed

- Consult voor een periodieke controle (C002)
- Incidenteel consult (C003)

ZorgStart	ZorgBasis	ZorgCombi
geen vergoeding	geen vergoeding	75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

50.2. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consult voor een intake en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

ZorgStart	ZorgBasis	ZorgCombi
geen vergoeding	geen vergoeding	75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 (uitwendig bleken)
- V15 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Voor eenvoudige extracties en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

50.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvlesbehandelingen

Dit krijgt u vergoed

- tandvlesbehandelingen (T-codes);
- kronen en bruggen (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);
- gedeeltelijke protheses (P-codes).

ZorgStart	ZorgBasis	ZorgCombi
geen vergoeding	geen vergoeding	75% vergoed tot uw budget voor tandheeskundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

- R78, R79 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheeskunde betreft en niet medisch noodzakelijk is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

V. UC Tand Ongevallen

Artikel 51. Tandheeskundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheeskundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Wij vergoeden alleen de zorg die noodzakelijk is om uw tandheeskundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering UC Tand Ongevallen. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

UC Tand Ongevallen

maximaal € 10.000 per ongeval

Wat krijgt u niet vergoed

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- na (of bij) gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van schade aan uw gebit ontstaan door het nuttigen van etenswaren;
- als gevolg van een indicatie die voor het ongeval al aanwezig was;
- van orthodontische zorg.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Dit moet u zelf regelen

U heeft van tevoren onze toestemming nodig. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten; een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest, röntgenfoto's van de schade aan uw gebit, kleurenfoto's van de tandheeskundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting. Als de adviserend tandarts het noodzakelijk acht, kan hij aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7 van deze voorwaarden.

VI. Begrippen

Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen ZorgBasis, UC ZorgZeker 1, UC ZorgZeker 2, UC ZorgZeker 3, UC TandZeker 250, UC TandZeker 500, UC Tand Ongevallen, UC TandBasis, UC ZorgStart, UC ZorgBasis en UC ZorgCombi.

Arbocuratieve zorg: zorg die gericht is op genezing en behandeling van lichamelijke aandoeningen die te maken hebben met werk.

Bariatrische chirurgie: een operatie die u helpt om af te vallen, bijvoorbeeld een maagverkleining.

Beëdigd vertaler: dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), www.bureauwbtv.nl

BMI (Body Mass Index): je BMI laat zien of je gewicht gezond is in relatie tot je lengte.

Chiropractie: benadrukt de wisselwerking tussen het zenuwstelsel (hersenen, ruggenmerg en zenuwen) en het bewegingsapparaat en daarmee samenhangende klachten. In Nederland is chiropractor een vrij beroep.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Craniosacraaltherapie: de Amerikaanse arts John E. Upledger heeft deze therapie in de jaren zeventig bedacht. Hij ging ervan uit dat veel ziektes ontstaan door een afwijking in het bindweefsel en door de wisselende druk in het hersenvocht die kan ontstaan door blokkades. Het is onduidelijk waarop dit precies gebaseerd is. Bij de behandeling manipuleert de therapeut vaak aan de hals en wervelkolom. Kranion betekent schedel, sacrum is het heiligbeen.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc): een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.

Dixhoorn, ontspannings- en ademhalings therapie: de methode van Dixhoorn gaat uit van het behandelen van spanningsklachten. De ademhaling staat centraal.

Ergotherapeut: een ergotherapeut adviseert en traint mensen die moeilijkheden hebben met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Bijvoorbeeld omdat ze dement zijn of niet-aangeboren hersenletsel hebben.

Extracties: het trekken of verwijderen van een tand of kies.

Filterglazen: dit zijn speciale glazen met een filter. Zo heeft een zonnebril een UV-filter. Er bestaan ook hele speciale filterglazen voor medische toepassingen

Fraude: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Geneesmiddelenvergoedingssysteem: hierin staan alle geregistreerde geneesmiddelen die zorgverzekeraars vanuit de zorgverzekering vergoeden.

Haptotherapie: leert je ontdekken wat je voelt. De haptotherapeut moet een hbo-opleiding hebben afgerond. Hij is een officiële zorgverlener die is aangesloten bij de beroepsvereniging VVH.

Hoorhulpmiddelen: dit zijn hulpmiddelen die u helpen als u slecht hoort. Denk aan een gehoorapparaat of een apparaat dat suizen vermindert.

Honorarium: salaris

Implantologie: tandheelkunde die tot doel heeft een of meerdere tanden te vervangen door tandimplantaten. Implantaten zijn kunstmatige wortels die in het bot geplaatst worden, deze worden na het plaatsen voorzien van bijvoorbeeld een kroon.

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toetreding zorgaanbieders;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Lactatiekundige: een lactatiekundige is een professioneel opgeleide borstvoedingsspecialist en geeft moeders deskundige hulp bij het geven van borstvoeding. De beroepsvereniging is de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBG), zij bewaken de kwaliteit van het vak.

Levatorplastiek: bovenooglidcorrectie waarbij het hefspieltje van het bovenooglid strakker gemaakt wordt waardoor het beter zijn functie kan uitoefenen en het oog beter open gaat.

Lidmaatschap categorie 1: gekwalificeerde mindfulnessstrainers aangesloten bij de VMBN worden op basis van de specifieke opleiding en ervaring ingedeeld. Categorie 1 zegt iets over de kwaliteit en duur van de opleiding.

Mammaprothese: een uitwendig hulpmiddel dat de borst volledig of gedeeltelijk vervangt.

Mesostructuur: een constructie, die zich tussen implantaten (of natuurlijke tanden en kiezen) en het kunstgebit bevindt. Deze structuur kan bestaan uit drukknoppen of magneten op implantaten of uit een staaftconstructie waarmee de implantaten met elkaar verbonden zijn.

Mijnvgz.nl: persoonlijke online omgeving om verzekeringsgegevens in te zien en te wijzigen.

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT): therapie die zich specifiek richt op het ontwikkelen van een andere houding tegenover problemen. Deze houding kenmerkt zich door nauwkeurig waarnemen, toelaten, niet-reageren en niet-oordelen waardoor er ruimte komt voor acceptatie.

Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR): een training in aandacht met als doel spanningsklachten te verminderen.

Musculoskeletale geneeskunde: geneeskunde die vooral gericht is op klachten die te maken hebben met bewegen en houding. De therapeut manipuleert de stand van bijvoorbeeld het bekken of de wervels. Zo kan hij de stand van deze botten 'aanpassen' en de klachten misschien verhelpen.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck: de oefentherapeut is specialist in het aanleren van gezond beweeggedrag. Gericht op het behandelen en voorkomen van klachten die kunnen ontstaan door een verkeerde houding en beweging tijdens dagelijkse activiteiten.

Ongeval: een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Osteopathie: is een alternatieve geneeswijze, die er van uitgaat dat een verminderde beweeglijkheid van weefsels en structuren in het lichaam een nadelige invloed op de gezondheid heeft. Met corrigerende handgrepen wordt de oorzaak van de klachten aangepakt.

Podotherapeut: behandelt mensen met voet-, rug- of knieklachten.

Polisblad: document waarop staat waarvoor en hoe je verzekerd bent.

Pretransplantatieonderzoek: onderzoek om te beoordelen of uw conditie goed genoeg is om een ingrijpende operatie als een transplantatie goed te doorstaan.

Re-integratie: het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces

Schriftelijk: betekent in deze verzekeringsvoorwaarden op papier maar ook per e-mail.

Sedatie: verdoving

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg. Deze toestemming krijgt u van ons of namens ons. U moet de toestemming aanvragen voordat u die bepaalde zorg afneemt.

Torische lens: een lens met verschillende vlakken en zwaartes. Wanneer het hoornvlies niet perfect rond is, kan dit zorgen voor oogproblemen. Het zicht kan wazig worden, het onderscheiden van details kan lastig zijn en verticale lijnen lijken te kantelen. Torische lenzen corrigeren deze problemen.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde: degene voor wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Wettelijke eigen bijdrage: u betaalt soms een deel van de zorg zelf, bijvoorbeeld bij een kunstgebit of hoortoestel. De overheid bepaalt hoe hoog de eigen bijdrage is en waarvoor u deze bijdrage betaalt.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg. Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverzekeraar, de/VGZ: VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandse Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.

Kijk op
unitedconsumers.com
voor meer informatie
en contactgegevens