

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2022

Nationale-Nederlanden Zorgverzekering Combinatie (Zorgverzekering Combinatie) (modelnummer: 4700102)

versie 1

Uw Zorgverzekering is een combinatiepolis. Dit betekent dat uw verzekering een combinatie is van:

- zorg op restitutiebasis (wij vergoeden de kosten van uw zorg) en
 - zorg in natura (wij regelen de zorg die u nodig hebt).
- Voor zorg in natura gelden verschillende vergoedingspercentages (%) voor zorg door een gecontracteerde zorgverlener en een niet-gecontracteerde zorgverlener. Dit ziet u in dit overzicht bij de betreffende zorg. Alle andere zorg is zorg op restitutiebasis.

In de kolom "Hoeveel krijgt u vergoed" staan bedragen, aantallen, uren en/of termijnen. Dit zijn altijd de maximale bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

De vergoedingspercentages (%) berekenen wij over:

- het vast wettelijke (punt)tarief of
- het (gemiddelde) afgesproken tarief, of
- het gedeclareerde tarief tot ten hoogste het maximaal wettelijk tarief, of
- het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief.

Uitleg over de verschillende situaties en tarieven vindt u in artikel A.20. van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen.

In deze kolom staan ook verwijzingen naar lijsten (bv Lijst Voorkeursgeneesmiddelen) en reglementen (bv Reglement Hulpmiddelen). Deze bijlages van uw zorgverzekering staan op onze internetsite.

In de kolom "Voorwaarden" staan nummers die verwijzen naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de betreffende zorg vergoed te krijgen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Buitenlandzorg Zorg in het buitenland	u hebt recht op dezelfde zorg en omvang als waarop u in Nederland of uw woonland recht hebt	B.2. B.2.
Diëtetiek Diëtetiek	100% bij DM Type II, VRM bij hart- en vaatziekten, COPD of astma via ketenzorg; 3 uur per jaar in overige gevallen	B.11. B.11. B.11.
Dieetpreparaten Dieetpreparaten	100%	B.16. B.16.
Ergotherapie Ergotherapie	10 uur per jaar	B.9. B.9.
Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/ Mensendieck Fysiotherapie en/of oefentherapie tot 18 jaar	Bij aandoening van 'Lijst met aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie': 100% (bij gecontracteerde zorgverlener 100%; bij niet-gecontracteerde zorgverlener 75%, zie artikel A.20.).	B.8. B.8.3.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2022

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar	Bij andere aandoeningen: 9 behandelingen per indicatie; indien nodig 9 behandelingen extra (bij gecontracteerde zorgverlener 100%; bij niet-gecontracteerde zorgverlener 75%, zie artikel A.20.).	B.8.3.
	Bij aandoening van 'Lijst met aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie': 100% vanaf de 21e behandeling (bij gecontracteerde zorgverlener 100%; bij niet-gecontracteerde zorgverlener 75%, zie artikel A.20.).	B.8.1.
	Voor bekkenfysiotherapie: 9 behandelingen eenmaal per verzekerde (bij gecontracteerde zorgverlener 100%; bij niet-gecontracteerde zorgverlener 75%, zie artikel A.20.).	B.8.2.
	Voor looptherapie bij etalagebenen: 37 behandelingen per 12 maanden (bij gecontracteerde zorgverlener 100%; bij niet-gecontracteerde zorgverlener 75%, zie artikel A.20.).	B.8.4.
	Bij artrose van heup- of kniegewricht: 12 behandelingen per 12 maanden (bij gecontracteerde zorgverlener 100%; bij niet-gecontracteerde zorgverlener 75%, zie artikel A.20.).	B.8.5.
	Bij COPD vanaf stadium II (bij gecontracteerde zorgverlener 100%; bij niet-gecontracteerde zorgverlener 75%, zie artikel A.20.): - klasse A GOLD Classificatie: 5 behandelingen per 12 maanden - klasse B1 GOLD Classificatie: 27 behandelingen in 12 maanden na start behandeling (daarna 3 behandelingen per 12 maanden in volgende jaren) - klasse B2, C of D GOLD Classificatie: 70 behandelingen in 12 maanden na start behandeling (daarna 52 behandelingen per 12 maanden in volgende jaren).	B.8.6.
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		B.19.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2022

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
GGZ zonder opname	100% vanaf 18 jaar (bij gecontracteerde zorgverlener 100%; bij niet-gecontracteerde zorgverlener 75%, zie artikel A.20.)	B.19.1.
GGZ met opname	max. 3 jaar vanaf 18 jaar (bij gecontracteerde zorgverlener 100%; bij niet-gecontracteerde zorgverlener 75%, zie artikel A.20.)	B.19.3.
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen		B.28.
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	100%	B.28.
Huisarts		B.3.
Huisarts	100% voor advies, onderzoek en begeleiding; 100% voor GGZ zorg; 100% voor zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie vanaf 18 jaar; 100% voor overige huisartsenzorg	B.3.1. B.3.3. B.3.4. B.3.2.
Hulpmiddelen		B.17.
Hulpmiddelen	100%, soms geldt een wettelijke eigen bijdrage, zie het "Reglement Hulpmiddelen"	B.17.
Kortdurend verblijf in een instelling		B.27.
Kortdurend verblijf in een instelling	100%	B.27.
Logopedie		B.10.
Logopedie	100%	B.10.
Medicijnen		B.15.
Medicijnen	100% voor medicijnen uit het Geneesmiddelen vergoedings-systeem (GVS); soms geldt een wettelijke eigen bijdrage (max. € 250,- per jaar), zie 'Reglement Farmacie' en 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen'. U betaalt geen eigen risico voor een voorkeursgeneesmiddel.	B.15.1. t/m B.15.4.
Medisch specialistische zorg		B.4.
Audiologische zorg	100%	B.4.13.
Dialyse	100%	B.4.8.
Erfelijkheidsonderzoek	100%	B.4.12.
Mechanische beademing	100%	B.4.9.
Medisch specialistische zorg	100% zonder opname; max. 3 jaar met opname	B.4.2. en B.4.3.
Onderzoek naar kanker bij kinderen	100%	B.4.10.
Organtransplantatie	100% voor u als ontvanger; 100% (max. 13 weken na opname) voor u als donor	B.4.7.1. B.4.7.2.
Plastische chirurgie	100%	B.4.5.
Revalidatie	100%	B.4.6.1.
Geriatrische revalidatie	6 maanden	B.4.6.2.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2022

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Second opinion	100%	B.4.15.
Trombosedienst	100%	B.4.11.
Vruchtbaarheidsbehandeling	3 pogingen IVF/ICSI tot 43 jaar (tot 38 jaar gelden beperkingen)	B.4.14.
Mondzorg		B.12. t/m B.14.
Mondzorg voor alle leeftijden		B.12.
- Mondzorg in bijzondere gevallen	100%	B.12.1.
- Implantaat	100% in een tandeloze kaak	B.12.2.
- Orthodontie in bijzondere gevallen	100% bij ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis	B.12.3.
Mondzorg tot 18 jaar	100% voor reguliere mondzorg zoals controles, foto's maken en vullen van gaatjes	B.13.
Mondzorg vanaf 18 jaar		B.14.
- Kaakchirurg	100%	B.14.a.
- Kunstgebit	75% voor volledig boven- en/of ondergebit zonder implantaten; 90% voor ondergebit op implantaten en kliksysteem; 92% voor bovengebitt op implantaten en kliksysteem; 90% voor reparatie en rebasen van volledig boven- en/of ondergebit	B.14.b. B.14.c. B.14.c. B.14.b.
	83% voor code J50 voor combinatie van kunstgebit op implantaten en kliksysteem voor de ene kaak met kunstgebit niet op implantaten en kliksysteem voor de andere kaak	B.14.d.
- Implantaat met kroon	100% voor vervanging van snij- of hoektand door implantaat met kroon (t/m 22 jaar). De tand ontbreekt omdat deze niet is aangelegd of door een ongeval voor 18e verjaardag	B.14.e.
Preventie		B.21.
	100% voor stoppen-met-roken	B.21.2.
Vervoer		B.18.
Ambulance	100%	B.18.1.
Vervoer	100% voor taxi en openbaar vervoer 2e klasse; € 0,32 per km voor vervoer per auto. U betaalt een wettelijke eigen bijdrage van € 111,- per kalenderjaar voor al het vervoer samen. Als u kiest voor logeren, vergoeden we maximaal € 77,50 per nacht; hiervoor geldt geen wettelijke eigen bijdrage.	B.18.2.a. t/m g.
Voetzorg		B.23.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2022

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Voetzorg	100% bij diabetes zorgprofiel 2, 3 en 4; jaarlijks onderzoek bij zorgprofiel 1 (eventueel via ketenzorg)	B.23.
Voorwaardelijke zorg Voorwaardelijke zorg	100% voor zorg die nog niet definitief is opgenomen in de basisverzekering, maar die voor een bepaalde periode vergoed mag worden	B.22. B.22.
Wijkverpleging Wijkverpleging	100% (bij gecontracteerde zorgverlener 100%; bij niet-gecontracteerde zorgverlener 75%, zie artikel A.20.)	B.26. B.26.
Zorg voor de bevalling Verloskundige zorg Echo Prenatale screening Kraamzorg	100% 100% 100% 100% voor inschrijving en intake	B.5. B.5.1. B.5.2. B.5.3. B.5.4.
Zorg tijdens de bevalling Bevalling	100% voor bevalling thuis; 100% voor bevalling in ziekenhuis met medische noodzaak; max. € 230,- per dag voor bevalling in geboortecentrum of in ziekenhuis zonder medische noodzaak	B.6. B.6.
Zorg na de bevalling Kraamzorg	8 dagen en indien nodig 2 extra dagen voor kraamzorg thuis of in kraamhotel (wettelijke eigen bijdrage € 4,70 per uur); 100% voor kraamzorg in ziekenhuis met medische noodzaak	B.7. B.7.
Zorg voor zintuiglijk beperkten Zorg voor zintuiglijk beperkten	100%; 1 jaar voor verblijf in een instelling	B.25. B.25.