



Vergoedingenoverzicht 2023

Aanvullende verzekering BGZC-Jongeren

Dit vergoedingenoverzicht is bedoeld om de verschillende verzekeringen gemakkelijk met elkaar te vergelijken. Het overzicht geeft een algemene omschrijving van de zorg waarop u recht heeft. U kunt hieraan geen rechten ontleen. In de polisvoorwaarden kunnen namelijk nadere voorwaarden voor vergoeding zijn opgenomen. Ook kan een beperking van de vergoeding gelden, bijvoorbeeld wanneer u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Kijk in onze Zorgzoeker als u wilt weten of uw zorgverlener een contract heeft.

Voor een volledig overzicht raden wij u daarom aan om uw polisvoorwaarden goed door te lezen. Deze zijn altijd leidend. Heeft u vragen? Bel ons dan gerust op 0115 - 61 83 44. Wij helpen u graag verder.

Zorgsoort	BGZC-Jongeren
Alternatief	
Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen (antroposofisch en homeopatisch)	€ 30 per dag tot € 200 incl. geneesmiddelen
Botten, spieren en gewrichten	
Podotherapie/podologie/podoposturale therapie en/ of (sport) steunzolen	€ 70 per jaar voor voetbehandeling door podotherapeut of podoloog plus € 60 voor steunzolen
Buitenland	
Spoedeisende zorg buitenland	volledig
Vaccinaties in verband met een reis naar het buitenland	€ 100 per jaar
Repatriëring (bij ziekte en overlijden)	volledig
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	
Fysio- en oefentherapie Cesar/Mensendieck 18 jaar en ouder	12 behandelingen
Medicijnen (geneesmiddelen)	
Anticonceptiva 21 jaar en ouder	€ 200 per jaar
Mond en tanden (mondzorg)	
Tandheelkundige zorg 18 jaar en ouder	100% voor controle, 75% overige behandelingen totale vergoeding is maximaal € 450 per persoon per kalenderjaar.
Orthodontie	€ 350 gedurende de looptijd van de verzekering
Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval 18 jaar en ouder	€ 10.000 per ongeval
Ogen en oren	
Brillen en/of contactlenzen	€ 100 per 2 jaar

Aanvullende Grensregio Clausule

Staat er op uw zorgpolis vermeld dat u ook verzekerd bent voor de Grensregio Clausule? Dan krijgt u vanuit dit pakket een extra vergoeding voor niet-spoedeisende zorg in België en Duitsland. De Grensregio Clausule is alleen van toepassing als dit op het polisblad staat aangegeven.

Niet-spoedeisende zorg in België en Duitsland:

- a. voor zorg die verleend is in België of Duitsland binnen een straal van 55 km, te rekenen vanaf de Nederlandse grens, heeft u recht op 100% vergoeding van de medisch noodzakelijke zorg en tandheelkundige hulp wegens een ziekte, een ongeval of aandoening.
- b. voor zorg die is verleend in het overige gedeelte van België of Duitsland heeft u recht op 100% vergoeding van het op het moment van de behandeling op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde maximum tarief in aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (tezamen maximaal 200%), indien de zorg binnen Nederland zou zijn verleend. Wanneer en voor zover geen (maximum) Wmgtarieven zijn vastgesteld, heeft u recht op 100% vergoeding van het in Nederland geldende marktconforme bedrag in aanvulling op de vergoeding vanuit uw basisverzekering (tezamen maximaal 200%).

Voorwaarden voor vergoeding

1. Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden en als het schadebedrag hoger is dan de vergoeding vanuit de basisverzekering.
2. De behandelingen moeten plaatsvinden bij erkende (of daarmee gelijk te stellen) zorgverleners.

Heeft u vanuit de basisverzekering aanspraak op niet-spoedeisende zorg in het buitenland? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de basisverzekering.

Wordt u opgenomen in een ziekenhuis? Dan is de vergoeding beperkt tot een vergoeding van de kosten van maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval. Onder ziektegeval verstaan wij: iedere niet onderbroken behoefte aan een medische behandeling, welke voortkomt uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.

Aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering

Met de Ziekenhuis Extra Verzekering heeft u bij ziekenhuisverblijf in België en Duitsland recht op vergoeding van de kosten van verblijf in een één- of tweepersoonskamer, terwijl dat medisch gezien niet noodzakelijk is. Op uw polisblad kunt u zien of u een Ziekenhuis Extra Verzekering heeft afgesloten.

1. Comfortvoorziening bij ziekenhuisverblijf in België of Duitsland

Bent u 18 jaar of ouder en verblijft u in een zorginstelling in België of Duitsland? En ondergaat u daar een medische behandeling die wij hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij de extra kosten die de zorginstelling in rekening brengt voor verblijf in een één- of tweepersoonskamer. Wij vergoeden ook de kosten van een eventuele honorariumtoeslag. Als de één- of tweepersoonskamer voor u niet beschikbaar is, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft (de zogenoemde daggeldvergoeding). Wij vergoeden dan tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar.

Verblijft u in een zorginstelling in België of Duitsland? En ondergaat u daar een medische behandeling die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij tot maximaal € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft (de zogenoemde daggeldvergoeding). Het gaat hierbij om een vergoeding voor de extra kosten die de zorginstelling in rekening brengt voor verblijf in een één- of tweepersoonskamer. Wij vergoeden maximaal € 4.900,- per kalenderjaar.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van comfortvoorzieningen bij verblijf op de revalidatie-afdeling of psychiatrische afdeling van een (psychiatrisch) ziekenhuis. U heeft daarnaast zowel bij gecontracteerde als niet-gecontracteerde medische behandelingen in België of Duitsland geen recht op vergoeding van aanvullende comfortservices.

2. Taxivervoer van en naar het ziekenhuis

Maakt u op de eerste en laatste dag van uw ziekenhuisverblijf in België of Duitsland kosten voor taxivervoer? Dan vergoeden wij de kosten van dit vervoer vanaf uw woonadres naar en van het ziekenhuis. Begeleidt iemand u bij dit vervoer? Dan vergoeden wij ook de kosten van zijn of haar heen- of terugreis. Per ziekenhuisverblijf vergoeden wij maximaal 4 taxiritten.