



Zorgverzekering 2026

Inhoudsopgave

Blend & Witte-Boussen

Wat is Blend?	3
Wat doet Witte-Boussen?	4

Zorgverzekering

De 7 voordelen van de collectieve zorgverzekering	5
Basisverzekering	5
Aanvullende (tandarts-)verzekeringen	6
Grensregio Pakket	7
Collectief Zeker Pakket (incl. service van Royal Doctors)	7
Een zorgverzekering die bij je past	7

Een persoonlijke en flexibele service

Zorgbemiddeling	8
Second opinion	8
Verhaalservice	8
Fit en vitaal	9

Praktische zaken

Inzicht zorgkosten in 'Mijn Blend'	10
Mijn Blend als app	10
De zorgpas	11
Wijzigingen doorvoeren	11
Eigen risico	12
Buitencategorie hoortoestel	12
Zittend ziekenvervoer	12
Declareren	13
Kraamzorg	13
Voorkeursbeleid medicijnen	14

Buitenland

Spoedeisende zorg	15
Niet spoedeisende zorg	15
Gecontracteerde zorg	16
Niet-gecontracteerde zorg	16

Zorg in België

Belangrijke aandachtspunten	17
Grensarbeiders & verdragsgerechtigden	19

Vergoedingenoverzicht

Basisverzekering	21
Aanvullende verzekeringen	24
Grensregio Pakket	32
Collectief Zeker Pakket	32
Tandartsverzekering	33

Contact

Contactgegevens Witte-Boussen	34
Klachten	34

Blend & Witte-Boussen



Wat is Blend?

Blend is de merknaam van Stichting BGZC. De naam verwijst naar het feit dat het product een blend (mix) is tussen verschillende partijen. Ook staat Blend voor het mengen van zorg: met een Grensregio Pakket kan je kiezen voor vrije keuze van zorg in Nederland, België of Duitsland. De slogan 'Grenzeloos verbonden' sluit daar mooi bij aan. De grens maakt niet uit, we zijn verbonden. Daarnaast mengen we de standaard zorg met thema's zoals vitaliteit en preventieve zorg.

Het ontstaan

De komst van het nieuwe zorgstelsel in 2006 was de directe aanleiding tot de oprichting in 2005 van Stichting BGZC (Belangenbehartiging Grensoverschrijdende Zorg Collectief). De basisverzekering voorzag niet in de soms complexe grensoverschrijdende zorg waar grensarbeiders en bewoners van de grensstreek mee te maken konden krijgen. Een groot aantal (regionale) werkgevers zag de noodzaak tot krachten bundelen ook in en sloten zich in 2006 aan bij de stichting.

De 5 zekerheden waar Blend voor staat

- 1 Actief luisteren en doordacht adviseren: wij zijn er om je te helpen.
- 2 We zeggen niet alleen wat we doen, we doen vooral wat we zeggen.
- 3 Positieve impact voor mens en omgeving.
- 4 Gedeelde verantwoordelijkheid: samen maken we de wereld een beetje gezonder.
- 5 Flexibel: wij bewegen met je mee, omdat jij (en jouw situatie) ook verandert.

Door clustering van inmiddels meer dan 500 bedrijven (waaronder enkele honderden zzp'ers) is de stichting mede door het grote volume uitgegroeid tot een ware inkoopcombinatie. Hierdoor zijn vele voordelen bedongen bij Aevitae waaronder scherpe premies voor de aangeboden aanvullende verzekeringen. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen de grootte van de aangesloten bedrijven- van zzp'ers zonder personeel tot bedrijven met meer dan 1000 werknemers-; iedereen geniet dezelfde voordelen! Ook zijn er unieke afspraken gemaakt op het gebied van zorg over de grens in België en Duitsland. Blend richt zich met name op werkgeverscollectiviteiten.

Daarmee wordt het o.a. mogelijk om gerichte afspraken te maken op het gebied van verzuimpreventie, duurzame inzetbaarheid en de gezondheid van de werknemers. Denk aan beweeg-, voedings-, en stoppen-met-rokenprogramma's.

Naast zorgverzekeringen biedt Blend ook scherpe tarieven aan op het gebied van inkomens- en schadeverzekeringen voor aangesloten werkgevers en diens (gepensioneerde) medewerkers.

toegesplitst op het gebied van verzekeringen en pensioenen t.b.v. zowel particuliere als bedrijfsmatige relaties. Zij verzorgen zorgvuldige risicoanalyses, vergelijken premies en voorwaarden van diverse verzekeraars, geven een afgewogen advies. Om klanten tijdig te informeren over belangrijke wijzigingen worden de ontwikkelingen op de verzekeringsmarkt nauwkeurig gevolgd door hun deskundige medewerkers.

Team Zorg is gespecialiseerd in het aanbieden en onderhouden van ziektekostenverzekeringen. Werkgevers en diens (gepensioneerde) medewerkers en gezinsleden kunnen bij hun terecht voor zorg-op-maat advies. Op de afdeling Zorg zijn enthousiaste, professionele en klantgerichte medewerkers werkzaam die gespecialiseerd zijn in het adviseren over zorgverzekeringen. Daarbij wordt de kennis voortdurend op een hoog niveau gehouden en beschikken zij over de daarvoor benodigde diploma's die up-to-date gehouden worden.

Wat doet Witte-Boussen?

Al sinds 2006 fungeert Witte-Boussen Assurantiën B.V. uit Terneuzen (verder verwoord als Witte-Boussen) als intermediair voor collectieve zorgverzekeringen, waarbij zij de belangen behartigen van bij onze stichting aangesloten bedrijven, diens (gepensioneerde) medewerkers en verzekerde gezinsleden. Witte-Boussen is dan ook het eerste aanspreekpunt bij vragen!

Witte-Boussen is een onafhankelijk assurantiëkantoor, wiens activiteiten zijn



De zorgverzekering

De 7 voordelen van een collectieve zorgverzekering bij Blend

Blend heeft een uitstekend aanbod voor jou: een collectieve zorgverzekering van Aevitae met veel voordelen voor het hele gezin. Wil je weten welke voordelen jij hebt met een collectieve verzekering? Wij zetten het voor je op een rijtje:

- 1. Premiekorting voor het hele gezin.**
Profiteer met het hele gezin van een scherpe premie voor de aanvullende verzekeringen. Kinderen tot 18 jaar krijgen kosteloos dezelfde aanvullende verzekering als de hoogst verzekerde ouder.
- 2. Een persoonlijke en flexibele service.**
Bij Witte-Boussen kan je terecht met al je zorgvragen. Zij zijn op werkdagen tussen 8.30 uur en 17.00 uur bereikbaar via telefoon (0115- 618 344), e-mail (zorg@witteboussen.nl), online chat (www.witteboussen.nl) of loop (ook zonder afspraak) bij hen binnen.
- 3. Aevitae hanteert géén zorgplafond!**
Veel zorgverzekeraars spreken jaarlijks een maximaal aantal behandelingen met zorgverleners af om de zorgkosten te beperken. Het met zorgverzekeraars afspreken van een zorgplafond (ook wel omzetplafond genoemd) kan tot gevolg hebben dat aan het einde van het jaar je niet meer terecht kunt bij je zorgverlener en moet wachten tot het volgende jaar! Dit kan langere wachtlijsten tot gevolg hebben in het nieuwe jaar. Wij vinden dit ongewenst; iedereen zou recht moeten hebben op goede en tijdige zorg!
- 4. Toegang tot 'Mijn Blend'.**
Regel je zorgzaken gemakkelijk en snel via jouw eigen online omgeving. Via Mijn Blend declareer je ook eenvoudig nota's.
- 5. Het betalen van je eigen risico** kan soms slecht uitkomen. Daarom kun je bij Aevitae alle rekeningen vanaf € 50,- gespreid betalen. Een betalingsregeling regel je zelf in Mijn Blend of door contact met Witte-Boussen op te nemen.

- 6. Leuke extra's** om gezond en vitaal te blijven. Zo krijg je bijvoorbeeld toegang tot het online gezondheidsportaal, Aevitaal. Verderop in deze brochure lees je hier meer over.
- 7. Gratis overstapservice.** Aevitae zegt jouw huidige polis op, neemt medische machtigingen vanuit de basisverzekering over en informeert je zorgverleners. Aevitae accepteert iedereen en geeft je 14 dagen bedenktijd.

De basisverzekering

In de basisverzekering zit de belangrijkste zorg, zoals die van de huisarts, het ziekenhuis, de medische specialist, wijkverpleging en de apotheek. Aevitae accepteert iedereen voor de basisverzekering, ongeacht leeftijd of zorgbehoefte. De overheid bepaalt elk jaar welke zorg er in de basisverzekering zit. Dit is dus voor elke basisverzekering hetzelfde.

Wij hechten veel waarde aan de keuzevrijheid van onze verzekerden. Voor verzekerden die ervoor kiezen om zich te laten behandelen in België of Duitsland is het Grensregio Pakket van belang. Dit pakket kan alleen tezamen met de Combinatiepolis worden afgesloten.

Er zijn drie basisverzekeringen. De Naturapolis biedt een ruim aanbod aan gecontracteerde zorgverleners. Liever vrije keuze hierin? Kies dan voor de Combinatiepolis. Bij de Natura Selectpolis is een beperkter aantal zorgverleners gecontracteerd en bestel je een aantal hulpmiddelen verplicht online bij gecontracteerde leveranciers; geneesmiddelen bestel je zoveel mogelijk bij de internetapotheek. De Natura Selectpolis bieden we alleen aan voor de grensarbeiders.



Voordelige keuze (aangeboden voor grensarbeiders) Natura Select € 155,40 per maand <i>óf € 131,90 bij een Eigen Risico van € 885,-</i>	Ruime keuze Natura € 163,90 per maand <i>óf € 146,40 bij een Eigen Risico van € 885,-</i>	Grootste keuze Combinatie € 177,10 per maand <i>óf € 159,60 bij een Eigen Risico van € 885,-</i>
Ziekenhuizen 100% vergoeding bij gecontracteerd, anders 65%*	Ziekenhuizen 100% vergoeding bij gecontracteerd, anders 75%*	Ziekenhuizen 100% bij alle in Nederland***
Andere zorgverleners 100% bij gecontracteerd, anders 65%*	Andere zorgverleners 100% bij gecontracteerd, anders 75%*	Andere zorgverleners 100% bij alle in Nederland*
Uitzondering Hulpmiddelen Bepaalde hulpmiddelen bij voorkeursleverancier bestellen, anders 65%		Uitzondering GGZ en Wijkverpleging 100% bij gecontracteerd, anders 80%*
Geen zorgplafond**	Geen zorgplafond**	Geen zorgplafond**

* Van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
** Een zorgplafond is het maximumbedrag dat een zorgverlener mag declareren bij een zorgverzekeraar. Als het zorgplafond is bereikt, betekent dit in de praktijk vaak een patiëntenstop voor iedereen die bij de betreffende verzekeraar is verzekerd.
*** Van het marktconforme tarief bij zorgverleners zonder contract. Het marktconforme tarief is het bedrag dat in Nederland redelijk is voor een bepaalde behandeling.

Aanvullende verzekeringen

Niet alle zorg wordt vergoed uit de basisverzekering. Wil je vergoeding voor bijvoorbeeld fysiotherapie, alternatieve geneeswijzen, orthodontie, brillen/lenzen op sterkte of een uitgebreidere dekking voor verblijf in het buitenland? Er is veel keuze in deze pakketten, dus is er altijd een passend pakket welke aansluit op jouw situatie. Bij het afsluiten van een aanvullende verzekering maken wij gebruik van het gezinsprincipe. Kinderen tot 18 jaar krijgen kosteloos dezelfde aanvullende verzekering als de hoogst verzekerde ouder.

De basisverzekering vergoedt spoedeisende zorg in het buitenland tot maximaal het Nederlandse tarief. In een aantal landen is deze zorg echter duurder dan in Nederland. Mede daarom adviseren wij om naast de basisverzekering altijd een aanvullende verzekering af te sluiten. Medische repatriëring is dan ook verzekerd.

De tandartsverzekering

Tot 18 jaar worden reguliere tandartskosten vergoedt vanuit de basisverzekering. Wil je de tandartskosten daarna ook nog verzekeren, dan kun je een aanvullende tandartsverzekering afsluiten.

Wil je een uitgebreider tandartspakket, namelijk het Blend T Royaal of Blend T Excellent? In dit geval geldt een medische selectie. Als er selectie van toepassing is, beoordeelt Aevitae de staat van je gebit a.d.h.v. het [Vragenformulier tandartsverzekering](#). Je hoort daarna of je de gewenste verzekering af kunt sluiten.

Heb je nu een gelijkwaardige tandartsverzekering en kun je een kopie polisblad overleggen waaruit dat blijkt, dan is een medische beoordeling niet nodig. Er geldt ook een uitzondering voor kinderen die 18 jaar worden. Op dat moment kan de Blend T Royaal of Blend T Excellent zonder medische selectie worden afgesloten.

Grensregio Pakket

Dit pakket biedt kostprijsdekking voor planbare (niet-spoedeisende) zorg die verleend is in België of Duitsland binnen een straal van 55 kilometer vanaf de Nederlandse grens. Voorwaarde is dat er sprake is van medisch noodzakelijke (tandheelkundige) zorg wegens een ziekte, een ongeval of een aandoening. Is de zorg verleend in overige delen van België of Duitsland? Dan is er recht op een vergoeding tot maximaal 2 keer het marktconforme tarief in Nederland.

Er is alleen recht op vergoeding uit dit pakket, als het in Nederland verzekerde zorg betreft. De dekking geldt als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Dit unieke pakket kan alleen met de Combinatie basisverzekering worden afgesloten. Daarnaast kunnen aanvullende (tandarts-) verzekeringen worden toegevoegd.

Collectief Zeker Pakket
inclusief service van Royal Doctors

Heb je een basisverzekering via één van onze werkgeverscollectiviteiten, dan krijg je automatisch het gratis Collectief Zeker Pakket. Hierin zit de Royal Doctors dienstverlening én 9 extra behandelingen fysiotherapie na een ongeval.

Via Royal Doctors krijg je direct toegang tot de juiste zorg. Voor bijna alle zorgsoorten. Of het nu gaat om een gezondheidsvraag of een complexere medische kwestie, je staat er niet alleen voor. Met het First Opinion Consult regelt Royal Doctors, na verwijzing door de huisarts, binnen 10 dagen een consult met de juiste specialist voor je. En dankzij de Second Opinion Service kan je eenvoudig en snel een second opinion aanvragen. Dit geeft je de zekerheid dat je de juiste beslissingen neemt voor je gezondheid. Kijk voor meer informatie op: <https://www.aevitae.com/collectief-zeker-pakket>

Een zorgverzekering die bij je past

Wij hebben onze zorgverzekering ondergebracht bij verzekeraar Aevitae Wij hebben met veel zorg de best passende zorgverzekering voor jou samengesteld. Toch is een passende zorgverzekering voor iedereen anders. Bekijk hieronder de mogelijkheden.

Basisverzekeringen					
Combinatiepolis		Naturapolis		Natura Selectpolis (voor de grensarbeiders)	
Aanvullende verzekeringen					
Blend Basis Plus	Blend Intro	Blend Start	Blend Royaal	Blend Excellent	Blend Jongeren
Aanvullend optioneel pakket					
Grensregio Pakket*					
Tandartsverzekeringen					
Blend T Basis	Blend T Start € 250,-	Blend T Extra € 500,-	Blend T Royaal** € 1000,-	Blend T Excellent** € 1250,-	

* Enkel af te sluiten met de Combinatiepolis.
** Voor dit pakket geldt meestal medische selectie.

Een persoonlijke en flexibele service

Zorgbemiddeling

Het is belangrijk dat je tijdig zorg ontvangt en dat deze goed toegankelijk is. Verzekeraars hebben met zorgaanbieders afspraken gemaakt over hoe snel verzekerden bepaalde zorg zouden moeten krijgen. Duurt het te lang voordat je voor een consult of behandeling terecht kunt? Aevitae helpt je met wachtlijstbemiddeling. Voor welke behandeling is dit mogelijk en wat zijn de maximale wachttijden?

- Eerste gesprek bij medisch specialist (4 weken);
- Indicatie- of diagnosestelling (4 weken);
- Poliklinische behandelingen (6 weken);
- Behandeling met opname in ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (7 weken).

Moet je langer wachten? Dan kan je wachtlijstbemiddeling aanvragen.

Je kunt ook een beroep doen op 'bemiddeling' (advies) bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise, hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg of ben je op zoek naar een nieuwe huisarts?. Aevitae bekijkt samen met jou welke mogelijkheden er zijn. Doe hiervoor een [online aanvraag](#).

Second opinion

Twijfel je aan de diagnose of behandeling van je behandelend arts? Dan kun je de mening van een tweede arts vragen. Je hebt recht op één second opinion per kalenderjaar. Vraag je behandelend arts of huisarts om een verwijzing voor een second opinion. Je bepaalt zelf in welk ziekenhuis/bij welke medische specialist jij de second opinion wil. Je behandelend arts stuurt jouw medisch dossier door naar de arts die de second opinion geeft. Als de second opinion achter de rug is, ga je met het advies van de tweede specialist terug naar je huidig behandelend arts. Samen bespreek je het advies en de vervolgstappen.

Verhaalservice

Een ongeluk is nooit leuk. Helemaal niet als het buiten jouw schuld om is gebeurd en je ook nog medische zorg nodig hebt. Vaak krijg je daarna te maken met een rekening voor het eigen risico of andere financiële schade. Deze schade moet je gelukkig niet altijd zelf te betalen. De veroorzaker van het ongeval kan namelijk aansprakelijk zijn voor die schade. Hierbij kun je denken aan een aanrijding, maar ook bijvoorbeeld een ongeluk op de piste. Zolang iemand anders schuld heeft, spreken we van een tegenpartij. Je hoeft hiervoor geen extra kosten te gaan maken door juridische hulp in te schakelen, Aevitae helpt hier kosteloos bij. Als je bij een declaratie aangeeft dat het een ongeluk betreft, neemt Aevitae contact met je op. In het gesprek krijg je uitleg over schade verhalen.



Fit en vitaal

Wij helpen je graag om gezond en fit te blijven. Heb je klachten, slaap je slecht, wil je gezonder leven of je inzetbaarheid vergroten? Op het gezondheidsplatform Aevitaal vind je informatie over gezondheid, vitaliteit, inzetbaarheid en weerbaarheid.

Aevitaal is beschikbaar voor al onze klanten die regie nemen over hun eigen gezondheid. Het biedt tips en testen over diverse onderwerpen die je tegenkomt in werk en privéleven. Naast informatie en artikelen vind je er ook nog leuke animatievideo's en interessante weetjes!

Heb je vragen over deze thema's? Stel ze direct aan FitzMe, jouw persoonlijke Aevitaal assistent. Aevitaal is geen reguliere website, maar een portal dat zich aan jou aanpast! Dit portal beweegt mee met jouw interesses, zodat je aan die punten kan werken die voor jou belangrijk zijn. Je privacy wordt hierbij uiteraard volledig gerespecteerd.

Aevitaal werkt pas optimaal als het bij jou past. Registreren voor maatwerk is daarom een must! Ook na het registreren krijg je nog regelmatig vragen waardoor het portaal altijd up-to-date is van jouw voortgang en interesses. Je bent vrij om ervoor te kiezen of je deze vragen wel of niet beantwoordt. Aevitaal is namelijk van jou!

Nieuwsgierig?

Ga naar www.aevitaal.nl en meld je direct aan!

Wij denken graag mee over hoe jij gezond & vitaal kunt blijven. Weet jij al dat er veel mogelijkheden worden aangeboden vanuit je zorgverzekering?

In de basisverzekering zitten bijvoorbeeld 'Stoppen met roken' programma's; de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI); valpreventie voor ouderen en medische diëtetiek.

Daarnaast zitten in veel aanvullende verzekeringen vergoedingen over preventie en leefstijl, zoals advies en begeleiding (waaronder counseling bij kortdurende psychologische begeleiding), dieetadviesing als aanvulling op vergoeding uit de basisverzekering, zorg voor vrouwen, preventieve cursussen en trainingen (zoals mindfulness training; een slaapcursus; vermindering van alcoholgebruik en leefstijltrainingen), sport/fitness (zoals een sportmedisch onderzoek – en sportmedische begeleiding en online hardloopt-coaching bij blessures) en een gezondheidstest/health check.

Wil je hier meer over weten? Raadpleeg dan de voorwaarden of neem contact op met Witte-Boussen.

Praktische zaken

Inzicht zorgkosten via 'Mijn Blend'

Via [Mijn Blend](#) heb je volledig inzicht in alle gedeclareerde zorgkosten. Inloggen doe je eenvoudig met iDIN. Met **iDIN** log je op dezelfde manier in als bij internetbankieren. Dit is veilig en gemakkelijk, want je hoeft geen wachtwoord te onthouden. Meer informatie vind je op www.iDIN.nl. Log je liever in met een gebruikersnaam en wachtwoord? Dat kan natuurlijk ook. Je ontvangt de inloggegevens per post. Heb je problemen met inloggen? Neem dan contact op met Aevitae (tel. 088-3535763).

Gegevens over je gezondheid kun je alleen zelf inzien. Daarom is het belangrijk dat elke verzekerde van 16 jaar of ouder een eigen account aanmaakt en via Mijn Blend zijn of haar e-mailadres aan Aevitae doorgeeft.

Via Mijn Blend heb je inzicht in:

- Kosten die jij en de zorgverleners hebben gedeclareerd;
- Wat er totaal is vergoed en wat je zelf hebt moeten betalen;
- Inzicht in alle nota's op zorgsoort, status van ontvangst en afhandeling;
- Stand van je eigen risico;
- De voorwaarden
- Je polisblad.
- Je digitale zorgpas; ook als je deze fysiek wil aanvragen.

Mijn Blend als app

Je zorgzaken inzien, ook als je even geen PC bij de hand hebt, of van huis of met vakantie bent? Dat kan met Mijn Blend. Wist je dat je Mijn Blend zelfs als app kunt opslaan op je mobiele apparaat? Meestal geeft de browser een pop-up na het inloggen met de vraag of je Mijn Blend wilt opslaan als app. Krijg jij deze melding niet? Dan voeg je deze handmatig toe in enkele stappen!

Heb je een iPhone of iPad?

- open [Mijn Blend](#) in de browser;
- tik onderaan op de deelpknop;
- tik op **zet op beginscherm** je ziet nu de naam die op het beginscherm zal komen en het adres van de website.
- tik op de naam, als je deze wilt wijzigen;
- tik ten slotte op **voeg toe**.

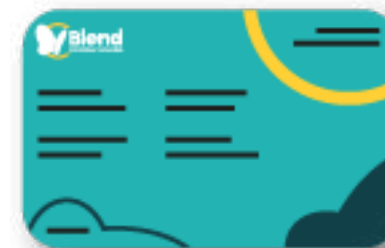
Heb je een Android-apparaat?

- Open [Mijn Blend](#) in een Chrome browser;
- Tik rechtsboven op het pictogram met de drie stippen;
- Tik op **toevoegen aan startscherm**;
- Kies de standaardnaam of wijzig deze;
- Tik ten slotte op **toevoegen**.

De zorgpas

Met een zorgpas laat je in Nederland zien dat je via Blend bij Aevitae verzekerd bent. Op de achterkant van je pas vind je de Europese zorgpas (EHIC). Deze kun je gebruiken als je in Europa onverwacht zorg nodig hebt. Meer over de EHIC vind je op www.aevitae.com/ehic

Bezoek je een zorgverlener in Nederland? Dan vraagt deze naar een geldig legitimatiebewijs, zoals een paspoort, rijbewijs of ID-kaart. Hiermee zoekt de zorgverlener jouw zorgverzekering op in het landelijk declaratiesysteem. Om zorg te krijgen, hoef je dus geen zorgpas bij de hand te hebben. Aevitae stuurt de fysieke pas daarom ook niet meer automatisch naar je toe. Je vindt de digitale pas in Mijn Blend. Ook heb je de mogelijkheid om hem te downloaden op je telefoon of ander mobiel apparaat. Zo heb je hem altijd en overal bij de hand. Wens je toch een fysieke pas te ontvangen? Vraag deze dan zelf aan in Mijn Blend. Hou er rekening mee dat het ongeveer 10 werkdagen kan duren alvorens deze wordt opgestuurd; vraag de zorgpas daarom dus tijdig aan.

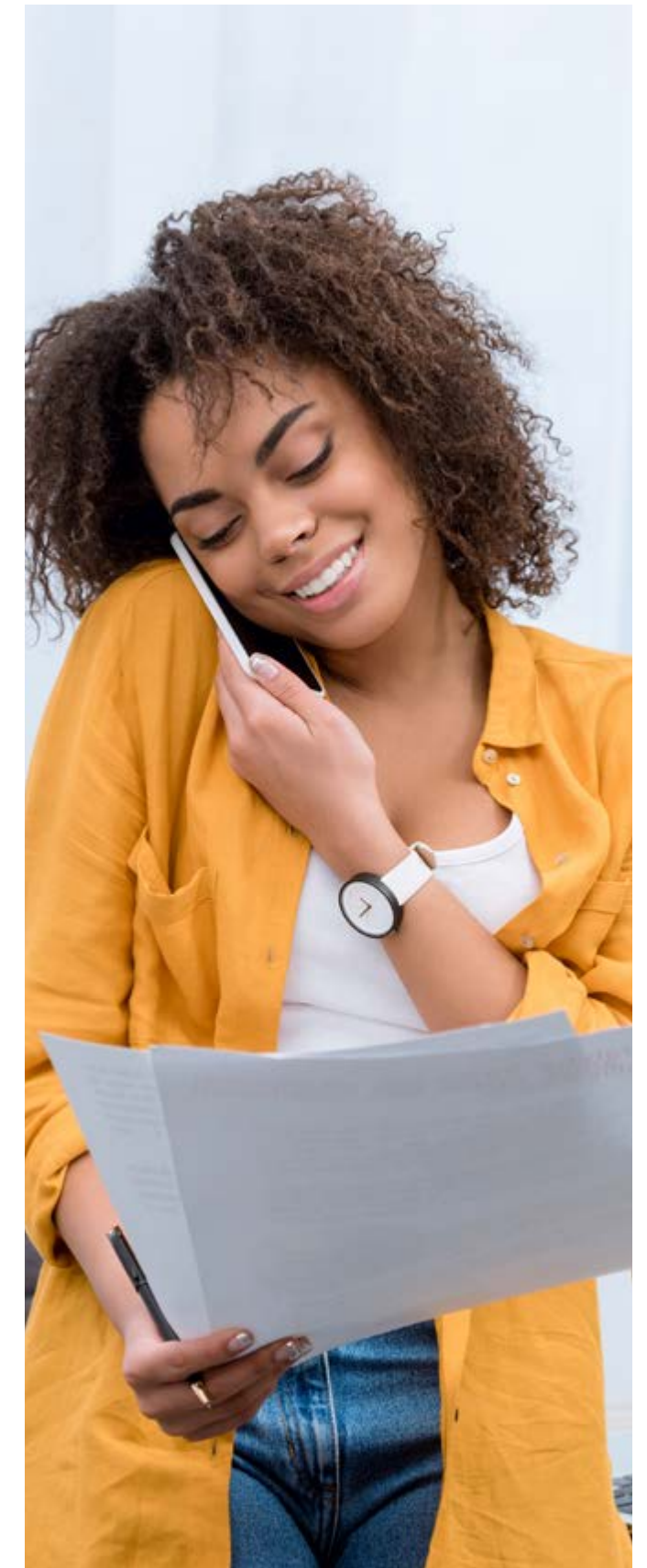


Wijzigingen doorvoeren

Er kan van alles in een mensenleven veranderen. Vaak vragen zulke veranderingen ook een aanpassing van je zorgverzekering. Witte-Boussen luistert naar jouw situatie en geeft een gepast advies. Wijzigingen in verzekeringen gaan meestal in per 1 januari. Word je 18 jaar of wijzig je van werkgever? Dan kan wijzigen vaak gedurende het jaar.

Op 31 december moeten wijzigingen in de basisverzekering, vrijwillig gekozen eigen risico of het stopzetten van de (aanvullende) verzekering bij Aevitae bekend zijn. Wijzigingen in je aanvullende verzekering moeten voor 1 februari bij hen bekend zijn. Voor enkele verzekeringen geldt een medische selectie. Als dat zo is, hoor je dat van Aevitae.

Geef ook wijzigingen in adresgegevens, bankrekeningnummers of gezinssamenstelling door. Dat geldt ook voor het aan- of afmelden van een verzekerde. Wijzigingen geef je eenvoudig zelf door in Mijn Blend, per e-mail aan zorg@witteboussen.nl of per post aan Witte-Boussen t.a.v. Team Zorg.





Het betalen van je eigen risico kan slecht uitkomen. Daarom is het mogelijk alle rekeningen al vanaf € 50,- gespreid te betalen. Ontvang je een eigen risico factuur van Aevitae en wil je deze gespreid betalen? Dan kan je een betalingsregeling treffen in Mijn Blend.

Hoortoestel buitencategorie

Kan jouw gehoorprobleem niet opgelost worden met een hoortoestel uit categorie 1 t/m 5? Dan informeert je audicien of je moet worden doorgestuurd naar het audiologisch centrum. Kies je echter zelf voor een buitencategorie toestel of voor een hogere categorie dan is vastgesteld? Dan vergoedt Aevitae de kosten tot de hoogte van het toestel waarvoor je een indicatie hebt. Het verschil in kosten is voor eigen rekening.

Let op, ga je naar een niet-gecontracteerde audicien en kies je zelf voor een buitencategorie toestel? Dan dien je dat vooraf bij Aevitae aan te vragen.

Let op, alle hoortoestellen zijn in eigendom en worden dan ook verrekend met het wettelijk eigen risico. Ook geldt er een wettelijke eigen bijdrage. (Gedeeltelijke) vergoeding is verzekerd in het aanvullende Blend Excellentspakket.

Aanvragen zittend ziekenvervoer

Voor zittend ziekenvervoer heb je vooraf toestemming nodig. Dit betreft het gebruik van taxivervoer, eigen vervoer of openbaar vervoer. Deze toestemming vraag je aan met het formulier [Medische verklaring zittend ziekenvervoer](#). Toestemming voor zittend ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie vraag je telefonisch aan bij Aevitae (tel. 088-3535763)

Heb je al toestemming (een machtiging) voor taxivervoer? Neem dan contact op met Transvision (tel. 0900 - 33 33 330, optie 1). Maak je gebruik van eigen vervoer? Dan declareer je zelf de kosten na toestemming met het [Declaratieformulier reiskosten zittend ziekenvervoer](#).

Eigen risico

Voor de basisverzekering geldt in 2026 een verplicht eigen risico van € 385,-. Dit heeft de overheid bepaald. Je kunt ervoor kiezen om je eigen risico te verhogen, in ruil voor een lagere premie. Dit is het vrijwillig eigen risico. Je kunt het eigen risico met € 500,- verhogen. Het totale eigen risico (verplicht + vrijwillig) is dus maximaal € 885,-. Let op, je kunt het eigen risico éénmaal per jaar wijzigen (uiterlijk 31 december).

Maak je zorgkosten die onder de basisverzekering vallen? Dan moet je het eigen risico zelf betalen. Het eigen risico is niet van toepassing op:

- Kinderen tot 18 jaar
- Een consult van de huisarts
- Zorgprogramma's en ketenzorg
- Verloskundige zorg en bevalling
- Kraamzorg (er is wel een eigen bijdrage)
- Hulpmiddelen in bruikleen
- Verpleging en verzorging bij jou thuis (wijkverpleging)
- Medische kosten die verband houden met een donatie
- Medische en psychologische hulp voor slachtoffers van seksueel geweld
- Alle zorg die wordt vergoed uit je aanvullende (tandarts-)verzekering



Declaraties

Tegenwoordig zie je zelden een rekening van de zorgverlener. Dat komt doordat veel zorgverleners rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar. Dat is fijn, want zo heb je er geen omkijken naar. Het kan ook voorkomen dat je zelf de rekening ontvangt. Dit is het geval indien de zorg niet in de basisverzekering is opgenomen of als de zorgverlener geen contract heeft gesloten met de zorgverzekeraar. Betaal de rekening dan zelf aan de zorgverlener en declareer de nota vervolgens bij Aevitae. Declareren kan op twee manieren: online in Mijn Blend en per post.

Wil je per post declareren? Stuur de declaratie naar Aevitae B.V. - Postbus 2705 - 6401 DE Heerlen. Online vind je aparte declaratieformulieren voor buitenlandse nota's, PGB en zittend ziekenvervoer. Gebruik je bovengenoemde formulieren? Dan kan Aevitae de nota(s) nog sneller voor je verwerken. Deze formulieren download je via www.aevitae.com/zorgverzekeringen/documenten-formulieren. Heb je geen toegang tot internet? Vraag het formulier dan aan bij Witte-Boussen.

Declaratie zorgnota buitenland

Heb je zorgkosten in het buitenland gemaakt? Dan is het belangrijk dat je het juiste declaratieformulier gebruikt. Ook op de nota dienen een aantal belangrijke zaken gespecificeerd te zijn.

Op iedere factuur moeten zowel je persoonsgegevens vermeld staan als de gegevens van de zorgverlener. De factuur dient in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans te zijn opgesteld. Uit iedere factuur moet zijn op te maken welke handelingen er verricht zijn en welk bedrag per handeling in rekening is gebracht. Heb je een apotheeknota? Hieruit dient te blijken welke geneesmiddelen er zijn verstrekt (naam, dosis en hoeveelheid) en welk bedrag per geneesmiddel in rekening is gebracht.

Kraamzorg

Kraamzorg kun je aanvragen door rechtstreeks contact op te nemen met een zorgverlener naar keuze. Gecontracteerde zorgverleners vind je in de [Zorgzoeker](#). Vraag kraamzorg uiterlijk in de vierde maand van je zwangerschap aan, zodat de aanvraag op tijd kan worden verwerkt.

Een kraampakket vraag je makkelijk aan via: <https://kraampakket.nl/aevitae-luxe-kraampakket/>

Voorkeursbeleid medicijnen

Vanaf 1 januari 2025 hanteert Aevitae een nieuw beleid voor de vergoeding van geneesmiddelen: het voorkeursbeleid, ook wel bekend als het preferentiebeleid. Dit beleid helpt om geneesmiddelen voor iedereen betaalbaar te houden, zonder in te leveren op kwaliteit of betrouwbaarheid. Wat betekent dit precies voor jou? We leggen het uit.

Wat is het voorkeursbeleid?

Het voorkeursbeleid houdt in dat Aevitae binnen groepen van vergelijkbare geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) één voorkeursmiddel aanwijst. Dit middel wordt geselecteerd op basis van kwaliteit, prijs en leveringszekerheid. Hierdoor kan het voorkomen dat je bij de apotheek een ander merk of een ander doosje krijgt dan je gewend bent.

Je hoeft je geen zorgen te maken: alle voorkeursmiddelen zijn in Nederland goedgekeurd, voldoen aan de hoogste kwaliteitsstandaarden en staan vermeld in het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS). Bovendien blijven voorkeursmiddelen minimaal twee jaar ongewijzigd, zodat je niet vaak van medicijn hoeft te wisselen.

Aevitae publiceert de lijst met voorkeursmedicijnen op haar website.

De voordelen van een voorkeursbeleid voor jou

Kies je voor een voorkeursmiddel? Dan betaal je geen eigen risico over deze medicijnen. Hiermee kan je besparen op je zorgkosten. Houd er wel rekening mee dat je nog steeds eigen risico betaalt over aanvullende apotheekkosten, zoals begeleidingsgesprekken of uitgiftekosten.

Lagere zorgpremie: Door het voorkeursbeleid dalen de prijzen van geneesmiddelen aanzienlijk, vaak met 30% tot 90%. Deze kostenbesparingen maken het mogelijk om de premies van de zorgverzekering betaalbaar te houden.



Wat als het voorkeursmiddel niet geschikt is of niet leverbaar?

Jouw arts kan een andere variant voorschrijven met 'medische noodzaak' als je niet goed reageert op een voorkeursmiddel. Dit middel wordt nog steeds vergoed vanuit de basisverzekering, maar je betaalt er wél eigen risico over.

Als het voorkeursmiddel tijdelijk niet beschikbaar is, krijg je een vervangend geneesmiddel. Dit vervangende middel wordt vergoed vanuit de basisverzekering, maar hiervoor geldt wel het eigen risico.

Lijst met voorkeursmedicijnen.

Je kan de lijst (Reglement farmaceutische zorg) terugvinden op de website van Aevitae: www.aevitae.com/documenten-basisverzekering. Je kan dan zien welke medicijnen onder het voorkeursbeleid vallen.

Met dit voorkeursbeleid draagt Aevitae bij aan het betaalbaar houden van zorg voor iedereen. Met deze veranderingen willen zij ervoor zorgen dat geneesmiddelen toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit blijven.

Buitenland

Spoedeisende hulp

Heb je in het buitenland zorg nodig die niet is uit te stellen tot terugkeer in Nederland? Of die bij vertrek naar het buitenland niet te voorzien was? Dan valt dit onder spoedeisende hulp.

In geval van spoedeisende zorg heb je vanuit de basisverzekering recht op een vergoeding conform het gemiddeld in Nederland geldend tarief. Mocht deze vergoeding niet toereikend zijn, dan kan deze worden aangevuld vanuit een eventuele aanvullende verzekering of reisverzekering. Ook voor de kosten van repatriëring dien je een aanvullend pakket of een reisverzekering af te sluiten. Deze kosten zijn niet opgenomen in de basisverzekering.

In geval van ziekenhuisopname dien je binnen 24 uur contact op te (laten) nemen met de alarmcentrale van Aevitae. Het telefoonnummer +31 88 353 57 05 vind je ook terug op de achterzijde van je zorgpas. Dat is tegelijkertijd de Europese Gezondheidskaart (EHIC). Neem altijd de zorgpas mee als verzekeringsbewijs bij verblijf in het buitenland. Een digitale versie van de pas vind je in [Mijn Blend](#). Meer informatie over het gebruik van de EHIC vind je op www.nederlandwereldwijd.nl.

Ga je voor langere tijd naar het buitenland? Dan ligt het aan de lengte van je reis of jij je zorgverzekering kunt behouden. Voor reizen korter dan 1 jaar blijf je verzekerd onder de Nederlandse wetgeving en behoud je de zorgverzekering. Ga je in het buitenland werken? Dan dien je in dat land een zorgverzekering af te sluiten en vervalt je Nederlandse zorgverzekering.



Niet spoedeisende hulp

Niet-spoedeisende zorg is zorg die je vooraf kunt plannen. Ga je bijvoorbeeld voor een behandeling of medicatie naar België of Duitsland? Dan gelden hier vaak andere voorwaarden en tarieven.

Heb je een Grensregio Pakket? Op je polisblad staat dan het Blend Grensregio Pakket vermeld. Ga je naar een ziekenhuis op maximaal 55 kilometer van de Nederlandse grens? Dan heb je kostprijsdekking. Dat geldt in België bijvoorbeeld voor ziekenhuizen in Knokke, Gent, Brugge en Antwerpen, maar ook voor UZ Leuven. In Duitsland geldt dit bijvoorbeeld voor ziekenhuizen in Münster, Duisburg, Mönchengladbach en Aken. Zorg in overige delen van België en Duitsland wordt tot maximaal 2 maal het door Aevitae vastgestelde Nederlandse tarief vergoed. De dekking geldt enkel als de behandeling in Nederland ook voor vergoeding in aanmerking komt en je vooraf een verwijzing van je (huis)arts hebt gekregen.

Indien je gebruik wenst te maken van andere zorg in België of Duitsland, dan wordt dit in veel gevallen ook vergoed. Om na te gaan of dit het geval is, neem dan vooraf contact op met Witte-Boussen om dit af te stemmen. Haal je hier bijvoorbeeld geneesmiddelen? Op de apotheeknota uit België of Duitsland dienen je persoonsgegevens (naam en geboortedatum) te staan, de naam van het geneesmiddel, dosis, geleverde hoeveelheid en het berekende bedrag per geneesmiddel. Staat de naam van de voorschrijvende arts en zijn of haar RIZIV-nummer niet op de nota? Stuur dan een kopie van het recept of voorschrift mee. Belgische en Duitse geneesmiddelen worden uitsluitend vergoed als er in Nederland geregistreerde GVS-geneesmiddelen zijn met dezelfde of soortgelijke werkzame stoffen. Krijg je een middel in een andere vorm of dosis dan in Nederland wordt gebruikt? Dan kan het zijn dat er geen recht op vergoeding is voor dit geneesmiddel.

Gecontracteerde zorg

Er is een ruim aanbod van gecontracteerde zorg in het buitenland. Kijk in de [zorgzoeker](#) waar je terecht kunt. Met gecontracteerde aanbieders heeft Aevitae prijsafspraken en betalen zij gecontracteerde zorg voor 100% uit de basisverzekering. Bij een gecontracteerde zorgaanbieder hoef je geen kosten voor te schieten. **Let op**, het eigen risico is wel van toepassing.

Niet-gecontracteerde zorg

Wil je gebruik maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan dien je altijd vooraf een aanvraag voor goedkeuring in te dienen bij Aevitae. Dit geldt ook voor niet-gecontracteerde behandelingen bij een gecontracteerde zorgverlener. Je dient een formulier [medische behandeling buitenland](#), verwijzing, behandelplan en kostenopgave aan te leveren, waarna Aevitae beoordeelt of dat betreffende zorg ook verzekerd is in Nederland. Hou daarbij rekening met een verwerkingstermijn van tenminste 10 werkdagen; zorg er dus voor dat je de aanvraag tijdig instuurt. Ga je zonder toestemming naar een niet-gecontracteerd zorgverlener? Dan heb je mogelijk geen recht op vergoeding!



Zorg in België

Belangrijke aandachtspunten

Ereloonsupplementen van niet of gedeeltelijk geconventioneerde artsen in België

Aevitae heeft met een [aantal Belgische ziekenhuizen](#) contracten afgesloten voor diverse behandelingen, waardoor het ziekenhuis en/of de verzekerde de betreffende zorg niet vooraf hoeft aan te vragen. De notás van het ziekenhuis worden in dergelijke gevallen rechtstreeks door de zorgverlener naar Aevitae verzonden. Er kan echter sprake zijn van een in het gecontracteerde ziekenhuis werkzame arts die met diens tarieven afwijkt van de reguliere RIZIV-tarieven. In dát geval kan deze zgn. niet- of gedeeltelijk geconventioneerde arts extra ereloonsupplementen in rekening brengen. Deze worden dan gefactureerd aan de patiënt. De betreffende arts moet de verzekerde daarover vooraf informeren of een affiche in een publieke ruimte ophangen, zodat de verzekerde daarvan op de hoogte is. Aevitae vergoedt deze facturen als een combinatiepolis mét aanvullend het Grensregio Pakket is afgesloten. Is dat niet het geval, dan wordt in geval van een combinatiepolis tot maximaal het marktconforme Nederlandse tarief vergoed. Bij een naturapolis kan dit een lagere vergoeding zijn. Stuur samen met de supplementenfactuur een kopie van de eerder afgegeven verwijzing mee!

(Na-)controle / consult afspraak in de privékliniek van de behandelend arts in België

Het kan voorkomen dat een verzekerde voor o.a. een nacontrole wordt uitgenodigd in de privékliniek van de behandelend arts. De arts brengt hiervoor kosten in rekening bij de verzekerde zelf. Aevitae vergoedt deze facturen als een combinatiepolis aangevuld met het Grensregio Pakket is afgesloten. Is dat niet het geval, dan wordt in geval van een combinatiepolis tot maximaal het marktconforme Nederlandse tarief vergoed. Bij een naturapolis kan dit een lagere vergoeding zijn. Belangrijk is dat daarnaast op de factuur de diagnose, behandeldatum en soort behandeling omschreven dienen te staan, zodat Aevitae de factuur kan koppelen aan een al lopende behandeling. Stuur tezamen met de factuur een kopie van de eerder afgegeven verwijzing mee!

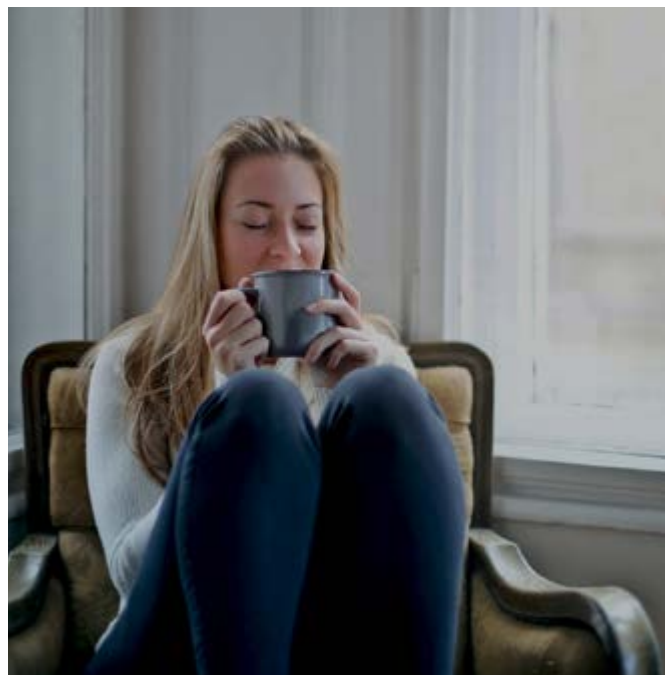


Geprivatiseerde afspraak bij een arts in België

Belgische zorgverleners mogen supplementen in rekening brengen bij hun patiënt als die kiest voor een geprivatiseerd consult/behandeling. Een geprivatiseerde afspraak kan bijvoorbeeld gekozen worden als de verzekerde niet de reguliere wachttijd wil afwachten, alleen behandeld wil worden door een professor en niet door een coassistent. Deze kosten worden niet vergoed door Aevitae. Als een verzekerde deze kosten niet wil maken, kan bij het maken van een afspraak gevraagd worden om een niet-geprivatiseerde afspraak. Er wordt dan geen supplement in rekening gebracht.

Overige niet verzekerde supplementkosten in België, zoals een 1-persoonskamer

Supplementen als gevolg van de door verzekerde zelf gemaakte keuze van gebruik van een 1-persoonskamer komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij er sprake is van een medische indicatie. Het ziekenhuis zal in dergelijke gevallen vragen een opnameverklaring voor akkoord te ondertekenen. De (soms aanzienlijke) meerkosten van een 1-persoonskamer en honoraria van behandelend artsen zijn niet verzekerd. Ook andere vormen van luxe (zoals extra kosten voor een tv, eten/drinken etc.) komen niet voor vergoeding in aanmerking.



Haal jij je medicijnen in België? Wat betekent het voorkeursbeleid van Aevitae dan voor jou?

Eerder in deze brochure hebben we uitgelegd dat Aevitae vanaf 2025 een nieuw medicijnenbeleid heeft ingevoerd en de gevolgen daarvan voor de vergoeding.

Het is belangrijk om onderscheid binnen geneesmiddelen te maken:

- **Generiek medicijn** (patentloos middel)
Valt het medicijn binnen een groep van gelijkwaardige medicijnen (middelen met dezelfde werkzame stof)? Dan geldt het voorkeursbeleid.
- **Single source**
Betreft het een merkgeneesmiddel dat nog niet uit patent is en waarvan daarom nog geen generieke varianten bestaan. Hiervoor geldt geen voorkeursbeleid.

Generieke medicijnen

Voor verzekerden die in Nederland wonen en in België geneesmiddelen halen gelden dezelfde richtlijnen als in Nederland. Aevitae vergoedt dan enkel het voorkeursgeneesmiddel. Wordt een ander middel gedeclareerd, dan is er geen recht op vergoeding (net als in Nederland). Vanuit het Blend Grensregio Pakket is er bij een ander middel ook geen dekking, want daar geldt de voorwaarde dat als in Nederland iets niet voor vergoeding in aanmerking komt, dit ook niet vanuit dit pakket gedaan kan worden.

Single source

Is sprake van een geneesmiddel dat nog niet uit patent is, dan bestaat zowel in Nederland als in België recht op vergoeding tot maximaal de Nederlandse prijs vanuit de basisverzekering. Het Blend Grensregio Pakket kan dan eventueel aanvullen tot de (in België gebruikelijke) kostprijs.

Voorschotnota's worden niet vergoed

Let op! Het ziekenhuis in België kan een voorschot in rekening brengen om zo een patiënt bewust te maken waar ze voor kiezen en wat de bijkomende kosten zijn voor een 1-persoonskamer. Voorschotnota's worden door Aevitae niet vergoed. Het voorschot wordt door het ziekenhuis verrekend op de definitieve factuur.

Afsprakenkaart bezoek aan ziekenhuis in België voor km-vergoeding eigen vervoer

Een verzekerde kan km-vergoeding aanvragen voor gebruik van een (eigen) vervoersmiddel. Er dient dan wel een bewijs te worden overlegd dat verzekerde daar op de betreffende dag is geweest. Vaak gebruikt het ziekenhuis daarvoor een afsprakenkaart, die samen met het document [Declaratieformulier reiskosten zittend ziekenvervoer](#) kan worden ingediend bij Aevitae.

Echter, niet alle Belgische ziekenhuizen werken met een afsprakenkaart. Daarom kan verzekerde daarvoor het formulier [Afsprakenkaart Belgisch ziekenhuis](#) gebruiken. Het formulier dient gestempeld en geparafeerd te worden door de arts, diens assistent of de receptioniste van het ziekenhuis.

Voorschrijving brace in een Belgisch ziekenhuis

Wordt in een Belgisch ziekenhuis een brace voorgeschreven? Vraag dan vooraf na of deze voor vergoeding in aanmerking komt. Je kunt ook bij een Nederlandse hulpmiddelenleverancier te rade gaan. Deze is op de hoogte van de regelgeving en weet wat wel of niet vergoed wordt.

Grensarbeiders & verdragsgerechtigden

Grensarbeiders: wonen in België, werken in Nederland

Werknemers die in België wonen en uitsluitend in Nederland werken worden ook wel grensarbeiders genoemd. Grensarbeiders die in Nederland sociaal verzekerd zijn voor de WLZ (Wet Langdurige Zorg), moeten zich verzekeren bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Ze kunnen gebruikmaken van de zorg in Nederland, maar ook van zorg in België. De Nederlandse zorgverzekeraar zorgt voor een verdragsformulier S1, zodat de grensarbeider zich voor zorg kan inschrijven in het land waar hij of zij woont. In België is dit bij een ziekenfonds (mutualiteit) of de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV).

Grensarbeiders: meeverzekerde gezinsleden woonachtig in België

Gezinsleden van de grensarbeider die geen inkomen in Nederland hebben, kunnen geen zorgverzekering afsluiten in Nederland. Het Belgische ziekenfonds of de HZIV beoordeelt welke gezinsleden meeverzekerd zijn. Vaak zijn dat gezinsleden zonder inkomsten in het woonland. De grensarbeider en de na beoordeling door het Belgische ziekenfonds, of HZIV meeverzekerde gezinsleden hebben recht op medische zorg in België én in Nederland. De verzekerde grensarbeider heeft in Nederland recht op de vergoedingen uit het Nederlandse basispakket en op WLZ-zorg; zowel in Nederland, als België. De ten laste van Nederland meeverzekerde gezinsleden hebben in Nederland recht op de zorg uit het Nederlandse basispakket en in België volgens het Belgische ziekenfondspakket. Zijn er gezinsleden van 18 jaar en ouder, dan moeten die de zogenaamde nominale premie betalen. Dit is vergelijkbaar met de Nederlandse basispremie. Deze meeverzekerde kinderen hebben zelfstandig ongeacht het inkomen van de ouders, recht op Nederlandse zorgtoeslag.

Grensarbeiders: wonen in Nederland en werken in België.

Als je uitsluitend in België werkt; ben je in België sociaal verzekerd. Je bent dan ook verzekerd tegen ziektekosten in België. Je sluit een ziekenfondsverzekering af bij een Belgisch ziekenfonds of de HZIV. Met het formulier S1 van het ziekenfonds of de HZIV schrijf je je in bij zorgverzekeraar CZ voor een Verdragspolis en heb je recht op zorg in Nederland en België. Je betaalt geen premie voor de Nederlandse

basisverzekering, maar eventueel wel voor een aanvullende verzekering bij CZ. In België betaal je over je loon ziekenfondspremie en aan het ziekenfonds, lidgeld. In België kent men ook de hospitalisatieverzekering. Deze wordt vaak ook kosteloos verstrekt door je Belgische werkgever, maar kan ook zonder tussenkomst van een werkgever worden aangevraagd. Deze aanvullende verzekering dekt (grotendeels) de kosten van de hogere te betalen bedragen voor eigen bijdragen (ook wel remgelden genoemd) in België. Als je partner, ook woonachtig in Nederland, niet zelf verzekerd is op grond van inkomsten of een sociale verzekeringsuitkering vanuit Nederland, is de partner en/of kinderen (jonger dan 18 jaar), ook ten laste van België verzekerd. Voor de partner en deze kinderen betaal je dan geen Nederlandse basispremie aan CZ. Het gezin heeft dan recht op medische zorg in zowel Nederland, als België. Voor kinderen vanaf 18 jaar geldt dat zij zelfstandig in Nederland verzekerd zijn. Zij moeten een basisverzekering afsluiten en kunnen recht hebben op de Nederlandse zorgtoeslag.



Verdragsgerechtigden ten laste van Nederland
Woon je in België of ander EU-land en heb je geen inkomen uit arbeid in Nederland of uw woonland, maar ontvang je uitsluitend een Nederlandse wettelijke sociale verzekeringsuitkering of een inkomen wat hiermee gelijkgesteld is, zoals een AOW-pensioen, Anw-uitkering of WIA/WAO-uitkering? Dan ben je "ten laste van Nederland verzekerd", ook wel: "verdragsgerechtigde" genoemd.

Dit betekent dat je bij www.hetcak.nl het formulier S1 (ook wel formulier 121) moet aanvragen. Hiermee schrijf je jezelf in bij je Belgisch ziekenfonds of als je in een ander EU-land woont bij je buitenlandse ziektekostenverzekeringsinstantie. Je hebt recht op medische zorg in België of ander EU-woonland én in Nederland. Je betaalt aan het CAK (via inhouding op je Nederlandse sociale verzekeringsuitkering) de zogenaamde CAK-Verdragsbijdragen. Deze bestaat uit een nominale bijdrage en een inkomensafhankelijke bijdrage. Je hebt, als je aan alle voorwaarden voldoet, ook recht op Nederlandse Zorgtoeslag.



Spoedeisende zorg buiten Nederland en België
voor grensarbeiders en verdragsgerechtigden
In het hoofdstuk 'Buitenland' staat uitleg wat voor dekking de Nederlandse basisverzekering biedt in het buitenland en welke mogelijkheden er zijn om je extra te verzekeren. Voor grensarbeiders geldt dat in geval van spoedeisende hulp buiten Nederland en België de afrekening dient te worden ingediend bij de Nederlandse zorgverzekeraar, dus niet naar de Belgische mutualiteit of de HZIV. Het restant (boven de in Nederland geldende tarieven) wordt eventueel vergoed vanuit de aanvullende verzekering, of reisverzekering.

Verdragsgerechtigden die ten laste van Nederland verzekerd zijn bij het CAK moeten de declaratie van spoedeisende hulp, gebruikt in een ander land dan het woonland en Nederland, in eerste instantie declareren bij het CAK. Het restant van de niet vergoedde medische zorg kan eventueel ingediend worden bij een reisverzekeraar in het woonland.

Vergoedingenoverzicht

Basisverzekering

Dit vergoedingenoverzicht is bedoeld om de verschillende verzekeringen gemakkelijk met elkaar te vergelijken. Voor een volledig overzicht raden wij je daarom aan om je polisvoorwaarden goed door te lezen. Deze zijn altijd leidend. Aan dit overzicht kunnen dan ook geen rechten worden ontleend.

Zorgsoort	Basisverzekering Combinatie/Natura/Natura Select
Audiologische zorg	
onderzoek naar de gehoorfunctie, advisering hoorapparaat, voorlichting over het gebruik, psychosociale zorg en hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings) stoornissen voor kinderen	ja
Bevalling en kraamzorg	
Bevalling	
• bevalling thuis zonder medische indicatie	ja
• bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische noodzaak	€ 278,- per dag voor gebruik verloskamer (restbedrag is wettelijke eigen bijdrage)
• bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum met medische noodzaak	ja
Kraamzorg	
• kraamzorg thuis of in een geboortecentrum	Maximaal 42 dagen (er geldt een eigen bijdrage van € 5,70 per uur)
• kraamzorg in een ziekenhuis bij een bevalling met medische noodzaak	ja
• kraamzorg in een ziekenhuis bij een bevalling zonder medische noodzaak	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage € 45,- per dag + het bedrag hoger dan € 323,- per dag als het ziekenhuis dat in rekening brengt
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	
Jonger dan 18 jaar	
• chronische aandoeningen	ja, na toestemming
• niet-chronische aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen
18 jaar en ouder	
• bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	maximaal 9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
• oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij etalagebenen (perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine)	maximaal 37 behandelingen gedurende 12 maanden (vanaf de 1e behandeling)
• oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht	maximaal 12 behandelingen gedurende 12 maanden (vanaf de 1e behandeling) als dit nodig is, hebt u na 12 maanden opnieuw recht op 12 behandelingen
• oefentherapie voor reumatoïde artritis	ja
• oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie	ja
• jouw aandoening staat op de Chronische lijst met aandoeningen	ja, vanaf 21e behandeling
• jouw aandoening staat niet op de Chronische lijst met aandoeningen	geen vergoeding vanuit de basisverzekering
Buitenland	
spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	ja, tot maximaal het tarief dat wij in Nederland zouden vergoeden. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de door jou gekozen zorgverlener en of deze een contract met Aevitae heeft.
niet-spoedeisende zorg in het buitenland	ja, tot maximaal het tarief dat wij in Nederland zouden vergoeden. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de door jou gekozen zorgverlener en of deze een contract met Aevitae heeft.

Zorgsoort	Basisverzekering Combinatie/Natura/Natura Select
Diëtetiek	
voorlichting met een medisch doel en het behandelen van patiënten door dieettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten	3 uur per jaar
Erfelijkheidsonderzoek	
onderzoek van en naar erfelijke afwijkingen	ja
Ergotherapie	
zorg met als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen	maximaal 10 uren per jaar
Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)	
anticonceptie tot 21 jaar	ja, met uitzondering van een wettelijke eigen bijdrage
anticonceptie 21 jaar en ouder	ja, alleen bij endometriose of menorrhagie en met uitzondering van een wettelijke eigen bijdrage
dieetpreparaten	ja, na toestemming
geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg	ja, voor sommige geneesmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage
Gecombineerde leefstijlinterventies (GLI)	
erkend programma van 24 maanden	ja
Geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen	
geneeskundige zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten die plegen te bieden	ja
Huisartsenzorg	
geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend onderzoek en diagnostiek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken, preconceptiezorg (kinderwensconsult) en voetzorg als je diabetes mellitus type 1 of 2 hebt	ja
Hulpmiddelenzorg	
hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Reglement hulpmiddelen	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage
In-vitrofertilisatie (IVF), en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	
in-vitrofertilisatie (IVF) voor vrouwen tot 43 jaar (er gelden nadere voorwaarden)	ja, 1e, 2e, en 3e poging
overige fertiliteitsbevorderende behandelingen (vrouwen tot 43 jaar)	ja
Logopedie	
herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen	ja
Medisch specialistische zorg	
geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:	ja
• zorg door een trombosedienst	ja
• second opinion door een medisch specialist	ja
• dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of thuis	ja
• chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur	ja
Mondzorg	
• kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	ja
• kunstgebit (uitneembare volledige prothese) al dan niet op implantaten	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage
• kunstgebit (uitneembare volledige prothese) reparatie en opnieuw passend maken	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage
• tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	ja

Zorgsoort	Basisverzekering Combinatie/Natura/Natura Select
• tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	ja
• tandheelkundige implantaten	ja, bij ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel
Plastische en/of reconstructieve chirurgie	
bij een beperkt aantal specifieke medische indicaties	ja, na toestemming
Psychologische zorg	
• generalistische basis GGZ	ja, bij lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele problematiek
• gespecialiseerde GGZ	ja, bij (zeer) complexe psychische aandoeningen
Revalidatie	
• quickscan	ja
• oncologische revalidatie	ja
• geriatrische revalidatie	ja
Stoppen met roken	
stoppen-met-rokenprogramma	ja, maximaal drie keer per jaar
Transplantatie van weefsels en organen	
als de transplantatie is verricht in een EU- of EER-lidstaat	ja
Verblijf	
verblijf in een: – (psychiatrisch) ziekenhuis – GGZ-instelling (na toestemming) – revalidatie-instelling (na toestemming) – kindzorghuis in verband met intensieve kindzorg	ja
medisch noodzakelijk eerstelijns verblijf	ja
Verpleging en verzorging (wijkverpleging)	
verpleging en verzorging zonder verblijf	ja
Ziekenvervoer	
• ambulancevervoer	ja
• zittend ziekenvervoer bij specifieke medische indicaties, met:	
- eigen auto	ja, na toestemming, € 0,40 per km (er geldt een eigen bijdrage van € 134,- per jaar)
- openbaar vervoer of taxi	ja, na toestemming, (er geldt een eigen bijdrage van € 134,- per jaar)
• óf een logeervergoeding als er sprake is van tenminste 3 aaneengesloten dagen behandeling	ja, na toestemming maximaal € 94,50 per nacht
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	
multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen	ja
Zorgprogramma's (ketenzorg)	
ketenzorg bij diabetes mellitus type 2 (18 jaar en ouder), COPD, astma of vasculair risicomanagement (VRM)	ja



Aanvullende verzekeringen

Dit vergoedingenoverzicht is bedoeld om de verschillende verzekeringen gemakkelijk met elkaar te vergelijken. Voor een volledig overzicht raden wij je daarom aan om je polisvoorwaarden goed door te lezen. Deze zijn altijd leidend. Aan dit overzicht kunnen dan ook geen rechten worden ontleend.

Zorgsoort	Blend Basis Plus	Blend Intro		Blend Start	Blend Royaal	Blend Excellent	Blend Jongeren
Alternatieve zorg							
Consulten van alternatieve artsen / therapeuten, en homeopathische en antroposofische geneesmiddelen				€ 350,- per kalenderjaar, consulten € 40,- per dag	€ 550,- per kalenderjaar, consulten € 40,- per dag	€ 1.200,- per kalenderjaar, consulten € 40,- per dag	€ 200,- per kalenderjaar, consulten € 30,- per dag
Beweegzorg							
Beweegprogramma's in verband met ziektes en aandoeningen					€ 350,- voor de looptijd van de verzekering	€ 350,- per aandoening per kalenderjaar	
Beweegprogramma voor ouderen						1 programma per kalenderjaar	
Bewegen in extra verwarmd water bij reuma					€ 150,- per kalenderjaar	100%	
Ergotherapie (in aanvulling op de basisverzekering)					3 uur per kalenderjaar	4 uur per kalenderjaar	
Fitnessstrainingen (medisch)						100%	
Fysiotherapie en oefentherapie (Cesar/Mensendieck) vanaf 18 jaar		9 behandelingen		12 behandelingen, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening	27 behandelingen, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening	50 behandelingen, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening	12 behandelingen, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening
Fysiotherapie en oefentherapie (Cesar/Mensendieck) tot 18 jaar	100%, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening	100%, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening		100%, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening	100%, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening	100%, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per aandoening	
Fysio Zelfcheck app	100%	100%		100%	100%	100%	100%
Buitenland							
Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in het buitenland		100%		100%	100%	100%	€ 100,- per kalenderjaar
Niet spoedeisende zorg buitenland	Zorg volgens de vergoeding van je (aanvullende) verzekering in Nederland	Zorg volgens de vergoeding van je (aanvullende) verzekering in Nederland		Zorg volgens de vergoeding van je (aanvullende) verzekering in Nederland	Zorg volgens de vergoeding van je (aanvullende) verzekering in Nederland	Zorg volgens de vergoeding van je (aanvullende) verzekering in Nederland	
Spoedeisende zorg in het buitenland tijdens vakantie of tijdelijk verblijf	Volledig, in aanvulling op de basisverzekering	Volledig, in aanvulling op de basisverzekering		Volledig, in aanvulling op de basisverzekering	Volledig, in aanvulling op de basisverzekering	Volledig, in aanvulling op de basisverzekering	Volledig, in aanvulling op de basisverzekering
Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (die niet vanuit de basisverzekering vergoed wordt)	€ 50,- per kalenderjaar	€ 50,- per kalenderjaar		€ 50,- per kalenderjaar	€ 50,- per kalenderjaar	€ 50,- per kalenderjaar	
Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland				Gecontracteerd taxivervoer: 100%; openbaar vervoer (laagste klasse): 100%; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor zittend ziekenvervoer in de basisverzekering	Gecontracteerd taxivervoer: 100%; openbaar vervoer (laagste klasse): 100%; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor zittend ziekenvervoer in de basisverzekering	Gecontracteerd taxivervoer: 100%; openbaar vervoer (laagste klasse): 100%; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor zittend ziekenvervoer in de basisverzekering	
Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland				€ 500,- voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten van alle gezinsleden samen (€ 35,- per nacht voor het hele gezin; eigen vervoer, openbaar vervoer en taxivervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering)	€ 500,- voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten van alle gezinsleden samen (€ 35,- per nacht voor het hele gezin; eigen vervoer, openbaar vervoer en taxivervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering)	€ 35,- per nacht voor het hele gezin; eigen vervoer, openbaar vervoer en taxivervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering	

Zorgsoort	Blend Basis Plus	Blend Intro		Blend Start	Blend Royaal	Blend Excellent	Blend Jongeren
Overnachtings- en vervoerskosten bij expertise-behandelingen in het buitenland	€ 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van jou, je begeleider en je gezinsleden samen (€ 75,- per nacht; vliegtuigvervoer: Economy Class; openbaar vervoer: laagste klasse; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering	€ 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van jou, je begeleider en je gezinsleden samen (€ 75,- per nacht; vliegtuigvervoer: Economy Class; openbaar vervoer: laagste klasse; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering		€ 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van jou, je begeleider en je gezinsleden samen (€ 75,- per nacht; vliegtuigvervoer: Economy Class; openbaar vervoer: laagste klasse; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering	€ 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van jou, je begeleider en je gezinsleden samen (€ 75,- per nacht; vliegtuigvervoer: Economy Class; openbaar vervoer: laagste klasse; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering	€ 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van jou, je begeleider en je gezinsleden samen (€ 75,- per nacht; vliegtuigvervoer: Economy Class; openbaar vervoer: laagste klasse; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering	
Repatriëring vanuit het buitenland	100%	100%		100%	100%	100%	100%
Geneesmiddelen							
Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar		100%		100%	100%	100%	100%
Geregistreerde geneesmiddelen en apotheek-bereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden	€ 750,- per kalenderjaar	€ 750,- per kalenderjaar		€ 750,- per kalenderjaar	€ 750,- per kalenderjaar	€ 750,- per kalenderjaar	
Melatonine					100%, alleen via eFarma	100%, alleen via eFarma	
Wettelijke eigen bijdrage geneesmiddelen						100%	
Huidbehandelingen							
Acnébehandeling					€ 250,- per kalenderjaar	€ 500,- per kalenderjaar	€ 230,- per kalenderjaar
Camouflagetherapie					€ 200,- voor de looptijd van de verzekering	€ 500,- voor de looptijd van de verzekering	€ 200,- voor de looptijd van de verzekering
Ontharing					€ 300,- per kalenderjaar	€ 500,- per kalenderjaar	€ 570,- voor de looptijd van de verzekering
Hulpmiddelen							
Brillen en lenzen				€ 100,- per 3 kalenderjaren	€ 150,- per 3 kalenderjaren	€ 300,- per 3 kalenderjaren	€ 100,- per 2 kalenderjaren
Eigen bijdrage hoortoestellen						€ 750,- per kalenderjaar	
Toebehoren mammaprothese				100%	100%	100%	
Kunsttepel of mamillaprothese				100%	100%	100%	
Persoonlijke alarmerings-apparatuur en abonnementskosten					€ 150,- per kalenderjaar	€ 150,- per kalenderjaar	
Plaswekker (7 tot 18 jaar)				€ 100,- voor de looptijd van de verzekering	€ 100,- voor de looptijd van de verzekering	€ 100,- voor de looptijd van de verzekering	
Pruik of andere hoofdbedekking					€ 100,- per kalenderjaar	€ 200,- per kalenderjaar	
Spalken, braces en/of bandages		€ 50,- per kalenderjaar		€ 50,- per kalenderjaar	€ 90,- per kalenderjaar	€ 90,- per kalenderjaar	
Trans-therapie					100%, alleen bij gecontracteerde leverancier	100%, alleen bij gecontracteerde leverancier	
Wettelijke eigen bijdrage overige hulpmiddelen						100%, m.u.v. orthopedische en allergeenvrije schoenen	
Mondzorg							
Tandheelkundige zorg 18 jaar en ouder							€ 450,- per kalenderjaar, controles: 100%, overige behandelingen: 75%
Eigen bijdrage gebitsprothese						100%	
Kronen, bruggen, inlays en implantaten tot 18 jaar				100%	100%	100%	
Orthodontie					Tot 18 jaar: € 2.000,- voor de looptijd van de verzekering	Tot 22 jaar: € 3.000,- voor de looptijd van de verzekering	€ 350,- voor de looptijd van de verzekering
Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval	€ 10.000,- per ongeval	€ 10.000,- per ongeval		€ 10.000,- per ongeval	€ 10.000,- per ongeval	€ 10.000,- per ongeval	€ 10.000,- per ongeval
Preventie en leefstijl							
Advies en begeleiding							
Counselling		€ 300,- per kalenderjaar		€ 300,- per kalenderjaar	€ 300,- per kalenderjaar	€ 300,- per kalenderjaar	
Dieetadvisering, in aanvulling op de basisverzekering						2 uur per kalenderjaar	
Gewichtsconsulent		€ 120,- per kalenderjaar		€ 120,- per kalenderjaar	€ 120,- per kalenderjaar	€ 120,- per kalenderjaar	€ 50,- per kalenderjaar
IncoCure (online advies bij incontinentie)				€ 15,- per kalenderjaar	€ 15,- per kalenderjaar	€ 15,- per kalenderjaar	

Zorgsoort	Blend Basis Plus	Blend Intro		Blend Start	Blend Royaal	Blend Excellent	Blend Jongeren
Zorg voor vrouwen (menstruatie, anticonceptie, zwangerschap, overgang, etc.)					€ 115,- per kalenderjaar	€ 115,- per kalenderjaar	
Cursussen / training							
Alcoholgebruik verminderen		€ 300,- per kalenderjaar		€ 300,- per kalenderjaar	€ 300,- per kalenderjaar	€ 300,- per kalenderjaar	
FITR4Blend Leefstijlprogramma ‘Vitaal’ of ‘Intensief’						1x voor de looptijd van de verzekering met een eigen bijdrage van € 100,-	
Geheugentraining						1 training per kalenderjaar	
Leefstijltrainingen (hart, whiplash, stress, burnout)					€ 1.000,- per kalenderjaar, alleen bij Leefstijl Training & Coaching (LTC)	€ 1.250,- per kalenderjaar, alleen bij Leefstijl Training & Coaching (LTC)	
Mindfulness training		€ 250,- per kalenderjaar		€ 250,- per kalenderjaar	€ 250,- per kalenderjaar	€ 250,- per kalenderjaar	
Preventieve cursussen (hart, lymfoedeem, reuma, diabetes, afvallen, reanimatie, EHBO, etc.)				€ 115,- per cursus per kalenderjaar	€ 115,- per cursus per kalenderjaar	€ 115,- per cursus per kalenderjaar	
Slaapcursus		€ 150,- per kalenderjaar		€ 150,- per kalenderjaar	€ 150,- per kalenderjaar	€ 150,- per kalenderjaar	
Valpreventie						1 cursus per kalenderjaar	
Sport / fitness							
Hardloopcoaching bij blessures		1 online coachingstraject van FysioRunning		1 online coachingstraject van FysioRunning	1 online coachingstraject van FysioRunning	1 online coachingstraject van FysioRunning	
Sportmedisch onderzoek		€ 200,- per kalenderjaar		€ 200,- per kalenderjaar	€ 200,- per kalenderjaar	€ 300,- per kalenderjaar	
Sportmedische begeleiding		€ 150,- per kalenderjaar		€ 150,- per kalenderjaar	€ 150,- per kalenderjaar	€ 150,- per kalenderjaar	
Overige							
Gezondheidstest/healthcheck		1 keer per kalenderjaar		1 keer per kalenderjaar	1 keer per kalenderjaar	1 keer per kalenderjaar	
Griepvaccinatie						100%	
MammaPrint (door Agendia)	100%	100%		100%	100%	100%	
Thuis							
Hulp aan huis bij uitval Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen na ziekenhuisverblijf 18 jaar en ouder	€ 1.000,- na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)	€ 1.000,- na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)		€ 1.000,- na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)	€ 1.000,- na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)	€ 1.000,- na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)	
Kinderopvang aan huis tot 12 jaar tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s), alleen via Zorg voor u.				50 uur per week vanaf de 3e verblijfsdag t/m de 3e dag na ontslag, incl. dossierkosten.	50 uur per week vanaf de 3e verblijfsdag t/m de 3e dag na ontslag, incl. dossierkosten.	50 uur per week vanaf de 3e verblijfsdag t/m de 3e dag na ontslag, incl. dossierkosten.	
Mantelzorgcursus				€ 150,- per kalenderjaar	€ 150,- per kalenderjaar	€ 150,- per kalenderjaar	
Mantelzorgmakelaar				€ 250,- per kalenderjaar	€ 250,- per kalenderjaar	€ 250,- per kalenderjaar	
Vervangende mantelzorg				€ 150,- per dag tot € 900,- per kalenderjaar	€ 150,- per dag tot € 1.200,- per kalenderjaar	€ 150,- per dag tot € 1.500,- per kalenderjaar	
Vervoer en verblijf							
Eigen bijdrage ziekenvervoer						100%	
Ziekenvervoer in Nederland, België of Duitsland (indien niet vergoed vanuit de basisverzekering)						eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering; gecontracteerd taxivervoer: 100%	
Overnachting in een logeerhuis en/of reiskosten ziekenbezoek				Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor de totale kosten van alle personen samen; verblijfskosten: € 35,- per nacht; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering	Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor de totale kosten van alle personen samen; verblijfskosten: € 35,- per nacht; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering	Maximaal € 750,- per kalenderjaar voor de totale kosten van alle personen samen; verblijfskosten: € 35,- per nacht; eigen vervoer: volgens dezelfde kilometervergoeding als voor ziekenvervoer in de basisverzekering	
Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten					€ 150,- per kalenderjaar	€ 500,- per kalenderjaar	
Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen					€ 150,- per kalenderjaar	€ 500,- per kalenderjaar	
Eigen bijdrage hospice					€ 40,- per dag	€ 40,- per dag	
Voetzorg							
Pedicure (medische voet)					€ 25,- per dag tot € 100,- per kalenderjaar	€ 25,- per dag	

Zorgsoort	Blend Basis Plus	Blend Intro		Blend Start	Blend Royaal	Blend Excellent	Blend Jongeren
Podotherapie, podologie en steunzolen					€ 150,- per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar (sport)steunzolen	100%, waaronder maximaal 1 paar (sport)steunzolen per kalenderjaar	Podotherapie en podologie € 70,- per kalenderjaar Steunzolen € 60,- per kalenderjaar
Chirurgische ingrepen							
Flapoorcorrectie tot 18 jaar					100%	100%	
Ooglaseren en lensimplantatie					€ 500,- voor de looptijd van de verzekering	tot 6 dioptrie: € 750,- voor de looptijd van de verzekering; vanaf 6 dioptrie: € 1.850,- voor de looptijd van de verzekering	
Sterilisatie					100%	100%	
Zwangerschap en bevalling							
Zelfhulpprogramma ‘Slimmer Zwanger’				1 abonnement voor de looptijd van de verzekering	1 abonnement voor de looptijd van de verzekering	1 abonnement voor de looptijd van de verzekering	
Zwangerschapscursus				€ 50,- per zwangerschap	€ 50,- per zwangerschap	€ 75,- per zwangerschap	
Kraampakket				1 pakket per zwangerschap	1 pakket per zwangerschap	1 pakket per zwangerschap	
TENS bij bevalling (pijnbestrijding)				1 apparaat voor de looptijd van de verzekering	1 apparaat voor de looptijd van de verzekering	1 apparaat voor de looptijd van de verzekering	
Eigen bijdrage bevalling				100%	100%	100%	
Eigen bijdrage kraamzorg				100%	100%	100%	
Extra kraamzorg				15 uur per bevalling	15 uur per bevalling	15 uur per bevalling	
Lactatiekundige zorg				€ 80,- per bevalling	€ 80,- per bevalling	€ 115,- per bevalling	
Borstkolf				€ 75,- per bevalling	€ 75,-per bevalling	€ 75,- per bevalling	



Grensregio Pakket

Met het aanvullende Blend Grensregio Pakket krijg je een extra vergoeding voor niet-spoedeisende zorg in België en Duitsland. Op je polisblad kun je zien of je het Blend Grensregio Pakket hebt afgesloten.

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, heb je 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 heb je 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) Wmg tarieven zijn vastgesteld, heb je recht op 100% vergoeding van het in Nederland geldende marktconforme bedrag in aanvulling op de vergoeding vanuit je basisverzekering (tezamen maximaal 200%).
Voorwaarden voor vergoeding
De kosten worden alleen vergoed, als deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering worden vergoed en als het schadebedrag hoger is dan de vergoeding vanuit de basisverzekering. De behandelingen moeten plaatsvinden bij erkende (of daarmee gelijk te stellen) zorgverleners. Heb je vanuit de basisverzekering aanspraak op niet-spoedeisende zorg in het buitenland? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de basisverzekering. Word je opgenomen in een ziekenhuis? Dan is de vergoeding beperkt tot een vergoeding van de kosten van maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval. Onder ziektegeval wordt verstaan: iedere niet onderbroken behoefte aan een medische behandeling, welke voortkomt uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval.
Uitsluiting
We vergoeden niet de kamer-, honorarium- en andere supplementen in verband met een verblijf in een één- of tweepersoonskamer van een ziekenhuis.

Collectief Zeker Pakket

Iedereen die ten minste een basisverzekering heeft via één van onze werkgeverscollectiviteiten ontvangt het gratis Collectief Zeker Pakket.

Zorgsoort	Collectief Zeker Pakket
Fysiotherapie na een ongeval (vanaf 18 jaar)	Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.
Dienstverlening Royal Doctors • Eerste consult met zorggarantie binnen 10 werkdagen • Tweede opinie • Langdurige ziekte	100%

Vergoedingenoverzicht Tandartsverzekeringen

Dit vergoedingenoverzicht is bedoeld om de verschillende verzekeringen gemakkelijk met elkaar te vergelijken. Voor een volledig overzicht raden wij je daarom aan om je polisvoorwaarden goed door te lezen. Deze zijn altijd leidend. Aan dit overzicht kunnen dan ook geen rechten worden ontleend.

Blend T Basis	Blend T Start € 250,-	Blend T Extra € 500,-	Blend T Royaal € 1000,-	Blend T Excellent € 1250,-
------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------

Omschrijving behandeling	Blend T Basis			
• Consultatie en diagnostiek • Preventieve mondzorg	- 1 controle en 25 minuten gebitsreiniging OF - 2 controle en 15 minuten gebitsreiniging			
• Verdoving • Vullingen • Chirurgische ingrepen	€ 60,- per kalenderjaar			
Omschrijving behandeling	Blend T Start	Blend T Extra	Blend T Royaal	Blend T Excellent
De onderstaande behandelingen worden vergoed tot:	€ 250,- per kalenderjaar	€ 500,- per kalenderjaar	€ 1.000,- per kalenderjaar	€ 1.250,- per kalenderjaar
- Consultatie en diagnostiek - Verdoving - Vullingen - Chirurgische ingrepen - Wortelreinigingen - Foto's maken en beoordelen	100%	100%	100%	100%
- Preventie mondzorg	75%	75%	75%	75%
- Implantaten/implantologie - Kaakgewrichtsbehandelingen - Kronen en bruggen - Gedeeltelijke kunstgebitten - Tandvleesbehandelingen - Wortelkanaalbehandelingen	75%	75%	75%	100%

- Wij vergoeden niet de kosten van:
- autotransplantaten;
 - abonnementen;
 - het bleken van tanden en kiezen;
 - cosmetische behandelingen die de kleur, vorm, of positie van de weefsels in en/of rondom de mond veranderen;
 - fluoridebehandelingen;
 - gedeeltelijk voltooid werk;
 - behandelingen door de kaakchirurg op verwijzing van de tandarts (dit wordt uit de basisverzekering vergoed);
 - keuringsrapporten en verklaringen;
 - volledige narcose en lachgas;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - orthodontie (raadpleeg de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering voor een eventuele vergoeding);
 - snurkbeugels (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor;
 - therapeutische injecties met botox;
 - vullingen in het melkgebit.

Aanvullend Grensregio Pakket

Heb je een tandartsverzekering afgesloten? En staat er op je zorgpolis vermeld dat je ook verzekerd bent voor het Grensregio Pakket? Dan krijg je vanuit dit pakket dezelfde vergoeding voor behandelingen in België en Duitsland. Dit betekent dat de tarieven zoals gehanteerd in België en Duitsland van toepassing zijn. Maximale vergoeding zoals opgenomen in je tandartsverzekering blijft gelijk.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de tandartsverzekering zouden vergoeden.
- 2 De behandelingen moeten plaatsvinden bij erkende (of daarmee gelijk te stellen) zorgverleners.

Contact



Assurantiën BV

**Zeker,
Witte-Boussen**

Witte-Boussen staat garant voor een persoonlijke en flexibele serviceverlening

Voor al je zorgvragen kun je bij hen terecht. Zij zijn op werkdagen tussen 8.30 uur en 17.00 uur bereikbaar via telefoon, e-mail, online chat en kun je gewoon bij ze binnenwandelen tijdens kantooruren!

Contactgegevens Witte-Boussen Assurantiën B.V.

Witte-Boussen Assurantiën B.V.
Mr. F.J. Haarmanweg 16
Postbus 201
4530 AE TERNEUZEN
Telefoon: 0115 61 83 44
Vanuit het buitenland: +31 115 61 83 44
E-mail: zorg@witteboussen.nl
Online: www.witteboussen.nl

Heb je een klacht?

Aevitae doet haar uiterste best om klachten te voorkomen. Toch kan het voorkomen dat je ergens ontevreden over bent. Als dat zo is, neem dan contact met Witte-Boussen op. Ook als je vragen, opmerkingen of klachten hebt over bijvoorbeeld declaraties, polisvoorwaarden en ziekenhuisopname in België of Duitsland. Zij zien erop toe dat klachten tijdig worden afgewikkeld. Alle meldingen worden geregistreerd, om op basis daarvan de dienstverlening bij Aevitae steeds verder te verbeteren.

Heb je vragen?
Bel ons gerust op
0115 - 61 83 44 of
gebruik de chatfunctie
op de website!



Marcel Capello
Adviseur Zorg



Marie Claire Doolaard-Deij
Adviseur Zorg



Ariena Schouwenaar-Benink
Consulent Zorg



Heleen Notebaart-Verkruijsse
Consulent Zorg



Jeannine Everaard
Consulent Zorg



Linda van Erkelens-Buis
Consulent Zorg

Deze brochure is eigendom van Blend. De inhoud van deze brochure is op zorgvuldige wijze en naar beste weten samengesteld. Desondanks kan op geen enkele wijze worden ingestaan, noch enige garantie afgegeven worden voor de juistheid of volledigheid. Aan de inhoud van deze brochure kunnen dan ook geen rechten worden ontleend. Niets uit de tekst of grafische voorstellingen uit deze brochure mag zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Blend worden veeleenvoudigd en/of openbaar worden gemaakt in enige vorm of op enige wijze. Tenzij anders aangegeven, berusten alle rechten, waaronder auteursrechten en andere intellectuele eigendomsrechten van dit document bij Blend.