

Meest gestelde vragen zorgverzekering

Welke zaken uit de aanvullende verzekering kunnen interessant zijn voor mensen met borstkanker?

- Wat interessant kan zijn uit de aanvullende verzekering is of er vergoeding is voor:
- een haarwerk en of er in plaats van een haarwerk ook andere hoofddeksels bovenop het bedrag van de basisverzekering
- de Mammaprint of Oncotype DX
- protheselingerie of –badkleding, een zwemprothese of plakstrips voor de prothesedraagsters
- fysiotherapie (bij een chronische indicatie zijn de eerste twintig sessies éénmalig voor je eigen rekening of kunnen betaald worden uit de aanvullende verzekering)
- lidmaatschap van een patiëntenvereniging
- de eigen bijdrage voor geneesmiddelen
- geneesmiddelen buiten Reglement Farmaceutische Zorg (dat zijn geneesmiddelen op recept waar geen vergoeding voor is, zoals maagbeschermers, cremes, slaapmiddelen)
- psychologische hulp buiten de basisverzekering
- reiskosten van en naar het ziekenhuis en overnachtingskosten voor gezinsleden in een logeerhuis/gasthuis
- de eigen bijdrage voor taxivergoeding
- de eigen bijdrage bij verblijf in een hospice
- een niet-spoedeisende, geplande operatie in het buitenland (bijvoorbeeld een borstreconstructie)
- alternatieve therapie
- oncologische revalidatie (zie onderaan dit document)
- psycho-oncologische zorg (zie onderaan dit document)
- taxivervoer of vergoeding voor eigen vervoer

Ik zou graag samen met mijn partner psychologische hulp willen, wordt dat vergoed?

Wat als mijn familieleden psychische hulp nodig hebben?

In veel ziekenhuizen kun je (samen) voor hulp bij emotionele, geestelijke en sociale problemen terecht bij een maatschappelijk werker of psycholoog. Je behandelend arts kan je verwijzen. Deze zorg valt in de basisverzekering onder het eigen risico.

Voor lichtere psychische problemen kun je meestal gewoon terecht bij de huisarts. Huisartsen hebben daarvoor vaker een praktijkondersteuner GGZ of psycholoog binnen de praktijk. Deze hulp valt onder de basisverzekering, maar telt niet mee voor het eigen risico. Als de huisarts of praktijkondersteuner je onvoldoende kan helpen, kun je doorverwezen worden naar hulpverleners of instellingen met meer kennis.

Als het gaat om lichte tot matige geestelijke gezondheidsproblemen, zul je verwezen worden naar de Generalistische Basis GGZ. Als je problemen ernstiger en langdurig zijn, zal de behandeling onder Specialistische GGZ vallen.

Voor Generalistische Basis GGZ en Specialistische GGZ kun je onder andere verwezen worden naar de [psycho-oncologische centra](#), die vallen onder IPSO. Psycho-oncologische centra werken op afspraak en op verwijzing door de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Soms kan lotgenotencontact je ook goed helpen. Je kunt lotgenoten vinden via de patiëntenorganisatie of bijvoorbeeld bij de [inloophuizen](#) voor mensen met kanker. Dit is doorgaans gratis.

Wordt oncologische revalidatie vergoed?

In veel ziekenhuizen wordt oncologische revalidatie aangeboden tijdens en na behandelingen. Deze zorg wordt ook aangeboden in veel revalidatie-instellingen. Onder bepaalde voorwaarden wordt deze zorg vergoed vanuit de basisverzekering en valt dan onder het eigen risico.

Er zijn zorgverzekeraars die oncologische revalidatie ná de behandeling buiten het ziekenhuis hebben opgenomen in de aanvullende verzekering. Deze zorg valt dan niet onder het eigen risico.

Ook bij fysiotherapeuten zijn er mogelijkheden om een programma voor oncologische revalidatie te volgen. Dit kan vergoed worden vanuit de basisverzekering of vanuit een aanvullende verzekering, afhankelijk van de indicatie en de afgesloten zorgverzekering.

Ik heb borstkanker (gehad). Kan ik nog wel overstappen naar een andere zorgverzekering?

Elk jaar heb je de mogelijkheid om een andere zorgverzekeraar te kiezen. Als je borstkanker hebt (gehad) of erfelijk belast bent, is dat in principe geen belemmering. Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht. Voor de aanvullende verzekering kan er een medische selectie zijn. Soms worden er algemene vragen gesteld, maar soms heel specifiek over je behoefte aan fysiotherapie of orthodontie. Onderzoek goed welke vragen er worden gesteld. Een medisch adviseur beoordeelt of je geaccepteerd zult worden voor de verzekering. Dat je ziek bent (geweest), betekent niet dat je er niet voor geaccepteerd zult worden.

Het is verstandig om te voorkomen dat je echt geweigerd wordt. Dat doe je door het recht op eerste kennisneming te vragen. Hoe je dat moet doen, staat in de aanvraag van je nieuwe verzekering. Als je afgewezen wordt, kun je je aanvraag intrekken. Daarmee voorkom je dat je ooit aan moet geven dat je voor een verzekering geweigerd bent. Soms is er geen sprake van medische selectie, maar van een wachttijd. Dat betekent dat er geen vragen worden gesteld over je gezondheid, maar dat je gedurende een bepaalde tijd geen aanspraak kunt maken op vergoeding voor onderdelen van de aanvullende verzekering.

Als ik voor een aanvullende verzekering een medische verklaring in moet vullen, moet ik dan alles melden?

Lees goed welke vragen gesteld worden bij welke aanvullende verzekering. Geef alleen antwoord op de vragen die je moet invullen. Doe dat volledig en naar waarheid. Geef geen informatie die niet wordt gevraagd.

Als er voor een aanvullende verzekering medische selectie geldt, dus dat je een vragenlijst moet invullen en akkoord moet krijgen, word je dan geweigerd als je afgelopen jaar onder behandeling bent van een arts?

Medische selectie betekent inderdaad dat je een aantal vragen in moet vullen. Die vragen kunnen heel verschillend zijn. Er wordt niet altijd gevraagd of je onder behandeling bent van een specialist of in het ziekenhuis bent geweest. De vragen kunnen gaan over of je afgelopen jaar fysiotherapie hebt gehad of verwacht komend jaar, of je een alternatieve therapeut bezocht hebt of komend jaar verwacht te gaan zien etc. Kijk dus goed naar de vragen. Vul alleen die vragen in die gevraagd worden voor die ene aanvullende verzekering en verstrek niet meer informatie dan er gevraagd wordt. Als je op alle vragen 'Nee' kunt antwoorden, word je normaal gesproken gewoon geaccepteerd.

Welke zorg bij borstkanker zit in de basisverzekering?

Bijna alle zorg rondom borstkanker zit in de basisverzekering. De basisverzekering is een verplichte verzekering voor elke Nederlander. Veel zorg valt onder het eigen risico van 385 euro. Dat betekent dat je de eerste 385 euro van de kosten die je in een jaar maakt zelf moet betalen. Het maakt niet uit of dat is voor een borstprothese, een controle in het ziekenhuis, medicijnen of een haarwerk. Onder bepaalde voorwaarden wordt oncologische revalidatie en psycho-oncologische zorg vergoed vanuit de basisverzekering. In een aantal gevallen is voor vergoeding een aanvullende verzekering nodig.

Welke zorg valt buiten het eigen risico van 385 euro?

De zorg (ook tandheelkundige zorg) voor kinderen jonger dan achttien jaar, huisartszorg, verloskundige zorg, kraamzorg, vergoedingen vanuit de aanvullende verzekering, tandartskosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar, hulpmiddelen in bruikleen van thuiszorg, zorgkosten vanuit langdurige zorg (Wlz) of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), verzorging en verpleging thuis (wijkverpleging), griepvaccinatie voor risicogroepen, nacontrole levende orgaandonor (nier- of levertransplantatie), ketenzorg (dat is zorg waarbij verschillende zorgaanbieders samenwerken (bijvoorbeeld bij diabetes behandelingen)), gratis bevolkingsonderzoeken (bijvoorbeeld naar borstkanker) vallen niet onder het eigen risico en hoeft je dus niet te betalen.

Hoe kan ik ervoor zorgen dat ik geen eigen risico hoeft te betalen?

Als je in een kalenderjaar zorg nodig hebt, waarvoor het eigen risico geldt, ontkom je er niet aan, maar je kunt wel een controle plannen in januari en december, een jaar overslaan en dan weer controles plannen in januari en december. Dan heb je wel je jaarlijkse controle, maar houd je eens per twee jaar het geld van het eigen risico in eigen zak.

Ik heb al behandelingen gehad in het ziekenhuis maar ik heb nog geen eigen risico betaald. Hoe kan dat?

Het kan zijn dat zorgaanbieders lang wachten met het sturen van rekeningen. Ziekenhuizen sturen pas een nota als de zorg is afgesloten. Zo is het mogelijk dat voor zorg die in 2019 is geleverd pas in 2020 een declaratie volgt. De behandeldatum bepaalt in welk jaar het ten laste gaat van het eigen risico. Voor welk jaar je eigen risico betaalt legt onderstaande illustratie van Zorgwijzer goed uit. [Klik hier voor de illustratie](#).

Ik had een hoog vrijwillig eigen risico maar heb net de diagnose borstkanker gekregen. Wat nu?

In dat geval is het verstandig om het eigen risico voor komend jaar naar beneden bij te stellen, naar de wettelijk verplichte 385 euro.

Wanneer kan ik na de diagnose borstkanker weer een hoog vrijwillig eigen risico nemen?

Dat is pas verstandig als je verwacht dat je weinig zorg nodig hebt. Zolang je controles hebt, zolang er operaties gepland staan kost een vrijwillig hoog eigen risico je geld.

Ik moet 385 euro eigen risico betalen, maar kan dat niet betalen. Wat nu?

Je kunt bij de meeste zorgverzekeraars een betalingsregeling afspreken als je zelf een bedrag moet betalen dat ten laste gaat van je eigen risico. Verwacht je in 2018 je eigen risico op te maken, dan kun je bij een aantal zorgverzekeraars ook vooraf een betalingsregeling treffen. [Lees meer op de website van de Rijksoverheid](#)

Ik heb geen controles meer en heb alleen hormoontherapie. Gaan de kosten daarvan van mijn eigen risico af?

Als je nog geen zorgkosten hebt gemaakt en de eerste 385 euro eigen risico nog niet zelf betaald hebt, gaan de kosten van hormoontherapie in principe af van het eigen risico. Je moet ze dan zelf betalen maar het bedrag wordt in mindering gebracht op het eigen risico. Op het moment dat je over de 385 euro gaat, wordt het vergoed. Bij een aantal verzekeraars (VGZ, Univé, UMC, IZZ, IZA, Bewuzt, Aevitae) geldt voor hormoontherapie van voorkeursmerken dat deze buiten het eigen risico valt. De terhandstellingskosten en instructiekosten gaan wel ten laste van het eigen risico. Op deze manier betaal je niet voor de hormoontherapie.

Ik verdraag de geneesmiddelen van een bepaalde fabrikant niet

Meestal worden er voorkeursgeneesmiddelen verstrekt. Dat zijn geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof als geneesmiddelen van een merk. Het kan voorkomen dat je een geneesmiddel van een bepaalde fabrikant niet goed verdraagt. Je kunt dan het andere (duurdere) middel vergoed krijgen. Je arts moet dan 'medische noodzaak' op het recept vermelden. Dit kan alleen als je het goedkopere voorkeursgeneesmiddel al een keer geprobeerd hebt. De kosten gaan dan wel ten laste van het eigen risico.

Ik moet mijn borstprothese zelf betalen. De borstprothese valt toch onder de basisverzekering?

Het aanmeten en de aanschaf van een borstprothese valt inderdaad onder de basisverzekering. Als je nog geen 385 euro eigen risico betaald hebt, kan het lijken alsof de borstprothese niet vergoed wordt in de basisverzekering.

Wat is het verschil tussen een restitutieverzekering en een naturaverzekering?

Bij een naturaverzekering kun je naar de zorgverlener (ziekenhuis, specialist, fysiotherapeut) waar je verzekeraar een contract mee heeft. Op de website van de zorgverzekeraar moet te vinden zijn met welke zorgverleners er een contract is. Je kunt het je zorgverlener ook vragen. Wil je naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan mag dat, maar dan kan het zijn dat je moet bijbetalen. Dat is dan bijvoorbeeld 20% of 25% van de totale zorgkosten.

Bij een restitutieverzekering kun je naar de zorgverlener van je eigen keuze. Je krijgt daarvoor een budget ter hoogte van het maximaal Nederlands tarief. De zorgverlener moet wel officieel erkend zijn.

Moet ik bij een restitutieverzekering alles zelf voorschieten?

Bij naturaverzekeringen declareren de zorgverleners rechtstreeks bij de zorgverzekering. Bij de meeste restitutieverzekeringen hebben de verzekeraars dezelfde afspraken met de zorgverlener en worden facturen rechtstreeks ingediend. Als je moet voorschieten, kun je de factuur eerst declareren, aangeven dat de zorgverlener direct betaald moet worden of je kunt wachten totdat je het geld ontvangt, waarna je de factuur betaalt.

Ik heb een BRCA-genmutatie, maar ik ben nooit ziek geweest. Kan ik nog wel overstappen naar een andere zorgverzekering?

Ja, dat kan. Het kan wel zijn dat je voor sommige aanvullende verzekeringen gevraagd wordt of je afgelopen jaar behandelingen hebt gehad bij een specialist. Als dat zo is, kan dat een reden zijn om je voor die aanvullende verzekering te weigeren. Welke vragen gesteld worden en hoe dat beoordeeld wordt, varieert per verzekering.

Heeft het hebben van het CHEK2-gen invloed op je verzekeraar?

Dragers van een CHEK2 of BRCA-mutatie hebben geen invloed bij het overstappen voor de basisverzekering: verzekeraars hebben acceptatieplicht. Voor aanvullende verzekeringen geldt soms een medische selectie. Dan worden er vragen gesteld over je gezondheid. Dat kunnen algemene vragen zijn maar ook specifiek over je behoefte aan bijvoorbeeld fysiotherapie.

Zijn er mensen die niet kunnen veranderen van zorgverzekering?

Er wordt gezegd dat die er niet zijn, maar we zien dat overstappen lastig is voor mensen die een naturaverzekering hebben en hulpmiddelen hebben, zoals bijvoorbeeld een hooglaagbed, een rolstoel of een hulphond, of verbandmiddelen, zoals stomazakjes, katheters of wondpleisters. Als ze overstappen naar een andere naturaverzekering, kan het zijn dat ze het ene bed moeten inleveren om een ander bed via een andere leverancier te krijgen. Dat is vervelend. Het kan ook zijn dat ze verbandmiddelen af moeten nemen via een andere firma, terwijl ze goede ervaringen hebben met hun huidige firma.

Overstappen is ook lastig voor mensen die ernstige problemen hebben en een PGB via de basisverzekering hebben. Het is nog onduidelijk hoe dat er precies uit gaat zien.

Verder kan het zijn dat je een aanvullende verzekering hebt voor tandzorg of fysiotherapie en dat daar bij overstappen medische selectie op zit. Je loopt dan het risico dat je daarvoor niet geaccepteerd wordt.

Wanneer moet ik mijn huidige verzekering opgezegd hebben?

De opzegging van je huidige verzekering moet uiterlijk 31 december 2019 om 23.59 bij je zorgverzekeraar binnen zijn. Als je nog niet goed weet waar je je opnieuw wilt verzekeren, dan heb je daarna nog even de tijd: het afsluiten van een nieuwe verzekering kan namelijk tot en met 31 januari. Als je wilt kiezen voor een aanvullende verzekering met medische selectie is het verstandig geaccepteerd te zijn voordat je je huidige verzekering opzegt. Bij het afsluiten van een nieuwe zorgverzekering vóór 1 januari gaat het opzeggen automatisch. De nieuwe zorgverzekeraar regelt dit dan met de oude zorgverzekeraar.

Kan ik een aanvullende verzekering nemen bij een andere verzekeraar dan waar ik mijn basisverzekering heb?

Ja, dat kan. Soms moet je dan wel extra premie betalen.

Hoe ben ik het goedkoopst uit?

Dat is moeilijk te zeggen. Alles hangt af van de zorg die je nodig hebt en de zorg die je familieleden nodig hebben. Kinderen tot 18 jaar worden gratis meeverzekerd met één van de ouders. Vaak is het zo dat als je een goedkope verzekering neemt je risico's ook hoger zijn. Als er dan iets onverwachts gebeurt, moet je meer betalen. Je kunt dat risico nemen, maar dan moet je wel zorgen dat je daar een spaarpot voor heeft.

De belangrijkste les bij verzekeren is dat je die risico's moet verzekeren die je zelf niet kunt dragen. Je kunt uitgespaard premiegeld als reserve bewaren voor als er iets onverwachts gebeurt. Vraag je af: 'Wat kost een verzekering per jaar' en 'wat kost het als je een consult of aanschaf zelf betaalt?' Als je kleine uitgaven zelf kunt doen is verzekeren vaak niet nodig of zelfs duurder.

De kosten die je zeker gaat maken (bijvoorbeeld door de aanschaf van een bril) kun je wegstrepen tegen de kosten van de premie omdat je dat geld anders toch uitgegeven had. Het premiebedrag dat overblijft, is voor de onvoorziene kosten. Als je dan kijkt wat je verzekerd hebt, heb je zaken waar je misschien gebruik van gaat maken en zaken waar je zeker nooit gebruik van gaat maken (bijvoorbeeld kraamzorg als je een man bent). Je moet goed kijken of de premie die je betaalt de vergoeding, van wat je misschien nodig hebt, waard is. Je kunt ook besluiten geen aanvullende verzekering te nemen en het geld van de premie op een spaarrekening te zetten voor als je het toch nodig hebt.

Kan ik korting krijgen op de premie?

Als je je verzekert via een collectief levert dat extra korting op. Je kunt je collectief verzekeren via gemeenten, patiëntenorganisaties, verenigingen, ouderenorganisaties, commerciële organisaties enzovoorts. Van sommige organisaties moet je eerst lid worden. Vaak is de korting veel hoger dan de kosten van het lidmaatschap. De korting verschilt per organisatie en per zorgverzekeraar. Er is ook verschil in korting op de basisverzekering of aanvullende verzekering. Werkgevers bieden vaak ook een collectieve verzekering aan, maar vaak zijn dat uitgebreide pakketten, waardoor je misschien oververzekerd bent en teveel premie betaalt.

Je kunt ook korting krijgen op de premie door het jaarbedrag in één keer te betalen. Dat kan 2% korting opleveren. Als je spaargeld hebt, is de rente op een spaarrekening lager dan het geld dat je verdient met deze korting. Als je veel vermogen hebt, dat belast wordt in box 3, is het verstandig om het jaarbedrag vóór 31 december te betalen. Dan betaal je minder belasting over het vermogen in box 3.

Ik heb een machtiging voor fysiotherapie voor een chronische indicatie of voor een borstreconstructie. Kan ik die meenemen naar een andere zorgverzekering?

Ja. Je hoeft niet opnieuw een machtiging aan te vragen als die is afgegeven voor zorg die valt onder de basisverzekering. Een machtiging moet wel elk jaar vernieuwd worden. Machtigingen voor zaken uit de aanvullende verzekering kun je niet meenemen.

Wordt fysiotherapie na borstkanker altijd vergoed?

Nee, er zijn maar een paar aandoeningen die vallen onder een chronische indicatie. Die staan op [een lijst met chronische aandoeningen](#).

Binnen deze lijst zijn – buiten enkele behandelingen bij uitzaaiingen - vooral van toepassing:

- B7 frozen shoulder (capsulitis adhaesiva) (maximaal twaalf maanden behandeling)
- D3 lymfoedeem
- en D4 littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma.

Er is een jaarlijkse verwijzing nodig van je huisarts, oncoloog of chirurg. Deze verklaring of aanvraag heeft de fysiotherapeut nodig om zich te kunnen verantwoorden aan de verzekeraar als die er om vraagt.

Bij een chronische indicatie moet je de eerste twintig sessies eenmalig zelf betalen of betalen vanuit de aanvullende verzekering. De sessies daarna vallen binnen de basisverzekering (maar daarvoor geldt wel een eigen risico). Voor fysiotherapie vanuit de aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.

Op de website van de Zorgwijzer vind je [meer informatie over de vergoedingen van fysiotherapie](#).

Ik wil overstappen maar heb nog geen twintig behandelingen fysiotherapie op een chronische indicatie gehad. Hoe gaat dat dan?

Het maakt niet uit bij welke verzekeraar je verzekerd bent. Altijd zijn eenmalig de eerste twintig behandelingen fysiotherapie voor een chronische indicatie voor eigen rekening (of worden betaald vanuit de aanvullende verzekering). Pas daarna start de vergoeding vanuit de basisverzekering. Ook als je overstapt, gaat na twintig keer de basisverzekering de zorgkosten dekken. Het gaat wel eens mis en het is soms even puzzelen om die eerste twintig vast te stellen, maar dat kan altijd via je eigen therapeut (die kan een behandeloverzicht uitdraaien).

Als je al langdurige fysiotherapie hebt, is het raadzaam om bij je fysiotherapeut te checken of je op Code 1: Chronische indicatie in het systeem staat en of de behandelingen inderdaad bij je verzekeraar onder die code worden gedeclareerd.

Als dat het geval is, wordt bij een naturaverzekering alles vergoed via de zorgverzekeraar. In geval van een restitutieverzekering kun je de nota met de juiste code bij de verzekeraar indienen of wordt die automatisch ingediend. Als je behandelingen niet op de juiste code worden ingediend, dan krijg je een nota van je fysiotherapeut zélf of loopt de betaling ongemerkt via je aanvullende verzekering tot het maximum daar is bereikt, terwijl de zorg betaald moet worden vanuit de basisverzekering. Het is verstandig dat te controleren.

Mijn partner is hoofdverzekerde en heeft een naturaverzekering. Ik ben medeverzekerde. Kan ik een eigen restitutieverzekering afsluiten? Kan dat alleen per 1 januari?

Als je medeverzekerde bent, kun je op elk moment kiezen voor een eigen verzekering en dat kan ook gedurende het jaar. Een scheiding kan een aanleiding zijn, maar het mag ook zonder opgaaf van reden. Als je kind achttien jaar wordt, moet hij/zij ook zelfstandig verzekerd worden. Dat kan bij dezelfde verzekering maar dat mag ook een andere zijn.

Als ik meer informatie wil over mijn zorgverzekering, hoe kan ik dan het beste contact opnemen?

Helaas is meerdere keren gebleken dat medewerkers bij zorgverzekeraars soms onjuiste informatie verstrekken. Het is verstandiger om de voorwaarden van je verzekering erbij te zoeken en goed te lezen. Extra informatie kun je ook achterhalen via Borstkankervereniging Nederland of www.borstkankervragen.nl.

Ik heb kinderen onder de achttien jaar. Hoe zit het met hun aanvullende verzekering?

Kinderen tot achttien jaar worden gratis meeverzekerd voor de basisverzekering en meestal gratis meeverzekerd voor de aanvullende verzekering. Meestal worden ze dan meeverzekerd bij diegene die het uitgebreidste pakket heeft. Het kan dus interessant zijn om een aanvullende verzekering af te sluiten omdat daar voor de kinderen een vergoeding voor een bril of orthodontist in zit.

Kan ik altijd naar België of Duitsland voor een behandeling?

Voor afspraken op de poli kun je zonder toestemming van je zorgverzekeraar maar met een verwijzing van je arts naar reguliere erkende ziekenhuizen in het buitenland. Of dat volledig vergoed wordt, hangt af van de voorwaarden van je verzekeraar. Voor een behandeling, die binnen de basisverzekering valt, heb je meestal een machtiging nodig. Je kunt hiervoor het beste contact opnemen met je zorgverzekeraar en de voorwaarden op de site lezen. Als je een naturaverzekering hebt en je zorgverzekeraar heeft een contract met het ziekenhuis in het buitenland wordt in principe alle zorg vergoed. CZ en VGZ hebben contracten met een aantal ziekenhuizen in België voor borstreconstructies.

Als je een restitutieverzekering hebt wordt er vergoed volgens 100% Nederlands tarief. Helaas gebruiken zorgverzekeraars bij borstreconstructies niet altijd dezelfde code zodat ze tot een verschillend maximaal Nederlands tarief kunnen komen. Dan kan het voorkomen dat de offerte uit het buitenland hoger is dan het bedrag dat je verzekeraar wil vergoeden.

Bij een enkele zorgverzekeraar kun je in de aanvullende verzekering 100% van de kosten vergoed krijgen. Bij sommige verzekeraars kun je daarvoor een aparte module Buitenland afsluiten.

Wordt lipofilling vergoed?

Borstkankervereniging Nederland heeft zich ingezet om dit vergoed te krijgen. Je komt in aanmerking voor vergoeding wanneer sprake is van de correctie van:

- Een volumedefect van de borst dat een minimale diameter van twee centimeter heeft en dat ligt in het décolleté
- Een volumedefect van de borst dat resulteert in asymmetrie (ongelijkheid) van twee cupmaten of meer
- (mogelijke) Complicaties of ernstige pijnklachten als gevolg van een tekort aan subcutane (onderhuidse) weefselbedekking na plaatsing van een prothese

Kan ik specifieke zorgkosten aftrekken van de belasting?

Ja dat kan, maar helaas maar heel beperkt. Het gaat dan om kosten die niet vergoed worden door een instantie, die niet onder WMO2019 of het eigen risico vallen. Je kunt denken aan vervoerskosten, tandzorg, artsenzorg, geneesmiddelen, dieetkosten, extra

kleding en beddengoed. Bewaar overal bonnetjes van. Wat je terugkrijgt, hangt af van de totale kosten en van je inkomen. Op [deze website van Ieder\(in\)](#) vind je daarover meer informatie.

Na chemo (of bestraling in het hoofdhalsg gebied) is mijn gebit zoveel slechter geworden. Wordt het verhelpen van mijn gebitsproblemen vergoed?

Sanering van gebitsproblemen ten gevolge van chemotherapie en bestraling in het hoofdhalsg gebied kan worden gedekt door de basisverzekering. Je tandarts kan hiervoor een aanvraag doen bij de zorgverzekeraar, want dit valt onder bijzondere tandheelkunde. Het kan zijn dat je hiervoor een verklaring of een overzicht (het liefst foto's) nodig hebt van de status van je gebit vóór de chemo (of bestraling) en erna. Je tandarts kan een behandelplan opstellen over het herstellen van de ontstane schade, dat bij de aanvraag om sanering ingediend kan worden.

Wordt je aanvraag door de zorgverzekeraar afgewezen, dan kun je de zorgverzekeraar om een heroverweging vragen. Indien je zorgverzekeraar bij het eerste standpunt blijft, kun je een klacht indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ). Onderaan deze pagina lees je hoe je dat doet. NFK besteedde eerder aandacht aan deze problematiek. [Hier](#) vind je meer informatie.

Wordt constructie van littekens vergoed?

Als er een medische noodzaak voor littekencorrectie is, wordt dat vergoed vanuit de basisverzekering. Van medische noodzaak wordt gesproken als er sprake is van verminking of als het litteken aantoonbare klachten geeft. Meestal moet er van tevoren toestemming gegeven worden door de zorgverzekeraar.

Wordt erfelijkheidsonderzoek vergoed?

Als er een reden is om erfelijkheidsonderzoek te doen, wordt dit vergoed vanuit de basisverzekering. Als je nog geen zorgkosten hebt gemaakt, moet je wel eerst het eigen risico van 385 euro betalen. Als je een budgetpolis hebt, kan het zijn dat je naar een tweedelijns specialist moet om vervolgens naar een klinisch geneticus verwezen te worden. We zijn in gesprek met zorgverzekeraars om te kijken of dat anders kan.

Wat moet ik doen als mijn declaratie (ten onrechte) is afgewezen?

Als je het niet eens bent met de hoogte van vergoeding (of helemaal geen vergoeding krijgt) van bepaalde ziektekosten, dan kun je, binnen 6 weken na dagtekening van de beslissing van je verzekeraar, schriftelijk bezwaar aantekenen bij je zorgverzekeraar.

1. Dien eerst schriftelijk een klacht in bij je verzekeraar
2. Als je er niet uitkomt met je zorgverzekeraar, kun je je wenden tot de [Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen](#) (SKGZ). Die schakelt de Ombudsman Zorgverzekeringen in om te bemiddelen
3. Als bemiddeling door de Ombudsman niet slaagt, dan is er officieel sprake van een geschil. De zaak wordt dan overgedragen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Deze bekijkt de zaak juridisch en doet er vervolgens een bindende uitspraak over. Beide partijen moeten zich daaraan houden. Het kan zijn dat je op een hoorzitting moet verschijnen om je standpunt te verdedigen

4. Je kunt bij vragen en problemen altijd de hulp inroepen van het [Nationale Zorgnummer](#)

In dit [artikel op de website van NLNET](#) (Nederlands Netwerk voor Lymfoedeem & Lipoeedeem) lees je specifiek over de procedure bij het niet vergoeden van chronische oedeemfysiotherapie/huidtherapie, Therapeutische Elastische Kousen (TEK) en compressiehulpmiddelen.

Staat jouw vraag er niet tussen?

Stel je vraag dan aan ons [Serviceteam](#). Jouw vraag en het antwoord kunnen we dan weer toevoegen aan deze pagina.

Auteur: Désirée Hairwassers

Bronnen:

- www.independen.nl
- www.borstkankervragen.nl
- www.Consumentenbond.nl
- www.zorgwijzer.nl

Disclaimer

Hoewel deze informatie met de grootst mogelijke zorgvuldigheid is samengesteld, is Borstkankervereniging Nederland en de schrijfster niet aansprakelijk voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hier aangeboden informatie. Aan de inhoud van deze site kunnen op geen enkele wijze rechten worden ontleend of aanspraken worden gemaakt. We raden je aan om, voordat je handelt op basis van de geboden informatie, eerst bij de zorgverzekeraar te controleren of deze juist is en naar de van toepassing zijnde voorwaarden te vragen.

Datum update: december 2019