

## **FAQ Verzekerden**

### **- Wanneer kan ik een nieuwe zorgverzekering aanvragen?**

Vanaf 12 november moeten de premies van de zorgverzekeraars bekend zijn. Voor het vergelijken duurt het dan nog een aantal dagen voordat wij een vergelijking op basis van dekking en premies voor je kunnen maken. Het is verstandig om tot deze datum te wachten met overstappen, omdat dan pas alle voorwaarden bekend zijn.

Ook als iemand uit het buitenland komt kan er een zorgverzekering worden aangevraagd en personen die 18 jaar worden kunnen zelf een zorgverzekering aanvragen binnen 1 maand nadat zij 18 jaar geworden zijn.

Voor wie de verzekering voor 1 januari 2024 heeft opgezegd kan tot 1 februari 2024 een verzekering aanvragen. Deze gaat dan in met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2024.

### **- Moeten kinderen ook een zorgverzekering afsluiten?**

Ja, kinderen moeten ook een zorgverzekering afsluiten. Het is mogelijk om het kindje bij te schrijven op de polis van de vader of de moeder. De aanvullende dekking van de verzekerde vader of moeder is ook voor het kind van toepassing. Het is verstandig om het kindje op de polis bij de hoogst verzekerde ouder te laten bijschrijven. Het kindje moet binnen 4 maanden worden aangemeld.

### **- Hoe werkt het eigen risico van de zorgverzekering?**

Het verplichte eigen risico is in 2024 gelijk aan afgelopen jaar, dit is € **385,00**. Voor het bezoek aan de huisarts en de huisartsenpost wordt geen eigen risico in rekening gebracht. Ook voor wijkverpleging (let wel op gecontracteerde zorg) en verloskundige- en kraamzorg geldt geen eigen risico. Ook voor vergoedingen vanuit het aanvullende pakket geldt geen eigen risico. Voor kinderen onder de 18 jaar geldt ook geen eigen risico.

### **- Wat is het verschil tussen het eigen risico en de eigen bijdrage?**

Eigen bijdrage en eigen risico zijn verschillende dingen. Het verplichte eigen risico geldt voor de meeste zorg in het basispakket. Voor sommige zorg wordt een eigen bijdrage gevraagd. Dit kan een vast bedrag zijn of een percentage van de kosten. Bijvoorbeeld voor orthopedische schoenen, hoortoestellen en ziekenvervoer.

### **- Waar moet ik op letten bij de keuze van een nieuwe zorgverzekering?**

Het is belangrijk dat jouw zorg gecontracteerd is. Controleer op de website van jouw zorgverzekeraar of jouw ziekenhuis of de behandelaar een contract heeft gesloten met jouw zorgverzekeraar, zodat je de kosten (volledig) vergoed krijgt. Zo kun je een juiste afweging maken of je kiest voor een natura of restitutieverzekering.

- **Ik gebruik medicijnen, kan ik dan overstappen naar een andere zorgverzekeraar?**

Voor medicijnen hanteren zorgverzekeraars een preferentiebeleid. Een preferentiebeleid betekent dat voor ieder medicijn de zorgverzekeraar een voorkeursmedicijn kiest binnen een groep medicijnen met dezelfde werkzame stof. Iedere zorgverzekeraar heeft een eigen beleid.

Als je overstapt naar een andere zorgverzekeraar kan dit als gevolg hebben dat je een ander medicijn krijgt geleverd. En dat je niet zomaar jouw oude medicijn geleverd krijgt. Informeer vooraf over het preferentiebeleid van de andere zorgverzekeraar. Laat je bij jouw keuze niet alleen leiden door de premie.

- **Krijg ik een vergoeding voor fysiotherapie als ik een chronische indicatie heb?**

Voor patiënten van 18 jaar en ouder met een chronische aandoening wordt fysiotherapie en oefentherapie vergoed vanaf de 21e behandeling. Je betaalt de eerste 20 behandelingen dus zelf. Deze 20 behandelingen gelden per aandoening en niet per kalenderjaar. Heb je een aanvullende verzekering met daarin een (nog niet gebruikte) fysiovergoeding? Dan kun je die aanwenden om (een deel) van de eerste twintig behandelingen mee te betalen. Jouw behandelaar weet of jouw aandoening valt onder deze vergoeding.

- **Waar moet ik op letten als mijn kind een beugel nodig heeft?**

Het is belangrijk hoeveel vergoeding je krijgt tijdens de hele fase van de behandeling. Ook is het belangrijk of er medische selectie of wachttijd geldt bij jouw zorgverzekeraar. Sommige verzekeraars hanteren een jaar wachttijd. Je dient dan eerst een jaar verzekerd te zijn voor orthodontie voordat je de kosten vergoed krijgt.

- **Wat zijn de mogelijkheden als ik 18 jaar wordt?**

Als een persoon 18 jaar wordt heeft hij binnen een maand de gelegenheid om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Ook kan hij zijn Basisverzekering ( b.v. natura of restitutie) en aanvullende pakket wijzigen.