

PNOzorg

Zorg **van & voor** creatief Nederland

Vergoedingswijzer 2017

Fijn dat u bij ons verzekerd bent. In deze Vergoedingswijzer kunt u lezen welke behandelingen en verstrekkingen wij vergoeden. Het gaat om alle vergoedingen, zowel die uit de Basisverzekering als uit onze aanvullende verzekeringen.

MijnPNO

In MijnPNO kunt u veel verzekeringszaken online regelen. Met uw DigiD + sms kunt u direct inloggen op MijnPNO.

Liever geen papieren declaraties en overzichten

Wilt u geen papieren overzichten van uw medische kosten ontvangen? Dan kunt u in MijnPNO bij 'Uw Gegevens/Communicatie opties' de papierstroom eenvoudig uitzetten. U kunt al uw overzichten altijd online bekijken.

Kinderen tot 18 jaar

Kinderen tot 18 jaar zijn altijd gratis aanvullend meeverzekerd op de meest uitgebreide verzekering van één van de ouders. Dit geldt ook voor de tandartsverzekering.

PNO Keuze met voordeel

Binnen de aanvullende verzekering PNO Keuze kunt u drie modules uitzetten in ruil voor een lagere premie. Wij noemen dit 'PNO Keuze met voordeel'. Heeft u modules uitgezet? Dan kunt u in deze Vergoedingswijzer zien voor welke vergoedingen u niet meer in aanmerking komt. Voor kinderen tot 18 jaar, die zijn meeverzekerd op een PNO Keuze met voordeel, gelden altijd alle vergoedingen. Dus ook die van de modules die u heeft uitgezet.

Op de hoogte blijven

Een aantal keer per jaar kunt u via e-mail informatie van ons ontvangen over uw zorgverzekering en/of over PNOzorg. Wilt u ook deze e-mail ontvangen? Zorg er dan voor dat u uw e-mailadres in MijnPNO invult bij uw persoonlijke gegevens.

Leeswijzer

In deze Vergoedingswijzer staat die informatie waar de meeste mensen genoeg aan hebben. Bent u op zoek naar de details, dan moet u soms ergens anders kijken. Staat iets cursief gedrukt in de Vergoedingswijzer? Dan vindt u meer informatie in het document met die naam. Alle documenten met aanvullende informatie staan overzichtelijk bij elkaar op www.pnozorg.nl/service/brochures-en-formulieren. Komt u bruine tekst tegen? Dan kan het handig zijn om ook bij die rubriek van de Vergoedingswijzer te kijken. En voor vergoedingen door de Basisverzekering geldt altijd dat de tekst van de Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2017 doorslaggevend is.

Meer informatie

Heeft u na het raadplegen van deze Vergoedingswijzer nog vragen? Of kunt u het document niet vinden? Neem dan gerust contact met ons op via telefoonnummer 030 639 62 62. Naast bellen met het Service Center kunt u uw vraag ook aan ons Webcareteam stellen, via Facebook (www.facebook.com/pnozorg).

Inhoudsopgave

Pag. 5 Uw zorgverzekering in vraag en antwoord

1. Ben ik vrij in mijn keuze voor een arts, ziekenhuis en hulpmiddelenleverancier?
2. Welke kosten krijg ik vergoed?
3. Hoe werkt het eigen risico?
4. Rekent PNOzorg rechtstreeks af met mijn behandelaar of moet ik zelf iets voorschieten?
5. Hoe kan ik een declaratie indienen?
6. Wanneer heb ik toestemming nodig van PNOzorg?
7. Heb ik een verwijzing van de huisarts nodig voor een specialist?
8. Doet PNOzorg aan wachtlijstbemiddeling?
9. Worden zorgkosten die ik in het buitenland maak vergoed?
10. Welke wijzigingen moet ik doorgeven aan PNOzorg?
11. Als ik medische kosten maak na een ongeval waarvoor iemand anders aansprakelijk is, vergoedt PNOzorg dan de schade?
12. Wat als ik het niet eens ben met een beslissing van PNOzorg?

Pag. 10 Trefwoordenregister

Pag. 12 PNO ZorgConsulent

Pag. 13 Vergoedingsvoorwaarden

Uw zorgverzekering in vraag en antwoord

1. Ben ik vrij in mijn keuze voor een arts, ziekenhuis en hulpmiddelenleverancier?

Bij PNOzorg staat uw keuze voor een zorgverlener voorop. Of het nu gaat om het ziekenhuis, uw arts, de fysiotherapeut of een hulpmiddelenleverancier: u heeft bij ons optimale vrijheid. Uw verzekering is een restitutieverzekering. PNOzorg verzekert de **kosten van zorg** bij de zorgverleners die u zelf kiest. En niet, zoals veel andere verzekeringen, alleen **de zorg** van een door de verzekeraar aangewezen ziekenhuis of arts. Om de tekst kort en leesbaar te houden, schrijven we in deze Vergoedingswijzer dat uw verzekering de zorg vergoedt. We bedoelen dan echter dat uw verzekering de kosten van zorg vergoedt.

De PNO ZorgConsulenten kunnen u helpen bij het kiezen van een zorgverlener. Zij zijn bereikbaar via het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04 en nemen alle tijd om uw vragen te beantwoorden.

2. Welke kosten krijg ik vergoed?

De overheid heeft de wettelijke Basisverzekering samengesteld. Deze geldt in principe voor iedere inwoner van Nederland. Hiermee bent u verzekerd tegen de kosten van:

- geneeskundige zorg, bijvoorbeeld zorg door huisartsen, ziekenhuizen, medisch specialisten en verloskundigen;
- opname in het ziekenhuis;
- verpleging en verzorging zonder verblijf;
- kortdurend eerstelijnsverblijf;
- geestelijke gezondheidszorg;
- behandeling van zintuiglijk gehandicapten;
- mondzorg (tot 18 jaar, daarboven alleen bijzondere tandheelkunde en het kunstgebit);
- hulpmiddelen;
- geneesmiddelen;
- kraamzorg;
- ziekenvervoer (ambulance en zittend vervoer);
- paramedische zorg (beperkt fysiotherapie/oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek).

De overheid heeft bepaald dat de Basisverzekering geen dekking biedt als zorg(diensten) al in een andere wet – zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), Jeugdwet of Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) – zijn geregeld. Dat geldt ook als u die zorg of diensten niet toereikend vindt.

U kunt kiezen voor een aanvullende verzekering. PNOzorg biedt vijf aanvullende verzekeringen: PNO Start, PNO Standaard, PNO Keuze, PNO Extra en PNO Compleet. Voor een aanvullende tandartsverzekering kunt u kiezen uit Tandarts Start, Tandarts Standaard, Tandarts Extra en Tandarts Compleet. Voor de Extra en Compleet verzekeringen geldt een acceptatieprocedure.

In deze Vergoedingswijzer ziet u per behandeling of deze al dan niet wordt vergoed uit de Basisverzekering of aanvullende verzekering, en welke voorwaarden zijn verbonden aan vergoeding van de kosten. Voor de aanspraken van de Basisverzekering is de Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2017 echter leidend. De overeenkomst is in te zien via onze website www.pnozorg.nl/service/brochures-en-formulieren of op te vragen bij het PNO Service Center via telefoonnummer 030 639 62 62.

3. Hoe werkt het eigen risico?

Voor iedere verzekerde van 18 jaar en ouder geldt een verplicht eigen risico van € 385 per persoon per kalenderjaar.

U betaalt het eigen risico alleen bij vergoedingen uit de Basisverzekering. En dus niet bij kosten die worden vergoed door de aanvullende verzekering(en).

Bovenop het verplichte eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per persoon per jaar. Bij een hoger vrijwillig eigen risico betaalt u minder premie voor de Basisverzekering.

Maakt u medische kosten die vergoed worden door de Basisverzekering? Dan wordt op deze vergoeding eerst het verplichte eigen risico ingehouden. Heeft u ook een vrijwillig eigen risico en zijn de medische kosten hoger dan € 385? Dan wordt na het verplichte eigen risico het vrijwillig eigen risico ingehouden op de vergoeding.

De volgende zorg valt buiten het verplichte en het vrijwillige eigen risico:

1. huisartsenzorg, waaronder ook de kosten van inschrijving bij de praktijk en van multidisciplinaire eerstelijnszorg. Voor onderzoek buiten de praktijk dat apart in rekening wordt gebracht en voor kortdurend eerstelijnsverblijf betaalt u wel eigen risico;
2. verpleging en verzorging;
3. preventieve zorgprogramma's opgenomen in het *Overzicht aangewezen programma's voor preventieve zorg 2017*;
4. kosten van de *Beoordeling van chronisch receptplichtig medicatiegebruik* door een door PNOzorg aangewezen apotheek. De kosten van de geneesmiddelen zelf vallen wel onder het eigen risico;
5. verloskundige zorg en kraamzorg. Hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, ambulancevervoer of onderzoek buiten de verloskundigenpraktijk valt wel onder het eigen risico;
6. nacontrole van u als donor na een half jaar (bij levertransplantatie) of 13 weken (bij donatie van overige organen en weefsels) na de ontslagdatum van de opname voor de selectie en verwijdering van het orgaan, en de door u als donor gemaakte kosten van vervoer die vergoed worden door de Basisverzekering;
7. bruikleen van hulpmiddelen. De daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.

Wilt u informatie over uw eigen risico, of wilt u de hoogte van uw vrijwillig eigen risico per 1 januari van het nieuwe jaar veranderen? Neem dan contact op met het PNO Service Center via telefoonnummer 030 639 62 62. U kunt de wijzigingen ook doorgeven via MijnPNO op www.pnozorg.nl.

4. Rekent PNOzorg rechtstreeks af met mijn behandelaar of moet ik zelf iets voorschieten?

Steeds vaker rekenen ziekenhuizen en behandelaars rechtstreeks met ons af.

Krijgt u wel een rekening? Dan bent u zelf verantwoordelijk voor tijdige betaling daarvan. U kunt de rekening bij PNOzorg declareren. Wij adviseren om uw declaraties snel bij PNOzorg in te dienen. Wij betalen de vergoeding meestal binnen vijf werkdagen aan u uit.

5. Hoe kan ik een declaratie indienen?

U kunt declaraties digitaal indienen of per post versturen.

Digitaal declareren

Het digitaal indienen van rekeningen is eenvoudig en werkt sneller dan het declareren met formulieren.

U kunt op twee manieren uw declaraties digitaal indienen:

1. U logt in op MijnPNO via www.pnozorg.nl. U neemt de gegevens van de rekening(en) die u heeft ontvangen over in het online declaratieformulier en u voegt u een duidelijke scan of foto van de rekening(en) toe. Daarna verstuurt u alles naar PNOzorg. PNOzorg keert meestal binnen vijf werkdagen aan u uit.
2. Via de app van PNOzorg. Daarmee kunt u declareren door een foto te maken van de rekening(en) die u heeft ontvangen, en deze met de aanvullende informatie naar PNOzorg te sturen. PNOzorg keert meestal binnen vijf werkdagen aan u uit.

Digitale rekeningen worden net zo veilig en correct behandeld als rekeningen op papier.

U moet de originele rekeningen wel een jaar bewaren voor controledoeleinden.

Per post declareren

U kunt declaraties ook via een declaratieformulier indienen. Als uw declaratie door PNOzorg is verwerkt, krijgt u automatisch een nieuw declaratieformulier toegestuurd.

Extra declaratieformulieren kunt u aanvragen via telefoonnummer 030 639 62 62 of downloaden via onze website www.pnozorg.nl.

U moet het declaratieformulier zo volledig mogelijk invullen en ondertekenen. Ook vragen wij om de originele nota's, die volledig gespecificeerd moeten zijn en op uw naam moeten staan.

Voor een snelle afwikkeling van uw ingestuurde declaraties is het belangrijk om

- rekeningen snel in te sturen, dus ze niet op te sparen
- alleen originele rekeningen mee te sturen en kopieën te maken voor uw eigen administratie
- als dat nodig is een toelichting mee te sturen (dit staat aangegeven bij de betreffende vergoeding).

U stuurt de declaraties naar PNOzorg, Postbus 463, 3990 GG Houten.

6. Wanneer heb ik toestemming nodig van PNOzorg?

Voor veel behandelingen heeft u vooraf geen toestemming van PNOzorg nodig. Soms moet u wel een verklaring van uw behandelaar – bijvoorbeeld over de aard van uw aandoening of behandeling – met uw declaratie meesturen. Of dat moet, staat in deze Vergoedingswijzer bij het betreffende onderwerp vermeld. Om een vergoeding te krijgen, moet een behandeling wel altijd medisch noodzakelijk en doelmatig zijn.

Voor een aantal behandelingen heeft u wel toestemming nodig. U kunt de behandeling altijd laten uitvoeren, maar zonder toestemming vooraf krijgt u in principe geen (volledige) vergoeding van de kosten. Om toestemming te krijgen, moet u (of uw behandelaar) een gemotiveerd, schriftelijk verzoek om toestemming bij PNOzorg indienen. PNOzorg beoordeelt of aan de vereisten voor toestemming wordt voldaan. In deze Vergoedingswijzer kunt u per onderwerp lezen of u toestemming nodig heeft.

In de meeste gevallen moet het toestemmingsverzoek door uw behandelend arts worden opgesteld. De meeste behandelaren en leveranciers weten hoe de toestemmingsprocedure werkt en regelen het aanvragen voor u. Een enkele keer moet u zelf een verzoek indienen.

Is toestemming nodig? Spreek dan met uw behandelaar af wie de toestemming aanvraagt.

In sommige gevallen moet een formulier worden gebruikt. U downloadt formulieren via onze website www.pnozorg.nl of vraagt ze aan door te bellen naar het PNO Service Center via telefoonnummer 030 639 62 62.

7. Heb ik een verwijzing van de huisarts nodig voor een specialist?

Medisch-specialistische zorg wordt alleen vergoed na een verwijzing. Deze verwijzing kan van uw huisarts komen, maar ook van de bedrijfsarts, een andere medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen. Bij spoedeisende behandeling is geen verwijzing nodig.

De verwijzing moet zijn gegeven voordat u naar de medisch specialist gaat. U hoeft geen verwijsbriefjes op te sturen, tenzij PNOzorg deze bij u opvraagt.

8. Doet PNOzorg aan wachtlijstbemiddeling?

De PNO ZorgConsulent helpt op uw verzoek bij het verkorten van de wachttijd voor een consult of een behandeling. Bel de PNO ZorgConsulent via het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.

9. Worden zorgkosten die ik in het buitenland maak vergoed?

1. Spoedeisende zorg bij (tijdelijk) verblijf in het buitenland

Spoedeisende zorg is geneeskundige zorg die niet kan worden uitgesteld. Daarbij gaat het niet om kosten die bij vertrek redelijkerwijs te voorzien waren. Heeft u een Basisverzekering? Dan krijgt u vergoeding voor de kosten van zowel spoedeisende als niet-spoedeisende zorg tot het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. Is de zorg in het buitenland duurder en is de zorg spoedeisend en onvoorzien? Dan worden de meerkosten vergoed door de aanvullende verzekering PNO Buitenland. Daarbij geldt als voorwaarde dat u niet langer dan 180 aaneengesloten dagen in het buitenland verblijft.

Heeft u een Basisverzekering en verblijft u in een EU-, EER- of verdragsland, dan kunt u in plaats van bovenstaande regeling ook kiezen voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag. U moet dan wel uw Europese zorgpas (European Health Insurance Card/EHIC) aan de zorgverlener tonen.

Bij ziekenhuisopname in het buitenland of bij een medische noodsituatie moet u contact opnemen met PNO Zorgassistance via telefoonnummer +31 (0)88 668 97 71. Dit nummer staat ook op de achterkant van uw PNO-verzekeringspas. PNO Zorgassistance betaalt de ziekenhuisopname en handelt de persoonlijke zorgverlening af.

2. Naar het buitenland om daar een medische behandeling te ondergaan

Als u zorg krijgt waarvoor u in Nederland vooraf toestemming moet hebben van PNOzorg, dan heeft u die toestemming uiteraard ook nodig als u die zorg in het buitenland krijgt. Uit de (buitenlandse) rekeningen moet duidelijk blijken om welke verzekerde het gaat en welke behandelingen zijn verricht.

Heeft u een Basisverzekering? Dan krijgt u vergoeding voor de kosten tot maximaal het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. Is de zorg in het buitenland duurder, dan worden de meerkosten van medisch-specialistische zorg in België of Duitsland vergoed door de aanvullende verzekering PNO Buitenland. Hiervoor dient u vooraf contact op te nemen met de PNO ZorgConsulent.

Heeft u een Basisverzekering en verblijft u in een EU-, EER- of verdragsland, dan kunt u in plaats van bovenstaande regeling ook kiezen voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag. Als u hiervan gebruik wilt maken, moet u vooraf contact opnemen met het PNO Service Center via telefoonnummer 030 639 62 62.

10. Welke wijzigingen moet ik doorgeven aan PNOzorg?

Gebeurtenissen die van belang zijn voor juiste uitvoering van de verzekering, zoals een verhuizing, huwelijk, echtscheiding of geboorte van een kind, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Dat kan via MijnPNO op www.pnozorg.nl, of via het PNO Service Center via telefoonnummer 030 639 62 62.

11. Als ik medische kosten maak na een ongeval waarvoor iemand anders aansprakelijk is, vergoedt PNOzorg dan de schade?

Ja, maar u bent wel verplicht aan PNOzorg te melden dat er een derde voor de schade aansprakelijk is. PNOzorg kan dan de schade verhalen op de aansprakelijke persoon of diens verzekeraar. Op het declaratieformulier moet u in voorkomende gevallen aangeven dat het gaat om kosten die zijn gemaakt als gevolg van zo'n ongeval. Als u zorgkosten maakt in het buitenland vragen wij u ook om op het declaratieformulier informatie over uw reisverzekering op te geven. PNOzorg kan mogelijk een deel van de kosten bij uw reisverzekeraar verhalen. Heeft u een aanvullende tandartsverzekering, dan bent u verzekerd voor tandheelkundige zorg na een ongeval.

12. Wat als ik het niet eens ben met een beslissing van PNOzorg?

Als u het niet eens bent met een door PNOzorg genomen beslissing, dan kunt u ons vragen deze te heroverwegen. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van PNOzorg.

Als u er met PNOzorg niet uit komt, dan kunt u of kan de verzekeringnemer een klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ zal in eerste instantie door bemiddeling de klacht proberen op te lossen. Als dit niet tot resultaat heeft geleid, kunt u of kan de verzekeringnemer het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Zij brengt een voor partijen bindend advies uit. U kunt dit doen door een brief (in het Nederlands of het Engels) te schrijven naar:

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 088 900 6 900

E-mail: info@skgz.nl

Internet: www.skgz.nl

Er geldt een indieningstermijn. Deze staat in artikel 10 van de Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2017.

De bevoegde rechter kan zich ook over het geschil buigen.

Klachten over formulieren van PNOzorg kunt u of kan de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht moet gaan over formulieren die overbodig of te ingewikkeld zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend. U kunt uw klacht sturen naar:

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. De Informatielijn / het Meldpunt

Postbus 3017

3502 GA Utrecht

Telefoon: 088 770 87 70

E-mail: informatielijn@nza.nl

Internet: www.nza.nl

Trefwoordenregister

A t/m E	Pagina
acnebehandeling	53
acupunctuur	46
afstandsbediening hoortoestel	33
alarmcentrale	7, 58
alarmeringssysteem	37
alternatieve (genees)middelen	30, 46
alternatieve geneeswijzen	46
ambulance	42
anticonceptie	31
antroposofische geneeswijzen	46
apotheek	29
audiologische zorg	18
basis-ggz	43
basisarts	66
bekkentherapie	20
bevalling	38, 39, 40
bevalling-tens	40
beweegprogramma's bij kanker	52
blindengeleide- en hulphonden	17
borstprothese	32
borstvergroting	14
borstvoedingsproblemen	40
bril	35
buitenland	56 t/m 62
camouflagetherapie	53
Cesar oefen therapie	20
check-up	51
combinatietest	38
condooms	65
contactlenzen	35
correctie bovenoogleden	14
correctie oorstand	14
coulanceregeling	66
depressieve stoornis	36, 49
diëtetiek (dieetadvisering)	22
dieetpreparaten	30
dialyse	17
echo	38
eerstelijnsverblijf	23
elastische kous	32
elektrisch epilieren	53
elektrostimulator	32
enzymtherapie	46
erfelijkheidsonderzoek	18
ergotherapie	21
etalagebenen	20

F t/m L	Pagina
family care	63
farmaceutische zorg	29
flaporen	14
fysiotherapie	20
gedragstherapie	49, 51
geestelijke gezondheidszorg (ggz)	43, 44, 45
gehoorapparaat	18, 32, 33
gehoorhulpmiddelen	18, 32, 33
geneeskundige zorg in het buitenland	56 t/m 62
geneesmiddelen	30
geriatrische revalidatie	16
gespecialiseerde ggz	44, 45
gezichtshulpmiddelen	32
gezondheidscheck-up	51
griep prik	47
haarwerk	32
hardheidsclausule	42
herstellingsoord	64
hersteloperatie na sterilisatie	14
homeopathie	46
hoortoestel	33
hoorzorg	18
hospice	41
huidtherapie	54
huisarts	23
hulpmiddelen	32
incontinentie	20
infuuspompen	32
injectiespuiten	32
intensieve kindzorg (IKZ)	19
ivf	15
kaakchirurg	24, 25, 26
klinisch psycholoog	43, 44, 45
kortdurend eerstelijnsverblijf	23
kraampakket	40
kraamzorg	38, 39
kunstgebit	26, 27
kuuroord	64
lactatiekundige	40
laserontharing	53
lichttherapie	36
liposculptuur	14
liposuctie	14
littekentherapie	20, 21
logopedie	22
loophulpmiddelen	34
lymfoedeem	21

M t/m R	Pagina
Mammaprint	13
manuele geneeskunde	46
medisch specialist	13
Mensendieck oefentherapie	20
mondhygiënist	24, 27, 28
mondzorg	24
natuurgeneeswijze	47
NIPT	38
obesitas	54
oedeem	20, 21
oefentherapie	20, 53
Oncotype DX	13
ooglaseren	35
ooglidcorretie	14
oogprothesen	32
opname (eerstelijnsverblijf)	23
opname (ziekenhuis)	13
opname (ggz)	45
orthese	54
orthodontist	25, 27
orthomanuele geneeswijze	46
orthomoleculaire geneeskunde	46
osteopathie	46
ouderverblijf bij opname kind	65
overgangsconsulent	55
overgewicht	54
paniekstoornis	51
paramedische zorg	20
pedicure	55
persoonsgebonden budget (pgb)	19
pessarium	37
plastische chirurgie	14
plaswekker	36
podologie	54
podotherapeutische supplementen	54
podotherapie	54
preventieve zorg	47 t/m 51
pruik	32
psychiater	43, 44, 45
psycholoog	43, 44, 45
psychotherapeut	43, 44, 45
re-integratie	66
refractiechirurgie	35
reiskosten ziekenbezoek	64
repatriëring	59
revalidatie	16

R t/m Z	Pagina
rolstoeltaxi	42
Ronald McDonald Huis	65
schoenvoorzieningen	32
second opinion	62
snurken, anti-snurk apparatuur	35
snurken, anti-snurk behandeling	18
solo-apparatuur	32
spiraaltje	37
spoedeisende zorg in het buitenland	56, 59
sportmedisch onderzoek en advies	63
sterilisatie	14
steunpessarium	36
steunzolen	34
stoppen met roken	48
stottertherapie	55
tandarts	24 t/m 28
tandprothetisch	24, 26, 28
taxivervoer	42
thuisdialyse-apparatuur	17
tinnitusmaskeerder	33
trombose-zelfcontrole (bloedstolling)	32
urine-incontinentie	20
vaccinaties	47
vasectomie	14
verbandmiddelen	32
verhaalsbijstand	66
verloskundige zorg	38
vernevelaars	32
verpleging en verzorging	19
verslaving	43, 44
vervoer naar plaats van behandeling	43
verzorgingsmiddelen	32
voetzorg bij diabetes	47
vruchtbaarheidsbehandeling	15
warmwatergroepstherapie	52
wijkverpleging	19
zelfmeetapparatuur voor bloedstolling	32
zelfzorggeneesmiddelen	30
ziekenhuis	13
ziekenvervoer	41, 42
zintuiglijk gehandicaptenzorg	17
ZorgConsulent	12
zorghotel	64
zuurstofapparaten	32

PNO ZorgConsulent

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van PNOzorg. Dat houdt in dat wij meer doen dan het uitbetalen van nota's. U kunt bij ons terecht voor wachtlijstbemiddeling, het regelen van zorg en informatie over gezondheid, ziekte, preventie, zorg en het persoonsgebonden budget. Hiervoor kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent.

De ZorgConsulent regelt het graag voor u

- bemiddeling om de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname te verkorten
- jaarlijkse gezondheidscheck-up of sportcheck-up als u een aanvullende verzekering PNO Start of hoger heeft
- voorlichting, advies of informatie over mogelijke behandelmethoden of een operatie
- telefonisch contact met een arts of diëtist voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen of voeding
- begeleiding en advies bij het regelen van een second opinion
- informatiemateriaal over gezond leven, bewegen en voeding
- het zoeken van een zorgverlener, bijvoorbeeld huisarts, tandarts of psycholoog
- informatie over patiëntenverenigingen
- informatie over mantelzorg
- informatie over het persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging (Zvw-pgb)

Het kan zijn dat PNOzorg toestemming moet geven voor behandelingen waarnaar de ZorgConsulent u bemiddelt. De ZorgConsulent zal u hierop wijzen. Meer informatie vindt u verderop in deze Vergoedingswijzer.

U kunt contact opnemen met de PNO ZorgConsulent op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.

De Persoonlijke ZorgConsulent

De Persoonlijke ZorgConsulent is er voor al uw vragen over

- prostaatkanker en diagnostiek
- borstkanker en diagnostiek
- gezondheid (leefstijladviezen en leefstijlinterventie).

Uw Persoonlijke ZorgConsulent is dé vraagbaak voor al uw (zorg)vragen. Een ZorgConsulent die zich verdiept in uw situatie en u telefonisch zoveel mogelijk begeleidt in het traject dat voor u ligt. Omdat u te maken heeft met één persoon, hoeft u uw verhaal niet telkens opnieuw te doen. Dat is wel zo fijn. De Persoonlijke ZorgConsulent is er voor u!

Zorg in het ziekenhuis of een instelling

Medisch-specialistische zorg

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Zorg waarbij een medisch specialist hoofdbehandelaar is, ook wel ziekenhuiszorg genoemd.				
Waar kan ik terecht	In een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum of de eigen praktijk van de medisch specialist.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt de behandeling door een medisch specialist, en de kosten van opname in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	<p>U moet voordat u naar de medisch specialist gaat een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen.</p> <p>Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing nodig.</p> <p>Staat de behandeling op de <i>Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg 2017</i>? Dan moet PNOzorg toestemming hebben gegeven voordat de behandeling begint.</p>				
Waar moet ik op letten	<p>De volgende behandelingen staan apart vermeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • plastische chirurgie • sterilisatie en hersteloperatie • vruchtbaarheidsbehandeling • chirurgische tandheelkundige zorg (kaakchirurgie) • behandeling tegen snurken • gespecialiseerde ggz 				

Aanvullende diagnostiek bij borstkanker

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	100%	100%	100%	100%
Wat	MammaPrint en Oncotype DX zijn testen voor borstkankerpatiënten waarmee het risico op uitzaaiing beter kan worden bepaald. De uitkomst kan de medisch specialist en u helpen bij de keuze van de (vervolg)behandeling.				
Waar kan ik terecht	De behandelend medisch specialist vraagt de aanvullende diagnostiek aan.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger vergoeden de aanvullende diagnostiek.				
Wat betaal ik zelf	Medisch-specialistische zorg bij borstkanker valt onder de Basisverzekering. Daarvoor geldt het eigen risico. Deze aanvullende diagnostiek valt onder de aanvullende verzekering. Daarvoor betaalt u geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	De diagnostiek moet zijn voorgeschreven door de behandelend medisch specialist.				

Plastische chirurgie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100% in bepaalde gevallen	0%	0%	0%	50% in bepaalde gevallen	100% in bepaalde gevallen
Wat	Plastische chirurgie is het operatief verbeteren van het functioneren van lichaamsdelen en het corrigeren van verminkingen.				
Waar kan ik terecht	Een medisch specialist.				
Wat krijg ik vergoed	<p>De Basisverzekering vergoedt plastische chirurgie als het gaat om</p> <ul style="list-style-type: none"> • uiterlijke afwijkingen die uw lichamelijk functioneren beperken • verminking door ziekte, ongeval of medische handeling • verlamde of verslakte bovenoogleden, als u daardoor een ernstige gezichtsveldbeperking heeft, of als dit door een aangeboren afwijking komt • bepaalde aangeboren afwijkingen • correctie van geslachtskenmerken bij transseksualiteit <p>De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden de in de tabel hierboven genoemde percentages als het gaat om</p> <ul style="list-style-type: none"> • correctie van de bovenoogleden • correctie van de stand van de oren • het operatief vervangen van borstprothesen • plastische chirurgie aan de buik 				
Wat betaal ik zelf	Voor zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico. Bij de aanvullende verzekering PNO Extra betaalt u 50% van de zorgkosten zelf.				
Wat moet ik zelf doen	<p>U moet voordat u naar de medisch specialist gaat een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een andere medisch specialist, jeugdarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts.</p> <p>Staat een behandeling die onder de Basisverzekering valt op de <i>Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg 2017</i>? Dan moet PNOzorg toestemming hebben gegeven voordat de behandeling begint.</p> <p>Voor behandelingen die onder de aanvullende verzekering vallen moet PNOzorg altijd toestemming hebben gegeven.</p> <p>De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van uw behandelend arts.</p>				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt niet: behandelingen die vooral een cosmetisch doel hebben.				

Sterilisatie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	50% (alleen sterilisatie)	75% (sterilisatie en hersteloperatie)
Wat	Sterilisatie bij man (vasectomie) of vrouw, of een hersteloperatie na eerdere sterilisatie.				
Waar kan ik terecht	Een medisch specialist of (voor vasectomie) de huisarts.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden de in de tabel hierboven genoemde percentages.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Bij de aanvullende verzekering PNO Extra betaalt u 50% zelf. Bij PNO Compleet betaalt u 25% zelf.				

Vruchtbaarheidsbehandeling

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100% voor - medisch-specialistische zorg bij ki- of iui-behandeling en bij ovulatie-inductie - eerste, tweede en derde ivf/icsi poging - invriezen van embryo's	0%	0%	0%	0%	100% voor - vierde poging ivf/icsi inclusief geneesmiddelen - invriezen van semen en/of eicellen
Wat	Zorg als het niet lukt om zwanger te worden: kunstmatige inseminatie (ki, iui) en de zogenoemde reageerbuisbevruchting (ivf of icsi). Hieronder vallen ook de geneesmiddelen die daarbij nodig zijn.				
Waar kan ik terecht	Een medisch specialist.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt kunstmatige inseminatie, en bij reageerbuisbevruchting per beoogde zwangerschap de eerste, tweede en derde poging. De vrouw moet jonger zijn dan 43 jaar. De aanvullende verzekering PNO Compleet vergoedt daar bovenop het invriezen van zaad- en/of eicellen en een vierde poging inclusief de noodzakelijke geneesmiddelen.				
Wat betaal ik zelf	Voor zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	<p>U moet voordat u naar de medisch specialist gaat een verwijzing hebben van uw huisarts of een andere medisch specialist.</p> <p>De aanvullende verzekering PNO Compleet vergoedt een vierde poging alleen als PNOzorg toestemming heeft gegeven voordat de behandeling begint. De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van de behandelend specialist, waaruit de medische indicatie blijkt.</p>				
Waar moet ik op letten	<p>Wijst de Hunault score op een goede kans op natuurlijke zwangerschap? Dan wordt de eerste poging pas vergoed als dat lange tijd niet lukt.</p> <p>Bent u als vrouw jonger dan 38 jaar? Dan wordt bij de eerste en tweede poging alleen het terugplaatsen van één embryo per keer vergoed.</p> <p>In artikel 6 van de Overeenkomst Basisverzekering 2017 staat wat als poging geldt.</p> <p>De geneesmiddelen betaalt u niet apart, maar via het tarief van het ziekenhuis.</p>				

Medisch-specialistische revalidatie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Als u door ziekte, een aandoening of een ongeval niet goed (meer) kunt functioneren, kan revalidatie nodig zijn. Vaak kan dat met bijvoorbeeld fysiotherapie en oefentherapie of ergotherapie . Dan geldt de bij die zorg beschreven dekking. Heeft u problemen op meerdere gebieden (zoals mobiliteit, zelfverzorging en communicatie), dan kan medisch-specialistische revalidatie nodig zijn. Medisch-specialistische revalidatie kan variëren van behandeling door een revalidatiearts tot intensieve behandeling door verschillende disciplines. Tijdens de medisch-specialistische revalidatie werkt u aan een zo goed mogelijk herstel van uw zelfstandigheid.				
Waar kan ik terecht	Een revalidatiearts (en eventueel andere zorgverleners onder zijn leiding) in een ziekenhuis of een revalidatie-instelling. De behandeling is meestal poliklinisch. U wordt opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met een poliklinische behandeling.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische revalidatie, en de opname in de instelling als daarmee snel betere resultaten te verwachten zijn.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat u naar de zorgverlener gaat een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een jeugdarts of een andere medisch specialist. Daarnaast moet de revalidatiearts een indicatie voor de zorg hebben gesteld. Gaat het om intensieve behandeling door verschillende disciplines, dan moet dat uit de indicatie blijken. Geriatrische revalidatie (voor ouderen) staat hierna apart vermeld.				

Geriatrische revalidatie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Revalidatie gericht op kwetsbare ouderen met meerdere gezondheidsproblemen die in het ziekenhuis zijn behandeld, bijvoorbeeld na een beroerte, of voor een nieuwe knie of heup. De geriatrische revalidatie is gericht op terugkeer naar huis. De geriatrische revalidatie start binnen een week na een ziekenhuisopname. Bij een acuut gezondheidsprobleem kan de zorg ook volgen op een bezoek aan de spoedeisende hulp of de polikliniek voor ouderenzorg (geriatrie).				
Waar kan ik terecht	De revalidatie start in een verpleeghuis of soortgelijke instelling, op een speciale afdeling voor deze zorg. Zorgverleners van verschillende disciplines werken samen met u aan uw herstel, onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts. Deze stelt ook het behandelplan op. De zorg kan overgaan in dagbehandeling, waarbij u weer naar huis gaat.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt geriatrische revalidatie, in principe voor maximaal zes maanden.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voor deze zorg een indicatie hebben. Bent u opgenomen in het ziekenhuis, dan stelt uw medisch specialist de indicatie, in overleg met een specialist ouderengeneeskunde. In andere gevallen stelt een klinisch geriater of een internist-ouderengeneeskunde de indicatie.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt geriatrische revalidatie na de zesde maand alleen na toestemming.				

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Zintuiglijk gehandicaptenzorg is zorg aan kinderen en volwassenen met zintuiglijke beperkingen. Zintuiglijke beperkingen zijn blindheid en slechtziendheid, doofheid en slechthorendheid, en problemen met communiceren door een gestoorde taalontwikkeling. De zorg kan bestaan uit onderzoek van de beperking, maar kan ook gericht zijn op het opheffen of compenseren ervan, door bijvoorbeeld het aanleren van brailleschrift of gebarentaal.				
Waar kan ik terecht	Een instelling voor zintuiglijk gehandicaptenzorg. De instelling moet ISO- of HKZ-gecertificeerd zijn, en wettelijk toegelaten voor deze zorg of aangesloten bij VIVIS of SIAC. Een multidisciplinair team verleent de zorg. Het gaat meestal om zorg zonder opname. Als de behandeling zonder opname niet kan slagen, verblijft u ook (tijdelijk) in de instelling.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt zintuiglijk gehandicaptenzorg gericht op het leren omgaan met de zintuiglijke beperking, het opheffen of het compenseren ervan. Het doel van de zorg is om (weer) zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Als de behandeling zonder opname niet kan slagen, vergoedt de Basisverzekering ook de opname in de instelling. De vergoeding bij communicatieproblemen door een gestoorde taalontwikkeling geldt alleen onder 23 jaar.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	<p>U moet voordat u naar de zorgverlener gaat een verwijzing hebben</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij auditieve of communicatieve beperking: van een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum, gebaseerd op de richtlijnen van de FENAC • bij visuele beperking: van een medisch specialist, gebaseerd op de richtlijn 'Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing' van het NOG. <p>Bij een nieuwe zorgvraag na deze verwijzing kan ook uw huisarts of een jeugdarts verwijzen, als de stoornis tussentijds niet is gewijzigd.</p> <p>Moet u voor de zorg worden opgenomen? Dan moet PNOzorg vooraf toestemming hebben gegeven. De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van de hoofdbehandelaar.</p>				
Waar moet ik op letten	<p>Onder zintuiglijk gehandicaptenzorg vallen niet</p> <ul style="list-style-type: none"> • zorg door de dovertolk en anderen die bij maatschappelijk functioneren ondersteunen • complexe, langdurige en levensbrede zorg aan doofblinden en vroeg-doven <p>De kosten van vervoer naar de instelling bij slechtziendheid vallen onder zittend ziekenvervoer.</p>				

Dialyse

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Dialyse (hemodialyse, peritoneaal dialyse) is de behandeling die de nierfunctie vervangt.				
Waar kan ik terecht	In een dialysecentrum of bij u thuis.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt de dialyse en de bijkomende kosten. Bij behandeling in een dialysecentrum zijn dat de kosten van medisch-specialistische zorg, geneesmiddelen en psychosociale zorg in verband met de dialyse. Bij thuisdialyse worden daarnaast vergoed: opleiding door het dialysecentrum, (bruikleen van) de dialyseapparatuur, de chemicaliën en vloeistoffen, en de assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Waar moet ik op letten	Een deel van de zorg valt onder hulpmiddelen algemeen .				

Erfelijkheidsonderzoek

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Onderzoek of u een erfelijke ziekte of aandoening heeft, en of u die kunt doorgeven. Het onderzoek kan bestaan uit medisch onderzoek, laboratoriumonderzoek of stamboomonderzoek. Advies over erfelijke ziekte en psychosociale begeleiding rond erfelijkheid vallen hier ook onder.				
Waar kan ik terecht	Een medisch specialist van een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, ook wel klinisch genetisch centrum genoemd.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt erfelijkheidsonderzoek.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Waar moet ik op letten	U moet voordat u naar de zorgverlener gaat een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts of een medisch specialist.				

Audiologische zorg ('hoorzorg')

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Het opsporen en behandelen van hoorproblemen. Hieronder valt naast onderzoek van uw gehoor ook advies over hoorapparatuur, onderzoek naar taal- en spraakstoornissen bij kinderen en psychosociale zorg bij slechthorendheid en doofheid.				
Waar kan ik terecht	Een audioloog of een KNO-arts, in een audiologisch centrum.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt audiologische zorg.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat u naar het audiologisch centrum gaat een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een kinderarts, KNO-arts, specialist ouderengeneeskunde of een jeugdarts.				
Waar moet ik op letten	Hoorapparatuur valt onder hoortoestellen .				

Behandeling tegen snurken

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	0%	75%
Wat	Een poliklinische ingreep om snurken tegen te gaan.				
Waar kan ik terecht	Een KNO-arts.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Compleet vergoedt de behandeling voor 75%.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. 25% van de kosten betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg moet toestemming hebben gegeven voordat de behandeling begint. De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van de behandelend arts.				
Waar moet ik op letten	Anti-snurkapparaten staan apart vermeld.				

Verpleegkundige zorg

Verpleging en verzorging ('wijkverpleging')

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Verpleging en/of verzorging in de eigen omgeving, ook wel wijkverpleging genoemd. Het kan bijvoorbeeld gaan om wondverzorging, of hulp bij het douchen, bij het aantrekken van steunkousen of bij het gebruik van medicijnen. Verpleging thuis onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist van het ziekenhuis valt hier ook onder. Verpleging en verzorging voor kinderen met ernstige medische problemen (intensieve kindzorg) en in de laatste levensfase (palliatief terminale zorg) vallen ook onder deze rubriek. Deze zorg wordt soms buiten de eigen omgeving, in een instelling verleend.				
Waar kan ik terecht	Een thuiszorgorganisatie, of een zelfstandig werkende verpleegkundige, verpleegkundig specialist of verzorgende. Voor verblijf bij intensieve kindzorg, tot 18 jaar: in een verpleegkundige kinderdagopvang of een verpleegkundig kindzorghuis.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt verpleging en verzorging. De wijkverpleegkundige bepaalt in een zogenoemde indicatie welke zorg en hoeveel zorg u nodig heeft, en legt dit vast in uw persoonlijke zorgplan. De indicatie in het zorgplan is de basis voor de vergoeding. U kunt ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb), waarmee u zelf zorg inkoop. De voorwaarden en maximale vergoedingen staan in het <i>Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2017</i> . Bent u jonger dan 18 jaar? Dan kan ook een hbo gediplomeerd kinderverpleegkundige het zorgplan vaststellen. De kosten van verzorging en van verblijf in een instelling worden tot 18 jaar alleen vergoed als complexe lichamelijke problemen of een lichamelijke handicap de verzorging nodig maken én permanent toezicht of zorg in de nabijheid nodig is. In andere gevallen kunt u mogelijk terecht bij uw gemeente (Jeugdwet) of zorgkantoor (Wet langdurige zorg).				
Wat betaal ik zelf	U betaalt geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	Als u de zorg via een Zvw-pgb vergoed wilt krijgen, moet u dit vooraf bij PNOzorg aanvragen.				
Waar moet ik op letten	Wilt u de zorg in het buitenland ontvangen? Dan raden wij u aan om vooraf met de PNO ZorgConsulent te bespreken of die zorg voldoet aan de voorwaarden van de Basisverzekering. Bent u het niet eens met de beoordeling door de wijkverpleegkundige en komt u er samen niet uit? Dan kunt u PNOzorg toestemming vragen voor een herbeoordeling door een andere wijkverpleegkundige. Tijdelijke opname omdat u meer of andere zorg nodig heeft dan thuis kan worden gegeven, maar u niet naar een ziekenhuis hoeft, valt onder kortdurend eerstelijnsverblijf . Zorg in verband met geboorte staat apart vermeld.				

Paramedische zorg

Fysiotherapie en oefentherapie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
<p>tot 18 jaar: <i>Lijst van aandoeningen fysio- en oefentherapie 2017</i> 100%, andere gevallen maximaal 18 behandelingen</p> <p>vanaf 18 jaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Lijst van aandoeningen fysio- en oefentherapie 2017</i> 100% vanaf de 21e behandeling - urine-incontinentie maximaal 9 behandelingen - etalagebenen maximaal 37 behandelingen 	maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	maximaal 26 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar, waarvan maximaal 18 behandelingen manuele therapie	100%, maar maximaal 18 behandelingen manuele therapie
Wat	Fysiotherapie of oefentherapie omvat advies, begeleiding en behandeling bij lichamelijke klachten door bijvoorbeeld uw houding, of bij problemen bij het bewegen. Er zijn verschillende soorten fysiotherapie en oefentherapie, zoals fysiotherapie voor ouderen, bekkenfysiotherapie, manuele therapie, Mensendieck en Cesar. De behandelaar maakt aan de hand van uw zorgvraag vooraf een persoonlijk behandelplan. Het oefenen om de conditie te verbeteren of om te voorkomen dat klachten terugkomen valt niet onder fysiotherapie en oefentherapie.				
Waar kan ik terecht	Een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueeltherapeut, oefentherapeut Mensendieck of Cesar, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemfysiotherapeut. Bij ernstig lymfoedeem en littekenweefsel vergoedt de Basisverzekering ook de behandeling door een gekwalificeerde huidtherapeut. De aanvullende verzekeringen vergoeden daarnaast nog behandeling door de psychosomatisch fysiotherapeut.				
Wat krijg ik vergoed	<p>Deze zorg kan onder de Basisverzekering of onder uw aanvullende verzekering vallen. De vergoeding hangt af van uw leeftijd, de aandoening, en van welke verzekering u heeft.</p> <p><i>Bent u jonger dan 18 jaar en heeft u alleen een Basisverzekering?</i> De Basisverzekering vergoedt de zorg als het gaat om een aandoening die op de <i>Lijst van aandoeningen fysio- en oefentherapie 2017</i> staat. Er kan een maximale behandelperiode in de lijst staan. Bij andere indicaties, die niet voorkomen op de lijst, vergoedt de Basisverzekering per indicatie 9 behandelingen. En als er na 9 behandelingen geen toereikend resultaat is, na verwijzing nog maximaal 9 extra behandelingen per indicatie.</p> <p><i>Bent u 18 jaar of ouder en heeft u alleen een Basisverzekering?</i> De Basisverzekering vergoedt de zorg als het gaat om een aandoening die op de <i>Lijst van aandoeningen fysio- en oefentherapie 2017</i> staat. De vergoeding gaat in bij de 21e behandeling. Er kan een maximale behandelperiode in de lijst staan. De Basisverzekering vergoedt daarnaast vanaf de eerste behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij urine-incontinentie maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie door een bekkenfysiotherapeut • bij perifere arterieel vaatlijden in Fontaine-stadium 2 ('etalagebenen') maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut, in maximaal een jaar <p><i>Heeft u ook een aanvullende verzekering?</i> De aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal 9, 26 of alle medisch noodzakelijke behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. Het aantal staat in de tabel hierboven. De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden maximaal 18 behandelingen manuele therapie per verzekerde per kalenderjaar.</p>				
Wat betaal ik zelf	Voor zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico.				

Wat moet ik zelf doen	De Basisverzekering vergoedt de tweede serie van 9 behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar alleen als u vóór de 10e behandeling een verwijzing heeft van uw huisarts of een medisch specialist.
Waar moet ik op letten	<p>Als dat nodig is, kan behandeling bij wijze van uitzondering op een afwijkende praktijklocatie (zoals op school of in een medisch kinderdagverblijf) plaatsvinden. PNOzorg moet dan vooraf toestemming hebben gegeven.</p> <p>Uw behandelaar weet of uw aandoening op de <i>Lijst van aandoeningen fysio- en oefentherapie 2017</i> staat.</p> <p>Zoekt u een behandelaar? <i>Kwaliteitsregisters paramedische zorg</i> biedt meer informatie.</p> <p>De Basisverzekering vergoedt niet: behandeling door een psychosomatisch fysio- of oefentherapeut.</p> <p>Lymfoedeem- en littekentherapie door een huidtherapeut staat hierna apart vermeld.</p>

Lymfoedeem- en littekentherapie door een huidtherapeut

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100% vanaf de 21e behandeling, bij ernstig lymfoedeem en littekenweefsel	0%	0%	0%	maximaal 26 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	100%
Wat	Als lymfevocht in het lichaam niet goed wordt afgevoerd kan het zich ophopen, bijvoorbeeld in de benen. Dit wordt lymfoedeem genoemd. Lymfoedeem kan, net als littekenweefsel, het bewegen bemoeilijken.				
Waar kan ik terecht	Een huidtherapeut, als volwaardig lid ingeschreven bij NVVH.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt lymfoedeem- en littekentherapie volgens fysiotherapie en oefentherapie alleen als u last heeft van ernstige beperkingen in de elementaire bewegingsvaardigheid, bij de persoonlijke verzorging of in mobiliteit. Als de zorg niet onder de Basisverzekering valt maar de aandoening wel een negatief effect heeft op uw dagelijks functioneren, vergoedt de aanvullende verzekering PNO Extra maximaal 26 behandelingen per kalenderjaar, en PNO Compleet alle medisch noodzakelijke behandelingen.				
Wat betaal ik zelf	Voor zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico.				
Waar moet ik op letten	Zoekt u een huidtherapeut? <i>Kwaliteitsregisters paramedische zorg</i> biedt meer informatie.				

Logopedie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Logopedie is de behandeling van problemen met de stem en het spreken.				
Waar kan ik terecht	Een logopedist.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt logopedie met een geneeskundig doel. Daaronder valt niet: behandeling van achterblijvende taalontwikkeling, of omdat u een andere moedertaal heeft dan Nederlands.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Waar moet ik op letten	Als dat nodig is, kan behandeling bij wijze van uitzondering op een afwijkende praktijklocatie (zoals op school of in een medisch kinderdagverblijf) plaatsvinden. PNOzorg moet dan vooraf toestemming hebben gegeven.				
	Zoekt u een logopedist? <i>Kwaliteitsregisters paramedische zorg</i> biedt meer informatie.				

Ergotherapie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Ergotherapie helpt u uw dagelijkse activiteiten weer uit te voeren, als dat door lichamelijke of psychische beperkingen niet (meer) lukt. U krijgt advies, instructie of training om de in overleg met de ergotherapeut bepaalde doelen te bereiken.				
Waar kan ik terecht	Een ergotherapeut, in de behandelruimte of daar waar de problemen zich voordoen, zoals thuis of op school.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt maximaal tien behandelingen ergotherapie per kalenderjaar.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Waar moet ik op letten	Zoekt u een ergotherapeut? <i>Kwaliteitsregisters paramedische zorg</i> biedt meer informatie.				

Diëtetiek

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar	0%	0%	0%	maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 300 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	Diëtetiek is voorlichting en advies over voeding, dieet en eetgewoonten.				
Waar kan ik terecht	Een diëtist.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt maximaal drie uur diëtetiek met een geneeskundig doel per kalenderjaar. De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden daar bovenop maximaal de in de tabel hierboven vermelde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Voor de zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Waar moet ik op letten	Zoekt u een diëtist? <i>Kwaliteitsregisters paramedische zorg</i> biedt meer informatie.				

Huisartsenzorg

Huisartsenzorg

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	De huisarts is het eerste aanspreekpunt bij problemen met uw lichamelijke of geestelijke gezondheid, en voor het voorkomen daarvan. De huisarts bespreekt uw vragen en klachten met u, stelt een diagnose, doet (laboratorium)onderzoek en behandelt. Meestal kan de huisarts u zelf helpen, soms verwijst hij u door naar een andere zorgverlener. Heeft u buiten openingstijden van de praktijk acuut zorg nodig? Dan kunt u terecht bij een waarnemer of huisartsenpost.				
Waar kan ik terecht	Bij uw huisarts. De zorg kan ook onder verantwoordelijkheid van de huisarts worden verleend door een medewerker in de praktijk, zoals een praktijkondersteuner ggz of een diabetesverpleegkundige.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt huisartsenzorg.				
Wat betaal ik zelf	U betaalt geen eigen risico. Voor zorg die de huisarts voorschrijft, zoals geneesmiddelen of (laboratorium)onderzoek, geldt het eigen risico wel.				
Waar moet ik op letten	De Basisverzekering vergoedt niet <ul style="list-style-type: none"> • geneeskundige keuringen, zoals sport- en rijbewijskeuring • zwangerschapstesten Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor reizen staan apart vermeld.				

Kortdurend eerstelijnsverblijf

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Bij kortdurend eerstelijnsverblijf wordt u opgenomen in een instelling omdat u algemene geneeskundige zorg nodig heeft, maar opname in een ziekenhuis niet (meer) nodig is. Er is dag en nacht een verpleegkundige beschikbaar. De noodzakelijke paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn onderdeel van de zorg. De zorg is meestal gericht op terugkeer naar huis, maar het kan ook gaan om zorg in de laatste levensfase.				
Waar kan ik terecht	In een daarvoor wettelijk toegelaten instelling. De hoofdbehandelaar is een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt kortdurend eerstelijnsverblijf.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico. Voor zorg door de huisarts betaalt u geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	De huisarts moet een indicatie voor kortdurend eerstelijnsverblijf hebben gesteld. PNOzorg vergoedt kortdurend eerstelijnsverblijf na de derde maand alleen na toestemming.				
Waar moet ik op letten	Wilt u de zorg in het buitenland ontvangen? Dan raden wij u aan om vooraf met de PNO ZorgConsulent te bespreken of die zorg voldoet aan de voorwaarden van de Basisverzekering. Zorg in verband met geboorte en geriatrische revalidatie vallen hier niet onder en staan apart vermeld. Verpleegkundige zorg thuis valt onder Verpleging en verzorging ('wijkverpleging') .				

Mondzorg

Mondzorg is zorg die te maken heeft met een goed gebit in een gezonde mond.

Voor mondzorg gaat u naar de tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of de tandprotheticus.

Tot 18 jaar vergoedt de Basisverzekering de meeste zorg, maar orthodontie meestal niet. Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de Basisverzekering mondzorg alleen bij bijzondere aandoeningen, als u naar de kaakchirurg moet of als u een kunstgebit nodig heeft.

Voor mondzorg die niet onder de Basisverzekering valt, heeft PNOzorg vier aanvullende tandartsverzekeringen.

Welke dekking in uw situatie geldt, staat in de rubrieken A tot en met I.

Tot 18 jaar:

- A. Tandheelkundige zorg (Basisverzekering)
- B. Orthodontie (aanvullende verzekering)

Tot 23 jaar:

- C. Tandheelkundige zorg bij ontbrekende elementen (Basisverzekering)

Vanaf 18 jaar:

- D. Kaakchirurgie (Basisverzekering)
- E. Kunstgebit (Basisverzekering en aanvullende tandartsverzekering)
- F. Orthodontie (aanvullende tandartsverzekering)

Voor alle leeftijden:

- G. Tandheelkundige zorg (aanvullende tandartsverzekering)
- H. Bijzondere tandheelkundige zorg (Basisverzekering)
- I. Tandheelkundige zorg na een ongeval (aanvullende tandartsverzekering)

A. Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Alle gebruikelijke tandheelkundige zorg, zoals periodieke controle, tandsteen verwijderen, röntgenfoto's, vullingen, wortelkanaalbehandelingen en verdovingen. Hieronder valt ook de noodzakelijke zorg door de kaakchirurg, behalve het aanbrengen van tandheelkundige implantaten (kunstwortel).				
Waar kan ik terecht	De tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. Voor specialistische chirurgische tandheelkunde: de kaakchirurg (MKA-chirurg).				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt de gebruikelijke tandheelkundige zorg tot 18 jaar.				
Wat betaal ik zelf	Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg moet vooraf toestemming geven voor <ul style="list-style-type: none">• zorg in een centrum voor bijzondere tandheelkunde• tandvleesbehandeling (parodontale zorg), trekken van tanden of kiezen onder narcose en kaakoperatie (osteotomie), als deze door de kaakchirurg worden uitgevoerd.				
Waar moet ik op letten	De Basisverzekering vergoedt het tarief dat geldt voor behandeling in de praktijk van de zorgverlener, tijdens de normale praktijktijden. De Basisverzekering vergoedt niet: orthodontie en daarvoor bestemd röntgenonderzoek.				

B. Orthodontie tot 18 jaar

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	maximaal € 500 voor de looptijd van de verzekering Heeft u Mondzorg ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	100%	100%
Wat	Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.				
Waar kan ik terecht	De tandarts of de orthodontist.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt orthodontie niet, behalve als het gaat om bijzondere tandheelkundige zorg . De aanvullende verzekeringen PNO Keuze, PNO Extra en PNO Compleet vergoeden maximaal het in de tabel hierboven genoemde bedrag/percentage.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Bij de aanvullende verzekering PNO Keuze is er een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				

C. Tandvervangende zorg bij ontbrekende elementen tot 23 jaar

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Het vervangen van (blijvende) snij- of hoektanden die ontbreken omdat ze nooit zijn aangelegd, of door een ongeval. Hieronder valt ook het aanbrengen van tandheelkundige implantaten die voor de vervanging noodzakelijk zijn.				
Waar kan ik terecht	De tandarts of de kaakchirurg (MKA-chirurg).				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt tot 23 jaar, bij geheel ontbrekende blijvende snij- of hoektanden: tandvervangende met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten, als de noodzaak daarvoor vóór de 18e verjaardag is vastgesteld.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg moet toestemming hebben gegeven voordat de behandeling begint. De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van de zorgverlener.				
Waar moet ik op letten	De Basisverzekering vergoedt alleen kronen, bruggen en tandheelkundige implantaten voor blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd, of die door een ongeval helemaal verloren zijn gegaan.				

D. Kaakchirurgie vanaf 18 jaar

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Specialistische zorg door de kaakchirurg.				
Waar kan ik terecht	De kaakchirurg (MKA-chirurg).				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt kaakchirurgie en de kosten van daarbij noodzakelijke opname in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	<p>U moet voordat u naar de kaakchirurg gaat een verwijzing hebben van uw huisarts, tandarts of een medisch specialist.</p> <p>PNOzorg moet vooraf toestemming geven voor</p> <ul style="list-style-type: none"> • zorg in een centrum voor bijzondere tandheelkunde • trekken van tanden of kiezen onder narcose • osteotomie (kaakoperatie) 				
Waar moet ik op letten	De Basisverzekering vergoedt geen hoger tarief voor behandeling buiten de normale praktijktijden tenzij er sprake is van een spoedsituatie.				

E. Kunstgebit vanaf 18 jaar

Basisverzekering	Tandarts Start	Tandarts Standaard	Tandarts Extra	Tandarts Compleet
75/90/92% voor een volledige prothese en 90% voor reparatie en rebasen	0%	zie G. Tandheelkundige zorg	zie G. Tandheelkundige zorg	zie G. Tandheelkundige zorg
Wat	Een kunstgebit of gebitsprothese is een gebit ter vervanging van de eigen tanden. Een tijdelijk gebit voor direct na het trekken van tanden en kiezen (immediaatprothese) valt hier ook onder.			
Waar kan ik terecht	De tandarts of een tandprotheticus.			
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt voor een volledige uitneembare prothese: <ul style="list-style-type: none"> • 75% van de kosten van een niet-implantaat gedragen prothese • 90% van de kosten van een implantaatgedragen prothese voor de onderkaak • 92% van de kosten van een implantaatgedragen prothese voor de bovenkaak • 90% van de kosten van reparatie en rebasen (opvullen) 			
Wat betaal ik zelf	U betaalt 8, 10 of 25% van de kosten van de prothese en 10% van de reparatie of het rebasen zelf. Deze eigen bijdrage wordt altijd als eerste verrekend, dus vóór het eigen risico. Voor de kosten die overblijven na aftrek van de eigen bijdrage, geldt het eigen risico. Heeft u een aanvullende tandartsverzekering PNO Tandarts Standaard of hoger? Dan vergoedt deze de eigen bijdragen (binnen de maximale vergoeding).			
Wat moet ik zelf doen	<p>PNOzorg moet vooraf toestemming geven voor</p> <ul style="list-style-type: none"> • een gebitsprothese duurder dan € 650 per kaak (inclusief techniekkosten) gemaakt door de tandarts • een gebitsprothese duurder dan € 500 per kaak (inclusief techniekkosten) gemaakt door de tandprotheticus • zorg in een centrum voor bijzondere tandheelkunde <p>De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van de zorgverlener.</p>			
Waar moet ik op letten	<p>PNOzorg vergoedt een gebitsprothese via de tandarts of de tandprotheticus maar niet rechtstreeks aan een tandtechnicus.</p> <p>Wordt de gebitsprothese bevestigd op implantaten? Dan wordt het vaste deel van de suprastructuur (de constructie waarmee de prothese op de implantaten vastklikt) tot de prothese gerekend.</p>			

F. Orthodontie vanaf 18 jaar

Basisverzekering	Tandarts Start	Tandarts Standaard	Tandarts Extra	Tandarts Compleet
0%	0%	80% tot maximaal € 800 voor de looptijd van de verzekering	80% tot maximaal € 1.200 voor de looptijd van de verzekering	80% tot maximaal € 1.600 voor de looptijd van de verzekering
Wat	Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.			
Waar kan ik terecht	De tandarts of de orthodontist.			
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt orthodontie niet, behalve als het gaat om bijzondere tandheelkundige zorg . De aanvullende tandartsverzekeringen Tandarts Standaard en hoger vergoeden 80% van de kosten, tot maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.			
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. 20% van de kosten betaalt u zelf. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u ook zelf.			
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg moet toestemming hebben gegeven voordat de behandeling begint. De toestemming vraagt u aan met het Aanvraagformulier orthodontie 18 jaar en ouder.			
Waar moet ik op letten	<p>Het moet gaan om de correctie van een functionele afwijking.</p> <p>PNOzorg vergoedt orthodontie niet</p> <ul style="list-style-type: none"> als het doel hoofdzakelijk esthetisch is als het gaat om terugkerende klachten na een eerdere behandeling bij verwaarloosde mondzorg of zwak gebit 			

G. Tandheelkundige zorg (ongeacht leeftijd)

Basisverzekering	Tandarts Start	Tandarts Standaard	Tandarts Extra	Tandarts Compleet
0%	80% tot maximaal € 250 per verzekerde per kalenderjaar (geen vergoeding kunstgebit)	80% tot maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar (inclusief kunstgebit)	80% tot maximaal € 850 per verzekerde per kalenderjaar (inclusief kunstgebit)	80% tot maximaal € 1.100 per verzekerde per kalenderjaar (inclusief kunstgebit)
Wat	De noodzakelijke tandheelkundige zorg, als die niet wordt vergoed door de Basisverzekering.			
Waar kan ik terecht	De tandarts of de mondhygiënist.			
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende tandartsverzekeringen Tandarts Start en hoger vergoeden 80% van de kosten, tot maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen. Daaruit kan ook de 8, 10 of 25% eigen bijdrage voor een prothese (zie Kunstgebit vanaf 18 jaar) worden vergoed, behalve bij Tandarts Start.			
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. 20% van de kosten betaalt u zelf. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u ook zelf.			
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt niet: zorg met een voornamelijk esthetisch doel, zoals het bleken van tanden en kiezen.			

H. Bijzondere tandheelkundige zorg (ongeacht leeftijd)

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Bijzondere tandheelkundige zorg is de zorg die nodig is als de gebruikelijke tandheerkunde niet volstaat. Dat kan komen door een bijzondere aandoening aan gebit, kaak of mond (zoals een hazenlip), of door een lichamelijke of geestelijke aandoening. Soms is bijzondere tandheelkundige zorg nodig omdat een andere medische behandeling anders onvoldoende resultaat zal hebben.				
Waar kan ik terecht	De tandarts, kaakchirurg (MKA-chirurg), orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt bijzondere tandheelkundige zorg.				
Wat betaal ik zelf	Vanaf 18 jaar betaalt u een wettelijke eigen bijdrage ter hoogte van de kosten van tandheelkundige zorg die u zonder de aandoening zelf zou hebben betaald. Deze eigen bijdrage wordt altijd als eerste verrekend, dus vóór het eigen risico. Voor de kosten die overblijven na aftrek van de eigen bijdrage, geldt het eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat u naar de zorgverlener gaat een verwijzing hebben van uw huisarts, tandarts of een medisch specialist. Daarnaast moet PNOzorg vóór de (eerste) behandeling toestemming hebben gegeven. De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van de zorgverlener.				
Waar moet ik op letten	De vergoeding geldt alleen als gebruikelijke tandheerkunde niet voldoende is om een goede tandfunctie te houden of krijgen.				

I. Tandheelkundige zorg na een ongeval (ongeacht leeftijd)

Basisverzekering	Tandarts Start	Tandarts Standaard	Tandarts Extra	Tandarts Compleet
Tandvervangende zorg bij ontbrekende elementen tot 23 jaar	100% tot maximaal € 2.500 per verzekerde, maximaal eenmaal per kalenderjaar	100% tot maximaal € 2.500 per verzekerde, maximaal eenmaal per kalenderjaar	100% tot maximaal € 5.000 per verzekerde, maximaal eenmaal per kalenderjaar	100% tot maximaal € 5.000 per verzekerde, maximaal eenmaal per kalenderjaar
Wat	Tandheelkundige zorg die nodig is door een ongeval.			
Waar kan ik terecht	De tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus.			
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende tandartsverzekeringen Tandarts Start en hoger vergoeden de kosten, tot maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.			
Wat betaal ik zelf	Voor de zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.			
Waar moet ik op letten	Het ongeval moet zijn gebeurd tijdens de looptijd van de aanvullende tandartsverzekering. De behandeling moet plaatsvinden binnen een jaar na het ongeval.			

Farmaceutische zorg

Geneesmiddelen (Basisverzekering)

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	De kosten van voorgeschreven geneesmiddelen en de diensten van de apotheek die daarmee te maken hebben, zoals het afleveren en uitleg over voor u nieuwe middelen.				
Waar kan ik terecht	De apotheek of een apotheekhoudend huisarts.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt <ul style="list-style-type: none">• geregistreerde geneesmiddelen die in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering staan• geregistreerde geneesmiddelen die in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering staan voor de daar vermelde indicaties• de dienstverlening van de apotheek				
Wat betaal ik zelf	<p>Voor geneesmiddelen kan een wettelijke eigen bijdrage gelden, ook onder 18 jaar. Deze eigen bijdrage wordt altijd als eerste verrekend, dus vóór het eigen risico. Voor de kosten die overblijven na aftrek van de eigen bijdrage, en voor de diensten van de apotheek, geldt het eigen risico. Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.</p> <p>PNOzorg vergoedt zogenoemde zelfzorgmiddelen en maagzuurremmers alleen als u ze langer dan zes maanden nodig heeft, en niet tijdens de eerste 15 dagen.</p>				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg vergoedt geneesmiddelen alleen als u daarvoor een voorschrift heeft van uw (huis)arts, een medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant.				
Waar moet ik op letten	<p>Op www.medicijnkosten.nl kunt u nagaan of een geneesmiddel door de Basisverzekering wordt vergoed en of er een wettelijke eigen bijdrage geldt. De vermelde prijzen zijn zonder afleverkosten.</p> <p>Heeft u een aanvullende verzekering PNO Standaard of hoger? Dan valt de wettelijke eigen bijdrage (binnen de maximale vergoeding) onder (genees)middelen (aanvullende verzekering).</p> <p>Zelfzorgmiddelen zijn laxeermiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen tegen droge ogen en maagledigingsmiddelen.</p> <p>Bij sommige geneesmiddelen moet PNOzorg vooraf toestemming geven. Deze geneesmiddelen staan in <i>Toestemming geneesmiddelen</i>.</p>				

Dieetpreparaten

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Dieetpreparaten voor als u niet toekunt met aangepaste normale voeding of met bijzondere voeding. Dieetpreparaten hebben een andere samenstelling en een andere vorm dan (aangepaste) normale voeding. Dieetproducten zoals suikervrije jam en zoutarme kaas vallen hier niet onder.				
Waar kan ik terecht	De apotheek, een apotheekhoudende huisarts of een gespecialiseerde leverancier.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt dieetpreparaten die u nodig heeft door een stofwisselingsstoornis, voedselallergie, gestoorde voedselopname, ziektegerelateerde (dreigende) ondervoeding of omdat medische richtlijnen dat voorschrijven.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	<p>PNOzorg vergoedt dieetpreparaten alleen als u daarvoor een voorschrift heeft van uw (huis)arts, een medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, verloskundige, verpleegkundig specialist, physician assistant of diëtist.</p> <p>PNOzorg moet vooraf toestemming hebben gegeven. De apotheek of de gespecialiseerde leverancier vraagt de toestemming aan, of geeft deze namens PNOzorg.</p>				

(Genees)middelen (aanvullende verzekering)

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	maximaal € 50 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar Heeft u Farmaceutische zorg ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	maximaal € 300 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	(Genees)middelen die in de reguliere zorg worden gebruikt maar die niet door de Basisverzekering worden vergoed. Het gaat om zelfzorgmiddelen, geneesmiddelen, ongeregistreerde farmaceutische producten (niet-geneesmiddelen), door een andere basisverzekering niet als preferent aangewezen geneesmiddelen en de diensten van de apotheek voor afleveren en informatie die daarbij horen. Onder deze dekking valt ook de wettelijke eigen bijdrage die u heeft betaald voor geneesmiddelen die door de Basisverzekering zijn vergoed.				
Waar kan ik terecht	De apotheek of een apotheekhoudende huisarts.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg vergoedt de (genees)middelen alleen als u daarvoor een voorschrift heeft van uw (huis)arts, een medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of een physician assistant.				
Waar moet ik op letten	<p>Krijgt u een geneesmiddel als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling toegediend? Dan valt het onder medisch-specialistische zorg.</p> <p>De volgende (genees)middelen vallen niet onder deze rubriek, en staan apart vermeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • alternatieve geneesmiddelen (alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen) • vaccinatie en preventieve geneesmiddelen • geneesmiddelen bij vruchtbaarheidsbehandeling • anticonceptie(genees)middelen 				

Anticonceptie(genees)middelen

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100% tot 21 jaar en ook bij bepaalde indicaties	0%	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar Heeft u Farmaceutische zorg ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar
Wat	Middelen om zwangerschap te voorkomen, zoals de pil, prikpil, anticonceptiepleister, hormoonhoudend spiraaltje, morning-after pil, hormoonimplantaat ('staafje') en anticonceptiering.				
Waar kan ik terecht	De apotheek of de apotheekhoudende huisarts.				
Wat krijg ik vergoed	<p>De Basisverzekering vergoedt</p> <ul style="list-style-type: none"> voorgeschreven anticonceptie(genees)middelen tot 21 jaar voorgeschreven anticonceptie(genees)middelen vanaf 21 jaar bij de indicaties menorrhagie (hevig bloedverlies) of endometriose (aandoening van het baarmoederslijmvlies) <p>In andere gevallen vergoeden de aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger de voorgeschreven anticonceptie(genees)middelen.</p>				
Wat betaal ik zelf	<p>Voor middelen die door de Basisverzekering worden vergoed kan een wettelijke eigen bijdrage gelden. Deze eigen bijdrage wordt altijd als eerste verrekend, dus vóór het eigen risico. Voor de kosten die overblijven na aftrek van de eigen bijdrage en voor de diensten van de apotheek betaalt u het eigen risico. Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.</p> <p>Heeft u een aanvullende verzekering PNO Standaard of hoger? Dan valt de wettelijke eigen bijdrage (binnen de maximale vergoeding) onder (genees)middelen (aanvullende verzekering).</p>				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg vergoedt anticonceptie(genees)middelen alleen als u daarvoor een voorschrift heeft van een (huis)arts, medisch specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant.				
Waar moet ik op letten	<p>Op www.medicijnkosten.nl kunt u nagaan of een geneesmiddel door de Basisverzekering wordt vergoed en of er een wettelijke eigen bijdrage geldt. De vermelde prijzen zijn zonder afleverkosten.</p> <p>Wordt het spiraaltje in een ziekenhuis geplaatst? Dan valt het onder medisch-specialistische zorg en betaalt u het niet apart, maar via het tarief van het ziekenhuis.</p>				

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen algemeen

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	maximaal € 500 per jaar voor eigen bijdragen
Wat	De hulpmiddelen en verbandmiddelen die u nodig heeft bij uw herstel, om te kunnen functioneren of in verband met een aandoening. Sommige hulpmiddelen gaan langere tijd mee, zoals orthopedische schoenen en hoortoestellen. Andere hulpmiddelen zijn voor eenmalig gebruik, zoals teststrips voor diabetes en stomamateriaal.				
Waar kan ik terecht	Bij een leverancier van (medische) hulpmiddelen.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt hulpmiddelen volgens het <i>Reglement Hulpmiddelen 2017</i> . Sommige hulpmiddelen kunt u ook van PNOzorg in bruikleen krijgen. De aanvullende verzekering PNO Compleet vergoedt wettelijke eigen bijdragen die u volgens het <i>Reglement Hulpmiddelen 2017</i> betaalt, tot € 500 per kalenderjaar. De wettelijke eigen bijdragen voor hulpmiddelen die hierna apart staan vermeld vallen hier niet onder.				
Wat betaal ik zelf	Voor sommige hulpmiddelen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage of geldt een maximale vergoeding. Deze staan in het <i>Reglement Hulpmiddelen 2017</i> . Voor kosten die overblijven na aftrek van de eigen bijdrage geldt het eigen risico. Gaat het om bruikleen, dan betaalt u het eigen risico voor de bijkomende kosten (zoals verbruiksartikelen) maar niet voor de bruikleen zelf.				
Wat moet ik zelf doen	Voor de meeste hulpmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw behandelend arts of een gespecialiseerde verpleegkundige. Het kan zijn dat PNOzorg vooraf toestemming moet geven. Dit staat per hulpmiddel vermeld in het <i>Reglement Hulpmiddelen 2017</i> .				
Waar moet ik op letten	Hulpmiddelen die onder de aanvullende verzekeringen vallen staan hierna apart vermeld.				

Haarwerken (aanvullende vergoeding)

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
maximaal € 419,50 zie hulpmiddelen algemeen	0%	0%	0%	maximaal € 150 per haarwerk vergoed door de Basisverzekering	maximaal € 300 per haarwerk vergoed door de Basisverzekering
Wat	Een pruik of haarstuk, als u uw haar verliest door een medische aandoening of een medische behandeling zoals chemotherapie.				
Waar kan ik terecht	Een leverancier van haarwerken.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt haarwerken volgens hulpmiddelen algemeen , tot maximaal € 419,50. De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden daar bovenop maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Voor haarwerken die door de Basisverzekering worden vergoed: het eigen risico. Voor het deel dat door de aanvullende verzekering wordt vergoed, betaalt u geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg vergoedt haarwerken alleen als u daarvoor een voorschrift heeft van uw behandelend arts of oncologieverpleegkundige.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg moet vooraf toestemming hebben gegeven. De leverancier vraagt de toestemming aan, of geeft deze namens PNOzorg.				

Hoortoestellen

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
Zie hulpmiddelen algemeen	0%	0%	0%	vergoeding eigen bijdrage tot maximaal € 300 per toestel per aanschaf uit de Basisverzekering	vergoeding eigen bijdrage tot maximaal € 600 per toestel per aanschaf uit de Basisverzekering
Wat	Een hoortoestel of een tinnitusmaskeerder en de oorstukjes die daarbij horen, als u problemen heeft met horen.				
Waar kan ik terecht	Een leverancier van hoortoestellen.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt hoorapparatuur volgens hulpmiddelen algemeen . De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u daarvoor betaalt tot maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	<p>In sommige gevallen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. Deze staat in het <i>Reglement Hulpmiddelen 2017</i>. Voor kosten die overblijven na aftrek van de eigen bijdrage betaalt u het eigen risico.</p> <p>Heeft u een aanvullende verzekering PNO Extra of PNO Compleet? Dan vergoedt deze de eigen bijdrage. Voor het deel dat uit de aanvullende verzekering wordt vergoed, betaalt u geen eigen risico. Er is een maximum aan de (totale) vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.</p>				

Afstandsbediening voor een hoortoestel

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	maximaal € 150 per aanschaf per verzekerde per 5 kalenderjaren	maximaal € 300 per aanschaf per verzekerde per 5 kalenderjaren
Wat	Een afstandsbediening om een hoortoestel mee te bedienen.				
Waar kan ik terecht	Een leverancier van hoortoestellen.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				

Loophulpmiddelen

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	maximaal € 50	maximaal € 75 Heeft u Hulpmiddelen ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	€ 100	€ 150
Wat	Eenvoudige loophulpmiddelen voor als u (tijdelijk) moeilijk loopt. Het kan bijvoorbeeld gaan om elleboogkrukken, een looprek of een rollator.				
Waar kan ik terecht	Een leverancier van loophulpmiddelen.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger vergoeden de kosten van aanschaf of huur van loophulpmiddelen tot maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat u het hulpmiddel aanschaf of huurt een voorschrift hebben van uw huisarts of een medisch specialist.				

Steunzolen

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 150, per verzekerde per kalenderjaar Heeft u Hulpmiddelen ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	Steunzolen voor in de schoenen, om de voeten te ondersteunen.				
Waar kan ik terecht	Een orthopedisch schoentechnicus.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat u de steunzolen aanschaf een voorschrift hebben van uw behandelend arts.				

Brillen en (contact)lenzen

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100% bij bepaalde medische indicaties, zie hulpmiddelen algemeen	0%	maximaal € 100 per twee kalenderjaren	maximaal € 125 per twee kalenderjaren Heeft u Hulpmiddelen ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	maximaal € 150 per twee kalenderjaren	maximaal € 250 per twee kalenderjaren
Wat	Contactlenzen, brillenglazen (met montuur), geïmplanteerde lenzen en ooglaseren voor het corrigeren van bij- of verziendheid.				
Waar kan ik terecht	Een opticien of een oogkliniek.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt lenzen en brillenglazen bij bepaalde medische indicaties, volgens hulpmiddelen algemeen . De aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger vergoeden als u last heeft van bij- of verziendheid voor contactlenzen, brillenglazen (met montuur of reparatie daarvan), geïmplanteerde lenzen en ooglaseren maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Voor zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	Voor de brillenglazen en lenzen die onder de Basisverzekering vallen moet u een voorschrift van uw oogarts hebben.				
Waar moet ik op letten	De aanvullende verzekeringen vergoeden een bril of contactlenzen een keer per twee kalenderjaren. In het jaar waarin u de bril of contactlenzen aanschaft en het daaropvolgende kalenderjaar krijgt u niet opnieuw een vergoeding. PNOzorg vergoedt niet: contactlensvloeistof.				

Anti-snurkapparaten

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	0%	75%
Wat	Hulpmiddelen om het snurken tegen te gaan zoals een anti-snurkbeugel, Activator of Snorex.				
Waar kan ik terecht	Een KNO-arts of een orthodontist.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Compleet vergoedt 75% van de kosten van anti-snurkapparaten.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. 25% van de kosten betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg moet toestemming hebben gegeven voordat u het anti-snurkapparaat aanschaft of laat aanmeten. De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van de zorgverlener.				

Plaswekker

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	100%	100%
Wat	Een plaswekker tegen bedplassen, met de bijbehorende middelen zoals sensorbroekjes.				
Waar kan ik terecht	Een leverancier van plaswekkers.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden de kosten van aanschaf of huur.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg vergoedt niet: een plaswekker voor kinderen tot vijf jaar.				

Lichttherapielamp

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	100%	100%
Wat	Een lamp voor lichttherapie tegen winterdepressie.				
Waar kan ik terecht	Een leverancier van thuiszorgartikelen.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden de kosten van bruikleen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg moet vooraf toestemming hebben gegeven. De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van uw behandelend arts.				

Steunpessarium

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	100%	100%	100%
			Heeft u Hulpmiddelen ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.		
Wat	Een pessarium voor bekkenbodemp Problemen (verzakking) bij de vrouw.				
Waar kan ik terecht	Een leverancier van hulpmiddelen, een apotheek of een apotheekhoudende huisarts.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden het steunpessarium.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				

Alarmeringssysteem (abonnementskosten)

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	100%	100%
Wat	De abonnementskosten bij het gebruik van een alarmeringssysteem ('noodknop'), als het systeem zelf door de Basisverzekering wordt vergoed.				
Waar kan ik terecht	Een leverancier van alarmeringssystemen.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden de abonnementskosten die nodig zijn om het systeem goed te laten werken.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg moet toestemming hebben gegeven voordat u het abonnement afsluit.				
Waar moet ik op letten	Het alarmeringssysteem zelf valt onder hulpmiddelen algemeen . PNOzorg vergoedt niet: extra abonnementen voor bijvoorbeeld de thuiszorgorganisatie.				

Hulpmiddelen voor anticonceptie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100% tot 21 jaar	0%	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar Heeft u Hulpmiddelen ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar
Wat	Een pessarium of koperhoudend spiraaltje.				
Waar kan ik terecht	Een apotheek of een apotheekhoudende huisarts.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger vergoeden hulpmiddelen voor anticonceptie vanaf 21 jaar.				
Wat betaal ik zelf	Voor de zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico.				
Waar moet ik op letten	Tot 21 jaar vergoedt de Basisverzekering hulpmiddelen voor anticonceptie. Wordt het spiraaltje in een ziekenhuis geplaatst? Dan betaalt u het niet apart, maar via het tarief van het ziekenhuis. Anticonceptie(genees)middelen staan apart vermeld.				

Zorg in verband met geboorte

Verloskundige zorg en kraamzorg

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	vergoeding van eigen bijdragen voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie en voor kraamzorg	vergoeding van eigen bijdragen voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie en voor kraamzorg
Wat	Verloskundige zorg en kraamzorg voor (de aanstaande) moeder en baby. Verloskundige zorg bestaat uit de gebruikelijke begeleiding tijdens zwangerschap en bevalling. Daaronder valt ook prenatale screening, zoals de echo. Kraamzorg is de verzorging van moeder en kind vanaf de bevalling.				
Waar kan ik terecht	Verloskundige zorg: een verloskundige, een medisch specialist of de huisarts. Kraamzorg: een kraamverzorgende die is verbonden aan een ziekenhuis, geboortecentrum, kraamhotel of kraambureau of die werkt als zelfstandige. De bevalling zelf is <ul style="list-style-type: none">• thuis• in een ziekenhuis, omdat dat medisch noodzakelijk is• in een ziekenhuis zonder dat dit medisch noodzakelijk is, of in een geboortecentrum of kraamhotel				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt verloskundige zorg en kraamzorg. Als onderdeel van verloskundige zorg vergoedt de Basisverzekering prenatale screening, die bestaat uit <ul style="list-style-type: none">• de 12- en 20-weeken echo• een uitgebreid gesprek met de verloskundige of huisarts over de prenatale screening• onderzoek naar de kans op aangeboren afwijkingen (combinatietest), als uw arts of verloskundige dit medisch noodzakelijk vindt• vervolgonderzoek zoals geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO), de NIPT (niet invasieve prenatale test, door bloedonderzoek) en invasieve diagnostiek (vlokkentest, vruchtwaterpunctie) als de combinatietest een verhoogde kans op een afwijking aangeeft, of als uw arts of verloskundige dit medisch noodzakelijk vindt Hoeveel kraamzorg de Basisverzekering vergoedt, hangt af van uw persoonlijke situatie en van waar u bevalt. Het gaat om minimaal 24 en maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Bij thuisbevalling vergoedt de Basisverzekering als onderdeel van de kraamzorg ook partusassistentie door de kraamverzorgende. Dagen waarop u kraamzorg in een ziekenhuis ontvangt, worden in mindering gebracht op de 10 dagen.				
Wat betaal ik zelf	Voor verloskundige zorg en voor kraamzorg betaalt u geen eigen risico. Voor de NIPT betaalt u wel eigen risico. Bevalt u in een ziekenhuis, terwijl dat medisch niet noodzakelijk is, of in een geboortecentrum? Dan betalen moeder en kind elk een eigen bijdrage van € 17 per dag. Als het tarief van het ziekenhuis of geboortecentrum meer is dan € 121 per persoon per dag, dan betaalt u alles boven deze € 121 ook als eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden deze eigen bijdragen. Voor de kraamzorg betaalt u een eigen bijdrage van € 4,30 per uur. Deze eigen bijdrage geldt niet voor kraamzorg tijdens de medisch noodzakelijke ziekenhuisopname.				

Wat moet ik zelf doen	<p>Voor de combinatietest moet u een indicatie hebben van de verloskundige, uw huisarts of een medisch specialist.</p> <p>Ook voor vervolgonderzoek (GUO, NIPT, vlokcentest, vruchtwaterpunctie) moet u een indicatie hebben van de verloskundige, uw huisarts of een medisch specialist. U heeft geen aparte indicatie nodig als er volgens de combinatietest (of volgens een NIPT die u voor eigen rekening heeft laten uitvoeren) een aanmerkelijke kans is op een chromosoomafwijking.</p>
Waar moet ik op letten	<p>Bevalt u in een ziekenhuis omdat dat medisch noodzakelijk is? Dan vallen de verloskundige zorg en de kraamzorg tijdens het verblijf in de polikliniek of het ziekenhuis onder medisch-specialistische zorg.</p> <p>Het aantal uren kraamzorg dat u krijgt, wordt berekend volgens het Landelijk indicatieprotocol kraamzorg.</p> <p>PNO Kraamzorg Service regelt graag de kraamzorg voor u. U moet de kraamzorg minimaal vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aanvragen. PNO Kraamzorg Service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur te bereiken via telefoonnummer 088 668 97 07. U kunt de kraamzorg ook aanvragen via www.pnozorg.nl/service/kraamzorg.</p>

Extra kraamzorg

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	100%	100%
Wat	Extra kraamzorg om medische redenen (bovenop kraamzorg waar u volgens de Basisverzekering recht op heeft).				
Waar kan ik terecht	Een kraamverzorgende verbonden aan een kraamzorgaanbieder, of een gediplomeerde zelfstandig werkende kraamverzorgende.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden de extra kraamzorg. PNOzorg bepaalt het aantal uren op basis van een verklaring van uw arts of verloskundige.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat de extra zorg wordt ingezet een gemotiveerde verklaring van uw behandelend arts of verloskundige hebben waaruit de medische noodzaak voor extra kraamzorg blijkt. Deze verklaring stuurt u mee met de declaratie. PNOzorg bepaalt de vergoeding op basis van de ontvangen informatie.				

Kraampakket

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	PNOzorg kraampakket, of maximaal € 35 Heeft u Zorg in verband met een geboorte ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	PNOzorg kraampakket, of maximaal € 35	PNOzorg kraampakket, of maximaal € 35
Wat	Een kraampakket met verband- en ontsmettingsmiddelen voor de thuisbevalling of poliklinische bevalling. De inhoud van het pakket staat in <i>Inhoud kraampakket</i> .				
Waar kan ik terecht	Via PNO Kraamzorg Service, telefoonnummer 088 668 97 07 of via pnozorg.nl/service/kraamzorg . U kunt het pakket ook zelf ergens anders aanschaffen.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Keuze en hoger vergoeden het kraampakket volledig bij aanschaf via PNOzorg, of maximaal € 35 als u het pakket ergens anders aanschaf.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				
Waar moet ik op letten	Als u de kraamzorg door PNO Kraamzorg Service laat regelen, ontvangt u het kraampakket automatisch. U ontvangt het kraampakket voor de 35e week van de zwangerschap via PostNL. Als u het pakket niet via PNOzorg aanschaf moet u het als één product kopen en zorgen voor een op naam gestelde en gespecificeerde nota.				

Zorg bij problemen met het geven van borstvoeding

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	maximaal 2 consulten per kalenderjaar	maximaal 4 consulten per kalenderjaar
Wat	Begeleiding van de vrouw met problemen bij het geven van borstvoeding.				
Waar kan ik terecht	Een lactatiekundige die volwaardig lid is van en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden maximaal het in de tabel hierboven genoemde aantal consulten.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt niet: hulpmiddelen voor borstvoeding.				

Bevalling-tens

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	0%	maximaal € 75 per bevalling
Wat	Een bevalling-tens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling.				
Waar kan ik terecht	Een leverancier van bevalling-tens apparaten.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Compleet vergoedt de huur of aanschaf van een bevalling-tens voor pijnverlichting bij de bevalling.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				
Waar moet ik op letten	De PNO ZorgConsulent kan u helpen bij het regelen van een bevalling-tens.				

Hospice

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	100%	100%
Wat	Zorg in de laatste levensfase gericht op begeleiding en het wegnemen van pijn en ongemak, valt afhankelijk van uw situatie onder verpleging en verzorging, kortdurend eerstelijnsverblijf of onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Krijgt u de zorg in een hospice? Dan moet u soms voor het verblijf en de dienstverlening (de 'hotelkosten') (bij)betalen.				
Waar kan ik terecht	In een hospice of bijna-thuis-huis.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden de kosten van verblijf en dienstverlening in een hospice.				
Wat betaal ik zelf	U betaalt geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voor de zorg in het hospice een indicatie hebben van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), uw huisarts of de behandelend medisch specialist.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt niet: de inkomensafhankelijke bijdrage in het kader van de Wlz of de Wmo.				

Ziekenvervoer

Ambulancevervoer

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Vervoer per ambulance dat medisch noodzakelijk is, bijvoorbeeld omdat u met spoed naar het ziekenhuis moet worden gebracht of omdat u alleen liggend vervoerd mag worden. PNOzorg vergoedt vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer.				
Waar kan ik terecht	Een erkende ambulancevervoerder.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt ambulancevervoer.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Waar moet ik op letten	Als PNOzorg u vooraf toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde zorgverlener geldt de beperking tot 200 kilometer niet.				

Zittend ziekenvervoer

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
alleen in situatie 1 tot en met 6	0%	vergoeding eigen bijdrage in situaties 1 tot en met 6	vergoeding eigen bijdrage in situaties 1 tot en met 6	- vergoeding eigen bijdrage in situaties 1 tot en met 6 - vergoeding in andere situaties	- vergoeding eigen bijdrage in situaties 1 tot en met 6 - vergoeding in andere situaties
Wat	Het vervoer van en naar uw medische behandeling, als die behandeling zelf door de Basisverzekering wordt vergoed. U reist met openbaar vervoer, auto of taxi. Zittend ziekenvervoer is iets anders dan ambulancevervoer, waarbij u liggend of met spoed wordt vervoerd.				
Waar kan ik terecht	Eigen vervoer of een taxibedrijf. De Basisverzekering vergoedt daarnaast ook openbaar vervoer. Taxivervoer kunt u laten regelen door Transvision. Die vraagt dan ook de toestemming aan bij PNOzorg, als dat nodig is. U belt hiervoor op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur met Transvision, telefoonnummer 0900 333 33 30.				
Wat krijg ik vergoed	<p>De Basisverzekering vergoedt het vervoer als</p> <ol style="list-style-type: none"> u nierdialyse moet ondergaan in een ziekenhuis of dialysecentrum u chemotherapie of radiotherapie (tegen kanker) krijgt u op een rolstoel bent aangewezen en niet zelfstandig kunt reizen u niet zelfstandig kunt reizen omdat u slecht ziet er sprake is van zogenoemde intensieve kindzorg (verpleging en verzorging) situatie 1 tot en met 5 niet van toepassing zijn maar u wel door ziekte of aandoening veel moet reizen (de zogenoemde hardheidsclausule) <p>De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden het vervoer als u om medische redenen niet met openbaar vervoer kunt reizen en het niet gaat om situaties 1 tot en met 6.</p> <p>Vergoed wordt:</p> <ul style="list-style-type: none"> openbaar vervoer in de laagste klasse (alleen Basisverzekering) taxivervoer € 0,28 per kilometer (Basisverzekering) of € 0,27 per kilometer (PNO Extra en PNO Compleet) bij gebruik van (eigen) auto. <p>De aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger vergoeden de eigen bijdrage die u volgens de Basisverzekering betaalt.</p>				
Wat betaal ik zelf	Voor vervoer dat onder de Basisverzekering valt (situatie 1 tot en met 6) betaalt u een eigen bijdrage van € 100 per kalenderjaar. Die wordt vergoed door de aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger. Voor de kosten die overblijven na aftrek van uw eigen bijdrage betaalt u het eigen risico. Voor het vervoer dat onder de aanvullende verzekeringen valt betaalt u geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg moet bij situaties 1 tot en met 6 vóór het vervoer toestemming hebben gegeven. U kunt het <i>Aanvraagformulier zittend ziekenvervoer</i> gebruiken. Gaat het om vervoer dat onder de aanvullende verzekeringen valt dan hoeft u geen toestemming aan te vragen, maar moet u wel een gemotiveerde verklaring van uw behandelend arts meesturen met uw declaratie. Uit de verklaring moet blijken om welke medische reden u geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.				
Waar moet ik op letten	<p>PNOzorg vergoedt niet: kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten.</p> <p>De behandeling waar u naartoe reist moet vergoed worden door de Basisverzekering of een andere zorgverzekering.</p> <p>De Basisverzekering dekt in bepaalde gevallen ook vervoerskosten die u maakt als orgaan- of weefseldonor.</p> <p>PNOzorg gaat voor de vergoeding bij eigen vervoer uit van de optimale route volgens de routeplanner van Routenet.</p>				

Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

Bij psychische problemen is uw huisarts meestal het eerste aanspreekpunt. Veel klachten kunnen worden behandeld door de huisarts zelf, of door een andere zorgverlener onder zijn verantwoordelijkheid. Als de huisarts vermoedt dat u een psychische stoornis heeft verwijst hij u door.

Psychische stoornissen staan beschreven in het 'Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders', kortweg: DSM. DSM wordt internationaal gebruikt voor de diagnose van psychische stoornissen. De actuele versie is DSM-5.

Generalistische basis-ggz

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100% vanaf 18 jaar bij psychische stoornissen niet bij aanpassingsstoornissen en werk- en relatieproblemen.	0%	0%	0%	maximaal € 360 per verzekerde per kalenderjaar voor zorg bij aanpassingsstoornissen en bij werk- en relatieproblemen geen vergoeding voor verblijf	maximaal € 850 per verzekerde per kalenderjaar voor zorg bij aanpassingsstoornissen en bij werk- en relatieproblemen geen vergoeding voor verblijf
Wat	Generalistische basis-ggz is zorg bij relatief eenvoudige psychische problemen. U krijgt de zorg individueel, in een groep of als eHealth.				
Waar kan ik terecht	<p>Een zelfstandig gevestigde zorgverlener of een ggz-instelling. Een regiebehandelaar coördineert de behandeling en is uw aanspreekpunt.</p> <p>Valt de zorg onder de Basisverzekering? Dan is de regiebehandelaar een BIG-geregisteerde</p> <ul style="list-style-type: none"> • gezondheidszorgpsycholoog (vrijgevestigd of in een instelling) • klinisch psycholoog (vrijgevestigd of in een instelling) • psychotherapeut (vrijgevestigd of in een instelling) • klinisch neuropsycholoog (vrijgevestigd of in een instelling) • verpleegkundig specialist ggz (in een instelling) • specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater (in een instelling, alleen bij hoofddiagnose dementie) • verslavingsarts (in een instelling, alleen bij hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek) <p>Valt de zorg onder de aanvullende verzekering? Dan is de regiebehandelaar</p> <ul style="list-style-type: none"> • een BIG-geregisteerde gezondheidszorgpsycholoog • een BIG-geregisteerde klinisch psycholoog • een NIP- of SKJ-geregisteerde kinder- en jeugdpsycholoog • een NVO- of SKJ-geregisteerde orthopedagoog-generalist <p>In alle gevallen geldt dat in een zorgtraject ook andere zorgverleners kunnen behandelen, onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar.</p>				
Wat krijg ik vergoed	<p>De Basisverzekering vergoedt generalistische basis-ggz vanaf 18 jaar, bij (een vermoeden van) een stoornis volgens de DSM-5. De Basisverzekering vergoedt niet: behandeling van aanpassingsstoornissen en bij werk- en relatieproblemen.</p> <p>De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen voor</p> <ul style="list-style-type: none"> • generalistische basis-ggz onder de 18 jaar, als de zorg niet onder de Jeugdwet valt • zorg bij aanpassingsstoornissen en werk- en relatieproblemen 				

Wat betaal ik zelf	Voor zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico. Er geldt in dat geval wel een maximale vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat u naar de zorgverlener gaat een verwijzing hebben van uw huisarts of de bedrijfsarts. Voor hulp bij aanpassingsstoornissen en bij werk- en relatieproblemen aan verzekerden tot 18 jaar kan ook de jeugdarts verwijzen. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing nodig.
Waar moet ik op letten	<p>De Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden alleen zorg waarvan de effectiviteit is bewezen. In het <i>Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz 2017</i> staat voor welke behandelingen dit wel of juist niet zo is.</p> <p>Tot 18 jaar regelt de Jeugdwet deze zorg. De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden hulp bij aanpassingsstoornissen en bij werk- en relatieproblemen tot 18 jaar alleen als u niet in aanmerking komt voor zorg op grond van de Jeugdwet.</p> <p>Wordt u 18 jaar tijdens een Jeugdwet-behandeltraject bij een kinder- of jeugdpsycholoog of bij een orthopedagoog-generalist? Dan vergoedt de Basisverzekering de behandeling nog voor maximaal een jaar. In die periode moet de behandeling worden afgerond, of worden overgenomen door een regiebehandelaar voor volwassenen.</p>

Gespecialiseerde ggz zonder opname

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Gespecialiseerde ggz is de psychiatrische of psychologische zorg bij ernstige of complexe psychische problemen. Bij het behandeltraject zijn meestal verschillende zorgverleners betrokken.				
Waar kan ik terecht	<p>Een zelfstandig gevestigde zorgverlener of een ggz-instelling. Een regiebehandelaar coördineert de behandeling en is uw aanspreekpunt.</p> <p>De regiebehandelaar is een BIG-geregistreerde</p> <ul style="list-style-type: none"> • gezondheidszorgpsycholoog (vrijgevestigd of in een instelling) • klinisch psycholoog (vrijgevestigd of in een instelling) • psychotherapeut (vrijgevestigd of in een instelling) • klinisch neuropsycholoog (vrijgevestigd of in een instelling) • psychiater (vrijgevestigd of in een instelling) • verpleegkundig specialist ggz (in een instelling) • specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater (in een instelling, alleen bij hoofddiagnose dementie) • verslavingsarts (in een instelling, alleen bij hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek) 				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt gespecialiseerde ggz vanaf 18 jaar, bij (een vermoeden van) een stoornis volgens de DSM-5.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat u naar de zorgverlener gaat een verwijzing voor gespecialiseerde ggz hebben van uw huisarts of van een medisch specialist. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing nodig.				

Waar moet ik op letten	<p>Tot 18 jaar regelt de Jeugdwet deze zorg. Wordt u 18 jaar tijdens een Jeugdwet-behandeltraject bij een kinder- of jeugdpsycholoog of bij een orthopedagoog-generalist? Dan vergoedt de Basisverzekering de behandeling nog voor maximaal een jaar. In die periode moet de behandeling worden afgerond, of worden overgenomen door een regiebehandelaar voor volwassenen.</p> <p>De Basisverzekering vergoedt alleen zorg waarvan de effectiviteit is bewezen. In <i>Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz 2017</i> staat voor welke behandelingen dit wel of juist niet zo is.</p> <p>De volgende behandelingen vallen niet onder deze rubriek maar onder generalistische basis-ggz</p> <ul style="list-style-type: none"> • behandeling van relatief eenvoudige psychische problemen • behandeling van aanpassingsstoornissen • zorg bij werk- en relatieproblemen
------------------------	--

Gespecialiseerde ggz met opname

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Gespecialiseerde ggz is de psychiatrische of psychologische zorg bij ernstige of complexe psychische problemen, waarvoor u wordt opgenomen.				
Waar kan ik terecht	Een ggz-instelling of de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Een regiebehandelaar coördineert de behandeling en is uw aanspreekpunt.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt de gespecialiseerde ggz en de kosten van opname vanaf 18 jaar, bij (een vermoeden van) een stoornis volgens de DSM-5, voor maximaal drie jaar.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	<p>PNOzorg moet toestemming geven voor de kosten van verblijf na het eerste jaar. De toestemming vraagt u uiterlijk in de tiende maand van het verblijf aan met een gemotiveerde aanvraag op basis van de <i>Checklist LGGZ</i> en het behandelplan. Uw zorgverlener kan u hierover informeren.</p> <p>Heeft u een diagnose ‘aan alcohol gebonden stoornissen’, ‘overige aan een middel gebonden stoornissen’, of ‘eetstoornis’? Dan moet PNOzorg voordat u wordt opgenomen toestemming hebben gegeven voor gespecialiseerde ggz met opname. De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van de zorgverlener. Gaat het om spoedeisende behandeling voor deze diagnoses, dan moet de toestemming binnen de eerste behandelmaand zijn gegeven.</p>				
Waar moet ik op letten	<p>Tot 18 jaar regelt de Jeugdwet deze zorg.</p> <p>De Basisverzekering vergoedt alleen zorg waarvan de effectiviteit is bewezen. In het <i>Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz 2017</i> staat voor welke behandelingen dit wel of juist niet zo is.</p> <p>De volgende behandelingen vallen niet onder deze rubriek maar onder generalistische basis-ggz</p> <ul style="list-style-type: none"> • behandeling van relatief eenvoudige psychische problemen • behandeling van aanpassingsstoornissen • zorg bij werk- en relatieproblemen <p>Na het derde jaar valt de zorg onder de Wet langdurige zorg (Wlz).</p>				

Alternatieve geneeswijzen

Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 250 per verzekerde per kalenderjaar Heeft u Alternatieve geneeswijzen ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	maximaal € 350 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 600 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	<ul style="list-style-type: none"> • Alternatieve en antroposofische consulten en behandelingen • Alternatieve geneesmiddelen: <ul style="list-style-type: none"> • antroposofische farmaceutische producten • fytotherapeutische farmaceutische producten • homeopathische farmaceutische producten • orthomoleculaire farmaceutische producten • ongeregistreerde farmaceutische producten (niet-geneesmiddelen) die binnen de alternatieve geneeskunde worden gebruikt • Laboratoriumonderzoek aangevraagd door de behandelend arts of de behandelaar 				
Waar kan ik terecht	<p>Alternatieve en antroposofische consulten en behandelingen: een arts of een behandelaar. Alternatieve geneesmiddelen: een apotheek of apotheekhoudende huisarts.</p> <p>Is de zorgverlener geen arts? Dan valt hij onder het begrip behandelaar. Een behandelaar moet</p> <ul style="list-style-type: none"> • volwaardig lid zijn van en voldoen aan de kwaliteitseisen van een beroepsorganisatie die voorkomt op de <i>Lijst erkende beroepsorganisaties 2017</i> en • beschikken over medische en psychosociale basiskennis volgens de PLATO-eisen. Meer informatie daarover staat in <i>PLATO-eisen</i>. 				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg vergoedt alternatieve geneesmiddelen alleen als u daarvoor een voorschrift heeft van een arts en als ze zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt niet: alternatieve kuurbehandelingen.				

Preventieve zorg

Voetzorg bij diabetes

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	zie behandeling door een pedicure
Wat	Bij diabetes (suikerziekte) zijn de voeten extra kwetsbaar. Daarom kunt u bij diabetes een jaarlijkse voetcontrole laten doen. Uw arts of podotherapeut stelt dan vast welke zorg u nodig heeft om voetproblemen ('Diabetische voet') zoveel mogelijk te voorkomen. Hoeveel zorg u nodig heeft wordt uitgedrukt in een zorgprofiel, een getal van 0 tot en met 4. Bij zorgprofiel 2, 3 of 4 krijgt u regelmatig voetonderzoek, en voetzorg volgens een persoonlijk zorgplan. Deze voetzorg kan bestaan uit het behandelen van huid- en nagelproblemen, het verbeteren van de stand van de voet en advies over schoenen. Voetverzorging zoals nagels knippen en eelt verwijderen valt niet onder voetzorg bij diabetes.				
Waar kan ik terecht	Uw huisarts, een medisch specialist of een podotherapeut voert de jaarlijkse voetcontrole uit en stelt uw zorgprofiel vast. Een gespecialiseerde podotherapeut verleent de zorg.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt de jaarlijkse voetcontrole. Bij zorgprofiel 2, 3 of 4 vergoedt de Basisverzekering de zorg volgens uw persoonlijk zorgplan.				
Wat betaal ik zelf	U betaalt geen eigen risico.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt de zorg als huisartsenzorg .				

Vaccinatie en preventieve geneesmiddelen

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar, geen griep prik	maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar Heeft u Preventieve zorg ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	<ul style="list-style-type: none"> De vaccinaties en geneesmiddelen die gebruikelijk zijn voor uw (vakantie)reis. Bijvoorbeeld een inenting tegen hepatitis, of malariatabletten De griep prik, als u daarvoor geen medische indicatie heeft 				
Waar kan ik terecht	Een arts, een apotheek of een instelling die deze zorg levert, zoals de GGD.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Start en hoger vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen. PNO Start vergoedt de griep prik niet.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				

Begeleiding bij stoppen met roken

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	zie preventie-cursussen en programma's voor stoppen met roken
Wat	Wilt u stoppen met roken? Dan kunt u kort ondersteunend advies krijgen van uw huisarts, of de medisch specialist of verloskundige bij wie u onder behandeling bent. Heeft u intensievere begeleiding nodig? Dan zijn er stoppen-met-roken programma's, die u helpen met op gedragsverandering gerichte medische zorg. Ze bestaan bijvoorbeeld uit telefonische ondersteuning en persoonlijke of groepscoaching. Als de zorgverlener dat noodzakelijk vindt, kunt u ook medicijnen krijgen.				
Waar kan ik terecht	Het korte ondersteunende advies: uw huisarts, een medisch specialist of verloskundige. Intensieve begeleiding: uw huisarts, of een verpleegkundige of zorgverlener die in het Kwaliteitsregister Stoppen met roken (www.KwaliteitsregisterStopmetRoken.nl) staat.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt begeleiding bij stoppen met roken.				
Wat betaal ik zelf	U betaalt geen eigen risico. Voor de geneesmiddelen kan een wettelijke eigen bijdrage gelden.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg vergoedt de geneesmiddelen alleen als ze onderdeel zijn van het behandelprogramma. Ze moeten zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of verloskundige.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt niet: anonieme behandeling via internet. Niet-medische programma's om te stoppen met roken staan in de volgende rubriek.				

Preventiecurcussen en programma's voor stoppen met roken

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
zie begeleiding bij stoppen met roken	0%	0%	0%	0%	maximaal € 200 per kalenderjaar
Wat	<ul style="list-style-type: none"> • De preventiecurcussen die in de <i>Lijst erkende preventiecurcussen 2017</i> staan • Drie programma's voor stoppen met roken: <ul style="list-style-type: none"> • lasertherapie • Allen Carr-training • training via video, e-mail of open training van één dag volgens de methode De Opluchting 				
Waar kan ik terecht	Een instelling die de erkende preventiecurcus of het programma voor stoppen met roken aanbiedt.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Compleet vergoedt maximaal € 200 per kalenderjaar.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Waar moet ik op letten	Begeleiding bij stoppen met roken die onder de Basisverzekering valt staat apart vermeld.				

Voorkomen van depressie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	zie preventie-cursussen en programma's voor stoppen met roken
Wat	Korte therapieën om te voorkomen dat depressieve klachten een echte depressie worden. Het kan gaan om <ul style="list-style-type: none"> • cognitieve gedragstherapie via programma's zoals 'In de put, uit de put' en 'Kleur je leven' • interpersoonlijke therapie • problem solving therapie 				
Waar kan ik terecht	Uw huisarts of een zorgverlener onder zijn verantwoordelijkheid, zoals een praktijkondersteuner ggz of een psycholoog buiten de huisartsenpraktijk.				
Wat krijg ik vergoed	PNO Zorg vergoedt deze zorg. De aanvullende verzekering PNO Compleet vergoedt daarnaast preventiecursussen voor mentale fitheid.				
Wat betaal ik zelf	U betaalt geen eigen risico voor huisartsenzorg.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt de kosten alleen als ze als huisartsenzorg in rekening zijn gebracht. De Basisverzekering vergoedt niet: anonieme behandeling via internet en bewegingsgerichte programma's.				

Preventieve zorg bij overgewicht

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	zie preventie-cursussen en programma's voor stoppen met roken
Wat	<p>Zorg om op een gezond gewicht te komen en te blijven. De zorg kan bestaan uit</p> <ul style="list-style-type: none"> • leefstijladvies bij een BMI hoger dan 25 • een gecombineerde leefstijlinterventie, bij een BMI hoger dan 30 of als u naast overgewicht ook bijkomende gezondheidsproblemen heeft. Bij een gecombineerde leefstijlinterventie werkt u onder begeleiding aan een gedragsverandering voor het aanwennen en behouden van gezond gedrag. • een preventiecursus 				
Waar kan ik terecht	<p>Leefstijladvies: uw huisarts of een zorgverlener onder zijn verantwoordelijkheid, zoals een praktijkondersteuner, leefstijladviseur of diëtist.</p> <p>Gecombineerde leefstijlinterventie</p> <ul style="list-style-type: none"> • advies over voeding en eetgewoonten: uw huisarts of een diëtist • advisering over en begeleiding bij beweging: een fysiotherapeut, oefentherapeut of, onder verantwoordelijkheid van uw huisarts: een leefstijladviseur • begeleiding bij gedragsverandering: uw huisarts of een zorgverlener onder zijn verantwoordelijkheid, zoals een praktijkondersteuner, leefstijladviseur of psycholoog <p>Preventiecursus: een instelling die de erkende preventiecursus aanbiedt.</p>				
Wat krijg ik vergoed	<p>De Basisverzekering vergoedt</p> <ul style="list-style-type: none"> • het leefstijladvies • de gecombineerde leefstijlinterventie, of onderdelen daarvan, als deze onder verantwoordelijkheid van de huisarts wordt uitgevoerd <p>De aanvullende verzekering PNO Compleet vergoedt erkende preventiecursussen gericht op gezonde voeding en gezond gewicht.</p>				
Wat betaal ik zelf	<p>U betaalt geen eigen risico.</p> <p>Wordt u voor advies over voeding en eetgewoontes naar een diëtist verwezen? Dan valt de zorg onder diëtetiek, en betaalt u wel eigen risico.</p> <p>Wordt u voor begeleiding bij beweging naar een fysiotherapeut of oefentherapeut verwezen? Dan valt de zorg onder fysiotherapie en oefentherapie, en betaalt u eigen risico als de zorg volgens die rubriek onder de Basisverzekering valt.</p>				
Wat moet ik zelf doen	<p>U moet voor de gecombineerde leefstijlinterventie vooraf een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts of een medisch specialist. Bijkomende gezondheidsproblemen, zoals een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes of samenhang tussen overgewicht en ziekte moeten zijn vastgesteld door uw huisarts.</p>				
Waar moet ik op letten	<p>Uw BMI berekent u door gewicht (in kilo's) te delen door uw lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door uw lengte (in meters).</p>				

Preventie van problematisch alcoholgebruik

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Een kortdurend programma op basis van motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie, om problematisch alcoholgebruik te voorkomen. Bijvoorbeeld 'Minder drinken' en 'de Drinktest' van het Trimbos Instituut.				
Waar kan ik terecht	Uw huisarts of een zorgverlener onder zijn verantwoordelijkheid, zoals een praktijkondersteuner ggz of een psycholoog.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt de zorg als u een hoog risico heeft op problematisch alcoholgebruik of op alcoholafhankelijkheid.				
Wat betaal ik zelf	U betaalt geen eigen risico.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt niet: anonieme behandeling via internet. Als uw huisarts u doorverwijst naar een psycholoog of een ggz-instelling dan geldt het hoofdstuk Geestelijke gezondheidszorg (ggz) .				

Preventie van paniekstoornis

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Een kortdurend programma op basis van cognitieve gedragstherapie, om te voorkomen dat panieklachten een paniekstoornis worden. Bijvoorbeeld het programma 'Geen paniek'.				
Waar kan ik terecht	Uw huisarts of een zorgverlener onder zijn verantwoordelijkheid, zoals een praktijkondersteuner ggz of een psycholoog.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt de zorg.				
Wat betaal ik zelf	U betaalt geen eigen risico.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt de kosten alleen als ze als huisartsenzorg in rekening zijn gebracht. PNOzorg vergoedt niet: anonieme behandeling via internet. Als uw huisarts u doorverwijst naar een psycholoog of een ggz-instelling dan geldt het hoofdstuk Geestelijke gezondheidszorg (ggz) .				

Gezondheidscheck-up

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	100%	100%	100% Heeft u Preventieve zorg ingeruild voor keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	100%	100%
Wat	Een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit een leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie, bloeddrukmeting, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat. U kunt ook kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit een leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat.				
Waar kan ik terecht	Een door PNOzorg geselecteerde aanbieder (fysiotherapeut).				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Start en hoger vergoeden een jaarlijkse gezondheidscheck-up of sportcheck-up.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg vergoedt de check-up alleen als u deze regelt via de PNO ZorgConsulent.				

Vormen van therapie

Beweegprogramma's voor mensen met kanker

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	80%	80%
Wat	<ul style="list-style-type: none"> Een revalidatieprogramma om restklachten van (behandeling in verband met) kanker te verminderen, of met die klachten te leren omgaan. Met lichamelijke training in groepsverband werkt u aan uw herstel en aan verbetering van uw conditie. Er is ook aandacht voor bijvoorbeeld stress, voeding en weer aan het werk gaan. Een beweegprogramma volgens de methode van Cytofys, Oncomove of Sportplan Tegenkracht, tijdens een chemotherapie-behandeling. 				
Waar kan ik terecht	Onder begeleiding van een fysiotherapeut, oefentherapeut of Sport Medisch Adviescentrum.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden de programma's voor 80%. De vergoeding voor het revalidatieprogramma geldt voor maximaal drie maanden maximaal twee keer per week in groepsverband trainen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. 20% van de kosten betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat u aan het programma begint een voorschrift hebben van uw behandelend arts.				

Warmwatergroepstherapie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	Oefentherapie in groepsverband in extra verwarmd water, als u een ernstig probleem heeft in het bewegingsapparaat.				
Waar kan ik terecht	Onder begeleiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat u met de therapie begint een verwijzing hebben van uw behandelend arts.				

Huidtherapie (Acnebehandeling, camouflage, tepelhofatoeage en ontharing)

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	voor alle vormen van huidtherapie samen: maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar Heeft u Vormen van therapie ingeruild voor Keuzevoordeel? Dan vervalt deze vergoeding.	elektrische epilatie en laserontharing: samen maximaal € 1.000 voor de looptijd van de verzekering acne-behandeling, tepelhofatoeage en camouflage-therapie: samen maximaal € 350 per verzekerde per kalenderjaar	elektrische epilatie en laserontharing: samen maximaal € 1.500 voor de looptijd van de verzekering acne-behandeling, tepelhofatoeage en camouflage-therapie: samen maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	<ul style="list-style-type: none"> • Acnebehandeling: huidtherapie als u in uw gezicht last heeft van ernstige actieve acne, of peeling bij sterk ontsierende littekens na genezen acne. • Camouflagetherapie: lessen in camoufleren, als u in uw gezicht en/of hals last heeft van sterk ontsierende littekens of huidvlekken. • Tepelhofatoeage: medische tatoeage van de tepel, na een borstreconstructie. • Elektrische epilatie en/of laserontharing, als u in uw gezicht en/of hals last heeft van overmatige haargroei. 				
Waar kan ik terecht	Acnebehandeling en camouflagetherapie: een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist. Elektrische epilatie en laserontharing: een huidtherapeut, een schoonheidsspecialist of een medisch specialist. Tepelhofatoeage: een huidtherapeut of een medisch specialist. De huidtherapeut moet als volwaardig lid zijn ingeschreven bij NVH. De schoonheidsspecialist moet zijn ingeschreven bij ANBOS.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Keuze en hoger vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen. Bij PNO Keuze geldt het bedrag voor alle vormen van huidtherapie samen. De vergoeding voor tepelhofatoeage geldt alleen als de zorg niet onder de Basisverzekering valt. Bij camouflagetherapie vergoedt PNOzorg ook de noodzakelijke pasta's, crèmes en poeders.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	Voor acnebehandeling moet u een voorschrift hebben van uw behandelend dermatoloog. Het voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet uw zorgprofiel staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg kan uitvoeren. Voor camouflagetherapie moet u een voorschrift hebben van uw huisarts. Het voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De kosten van de instructie en van de producten moeten apart op de declaratie staan. Voor elektrische epilatie en voor laserbehandeling moet u een voorschrift hebben van uw huisarts. Het voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Voor tepelhofatoeage moet u een voorschrift hebben van uw huisarts of de behandelend medisch specialist. Het voorschrift stuurt u mee met de declaratie.				
Waar moet ik op letten	Zoekt u een huidtherapeut? <i>Kwaliteitsregisters paramedische zorg</i> biedt meer informatie.				

Podotherapie en podologie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
Zie voetzorg bij diabetes	0%	maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 250 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 350 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 600 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	Behandeling van voetproblemen en van klachten die te maken hebben met een afwijkende stand van de voeten of een bepaald looppatroon. Hieronder vallen ook de zogenoemde podotherapeutische supplementen, zoals podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels, en het aanmeten daarvan.				
Waar kan ik terecht	<ul style="list-style-type: none"> • een podotherapeut • een podoloog die volwaardig lid is van en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Stichting Loop (Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie). 				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen. Bij diabetesse voetzorg geldt de vergoeding alleen als u zorgprofiel 1 heeft.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Waar moet ik op letten	Bij zorgprofiel 2 en hoger vergoedt de Basisverzekering voetzorg bij diabetes . Daar vindt u ook meer informatie over het zorgprofiel. Steunzolen staan apart vermeld.				

Behandeling van ernstig overgewicht

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
Zie medisch-specialistische zorg	0%	0%	0%	50%, tot maximaal € 1.750, per verzekerde voor de looptijd van de verzekering	50%, tot maximaal € 3.500, per verzekerde voor de looptijd van de verzekering
Wat	Behandeling in een gespecialiseerde kliniek, bij ernstig overgewicht.				
Waar kan ik terecht	Een obesitaskliniek of een aan een ziekenhuis verbonden afdeling voor behandeling van overgewicht.				
Wat krijg ik vergoed	Voor behandeling bij ernstig overgewicht die niet onder de Basisverzekering valt, vergoeden de aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet 50% van de kosten, tot maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Voor zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico. 50% van de zorgkosten betaalt u zelf. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u ook zelf.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg moet toestemming hebben gegeven voordat de behandeling begint. De toestemming vraagt u aan met een gemotiveerde verklaring van de behandelend arts.				

Behandeling door een pedicure

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
Zie voetzorg bij diabetes	0%	0%	0%	0%	maximaal € 230 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	Voetzorg, als u last heeft van een zogenoemde reumatische of diabetische voet. Orthesen en nagelbeugels, en het aanmeten daarvan, horen ook bij deze zorg.				
Waar kan ik terecht	Een pedicure met de aantekening 'voetverzorging diabetici' (DV) of 'voetverzorging reumapatiënten' (RV).				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Compleet vergoedt maximaal € 230 per verzekerde per kalenderjaar. Bij diabetische voetzorg geldt de vergoeding alleen als u zorgprofiel 1 heeft.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Waar moet ik op letten	Bij zorgprofiel 2 en hoger vergoedt de Basisverzekering voetzorg bij diabetes . Daar vindt u ook meer informatie over het zorgprofiel.				

Overgangsconsulent

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 175 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	Begeleiding van vrouwen met overgangsklachten.				
Waar kan ik terecht	Een overgangsconsulent, aangesloten bij VVOC (Vereniging verpleegkundig overgangsconsulenten) of Care for Women.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				

Stottertherapie

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	maximaal € 350 per verzekerde voor de looptijd van de verzekering	maximaal € 750 per verzekerde voor de looptijd van de verzekering	maximaal € 1.500 per verzekerde voor de looptijd van de verzekering
Wat	Therapie in een groep tegen stotteren, volgens de methode Del Ferro, De Paauw, Hausdörfer of McGuire.				
Waar kan ik terecht	Bij een instituut dat werkt volgens een van deze methodes.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Keuze en hoger vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				

Zorg(diensten) in het buitenland

Onvoorziene zorg in het buitenland (als u geen PNO Buitenland heeft)

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
maximaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of marktconforme tarief	zorg en diensten volgens PNO Start: maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag	zorg en diensten volgens PNO Standaard: maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag	zorg en diensten volgens PNO Keuze: maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag	zorg en diensten volgens PNO Extra: maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag	zorg en diensten volgens PNO Compleet: maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag
Wat	Onvoorziene zorg die medisch noodzakelijk is door acute ziekte of een ongeval, als u tijdelijk in het buitenland bent voor bijvoorbeeld vakantie, zakenreis of studie. Het gaat om zorg die voor vertrek niet kon worden verwacht, en die medisch gezien niet kan worden uitgesteld tot u weer in Nederland bent.				
Waar kan ik terecht	Een zorgverlener of zorgverlenende instantie die ook in Nederland onder de Basisverzekering of uw aanvullende verzekering zou vallen.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt onvoorziene zorg in het buitenland, tot maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou hebben gekost. De aanvullende verzekeringen PNO Start, PNO Standaard, PNO Keuze, PNO Extra en PNO Compleet vergoeden zorg die onder uw aanvullende verzekering valt ook als het gaat om onvoorziene zorg in het buitenland. De vergoeding is dan maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.				
Wat betaal ik zelf	Voor zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico.				
Waar moet ik op letten	<p>Marktconform betekent dat het bedrag dat de zorgverlener of dienstverlener rekent niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners of dienstverleners in hetzelfde land rekenen.</p> <p>Als het gaat om zorg in een EU-/EER- of verdragsland dan kunt u in plaats van de vergoeding door de Basisverzekering ook kiezen voor vergoeding van de zorg volgens de regels van dat land. Meer informatie hierover staat in <i>Grens aan zorg in het buitenland 2017</i>.</p> <p>De vergoeding van de aanvullende verzekeringen geldt alleen bij een verblijf in het buitenland van niet langer dan twaalf maanden.</p> <p>PNOzorg rekent nota's in andere muntsoort om naar euro's tegen de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voor de maand waarin u de zorg kreeg.</p> <p>De vergoedingen en voorwaarden van de aanvullende verzekering PNO Buitenland staan apart vermeld.</p>				

Naar het buitenland voor een medische behandeling

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
maximaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag	zorg en diensten volgens PNO Start: maximaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag	zorg en diensten volgens PNO Standaard: maximaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag	zorg en diensten volgens PNO Keuze: maximaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag	zorg en diensten volgens PNO Extra: maximaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag	zorg en diensten volgens PNO Compleet: maximaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag
Wat	Zorg die onder de Basisverzekering of uw aanvullende verzekering valt, als u voor die zorg naar het buitenland gaat.				
Waar kan ik terecht	Een zorgverlener die is ingeschreven in het overheidsregister voor zorgverleners in het betreffende land, of als dat er niet is, in het register van de erkende beroepsgroep van dat land.				
Wat krijg ik vergoed	<p>De Basisverzekering vergoedt de zorg volgens de voorwaarden zoals die ook in Nederland gelden, tot maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou hebben gekost. Dit is het in Nederland geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.</p> <p>De aanvullende verzekeringen PNO Start, PNO Standaard, PNO Keuze, PNO Extra en PNO Compleet vergoeden zorg die onder uw aanvullende verzekering valt ook als u daarvoor naar het buitenland gaat. De vergoeding is dan maximaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.</p>				
Wat betaal ik zelf	Voor zorg die onder de Basisverzekering valt: de eigen bijdragen en het eigen risico zoals die voor zorg in Nederland zouden gelden. Alles boven het in Nederland geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag betaalt u zelf. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	De voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook als u de zorg in het buitenland ontvangt. Moet u bijvoorbeeld vooraf een verwijzing hebben, of toestemming van PNOzorg als u de zorg in Nederland wilt ontvangen? Dan moet dat ook als u voor de zorg naar het buitenland gaat.				
Waar moet ik op letten	<p>Marktconform betekent dat het bedrag dat de zorgverlener of dienstverlener rekent niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners of dienstverleners in Nederland rekenen.</p> <p>Als het gaat om zorg in een EU-/EER- of verdragsland dan kunt u in plaats van de vergoeding door de Basisverzekering ook kiezen voor vergoeding van de zorg volgens de regels van dat land. Meer informatie staat in <i>Grens aan zorg in het buitenland 2017</i>.</p> <p>Wij raden u aan om altijd vooraf contact op te nemen met het PNO Service Center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan. Zo voorkomt u dat zorgkosten onverwacht voor eigen rekening blijven, bijvoorbeeld doordat de zorg in het buitenland duurder is of binnen de medische beroepsgroep niet als gebruikelijk wordt aanvaard. Meer informatie over zorg in het buitenland staat in <i>Grens aan zorg in het buitenland 2017</i>.</p> <p>PNOzorg rekent nota's in andere muntsoort om naar euro's tegen de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voor de maand waarin u de zorg kreeg.</p> <p>De vergoedingen en voorwaarden van de aanvullende verzekering PNO Buitenland staan apart vermeld.</p>				

PNO Buitenland

Uw Basisverzekering vergoedt de meeste zorgkosten die u in het buitenland maakt, tegen de Nederlandse tarieven. Vaak is zorg in het buitenland echter duurder, of zijn er bijkomende kosten. Daarom heeft PNOzorg de aanvullende verzekering PNO Buitenland. Deze biedt een aanvullende vergoeding voor de zorgkosten en andere kosten waarmee u te maken krijgt als u onderweg of tijdens uw verblijf in het buitenland onverwacht ziek wordt of een ongeval krijgt. PNO Buitenland vergoedt ook de extra kosten van een geplande ziekenhuisbehandeling in België of Duitsland.

U bent verzekerd als u voor een periode van maximaal 180 dagen in het buitenland verblijft. U bent ook verzekerd als u in uw woonland maximaal 180 dagen buiten uw woonplaats verblijft met minimaal één betaalde overnachting. Voor een geplande ziekenhuisbehandeling in België of Duitsland gelden de 180 dagen niet.

De vergoedingen en voorwaarden van PNO Buitenland staan hierna vermeld.

Wat krijg ik vergoed

PNO Buitenland vergoedt zorg en diensten tot maximaal het wettelijke tarief dat geldt in het land waar u wordt behandeld of van de dienst gebruik maakt. Is er geen wettelijk tarief? Dan vergoedt PNO Buitenland een marktconform bedrag. Daarmee bedoelen we: het bedrag dat de zorgverlener of dienstverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners of dienstverleners in hetzelfde land rekenen.

Gaat het hierna om de kosten van verblijf dan geldt als maximale vergoeding € 150 per persoon per dag inclusief overnachting en maaltijden.

Gaat het om vervoer, dan bedoelen we passend vervoer. PNOzorg vergoedt voor vliegen economy class, tenzij dit redelijkerwijs niet mogelijk is. Voor vervoer per auto of taxi geldt een vergoeding van € 0,27 per kilometer via de optimale route. PNOzorg vergoedt niet: kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten.

Wat moet ik zelf doen

U moet vóór u kosten maakt contact op (laten) nemen met **PNO Zorgassistance, telefoon +31 (0)88 668 97 71**, behalve als dat redelijkerwijs niet mogelijk is. PNO Zorgassistance is dag en nacht bereikbaar. PNOzorg vergoedt de telefoonkosten die u daarbij vanuit het buitenland maakt. Belt u niet met PNO Zorgassistance, dan krijgt u mogelijk een lagere of geen vergoeding.

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van PNO Zorgassistance om gegevens over de reden en achtergrond van behandeling of repatriëring met de medisch adviseur van PNOzorg te delen.

Gaat het om **voorzienne behandeling in België of Duitsland**? Dan hoeft u geen contact op te nemen met PNO Zorgassistance, maar moet u wel voor u naar het ziekenhuis of de zorgverlener gaat contact opnemen met de **PNO ZorgConsulent**. Deze begeleidt u bij de keuze van ziekenhuis of zorgverlener. De PNO ZorgConsulent is op werkdagen bereikbaar via het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.

Waar moet ik op letten

PNO Buitenland vergoedt zorg(diensten) alleen als u ook een Basisverzekering of andere zorgverzekering heeft.

PNOzorg rekent nota's in andere muntsoort om naar euro's tegen de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voor de maand waarin u de zorg kreeg.

Onvoorziene zorg

Basisverzekering	PNO Buitenland
Maximaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag	- 100%, als zorg door Basisverzekering wordt vergoed, voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen - maximaal € 250 per kalenderjaar voor Niet Geneesmiddelen.
Wat	Onvoorziene zorg die medisch noodzakelijk is door acute ziekte of een ongeval. De zorg kon voor vertrek niet worden verwacht, en kan medisch gezien niet worden uitgesteld tot u weer in uw woonland bent. Ook het spoedeisende vervoer naar het ziekenhuis of de zorgverlener hoort hierbij.
Waar kan ik terecht	Na contact met PNO Zorgassistance: een door de overheid van het land waar u de zorg krijgt erkend(e) ziekenhuis of zorgverlener.
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering of andere zorgverzekering vergoedt onvoorziene behandeling in het buitenland tot maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou hebben gekost. Zijn de kosten in het buitenland hoger? Dan vergoedt de aanvullende verzekering PNO Buitenland de kosten die voor eigen rekening komen. De vergoeding is maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag in het betreffende land, de vergoeding door de Basisverzekering of andere zorgverzekering meegerekend. De aanvullende verzekering PNO Buitenland vergoedt daarnaast: <ul style="list-style-type: none"> • in Nederland of in het buitenland geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering • middelen die in Nederland geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel, tot maximaal € 250 per kalenderjaar • ziekenvervoer van de verzekerde naar ziekenhuis of zorgverlener
Wat betaal ik zelf	Voor zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico.

Repatriëring

Basisverzekering	PNO Buitenland
Zie Ambulancevervoer	100% inclusief vervoer en verblijf bezoeker
Wat	Medisch noodzakelijke repatriëring bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte naar een door PNO Zorgassistance aangewezen land, met de voorgeschreven begeleiding.
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Buitenland vergoedt: <ul style="list-style-type: none"> • repatriëring • extra kosten van verblijf van de verzekerde die moet worden gerepatriëerd als repatriëring om medische redenen nog niet mogelijk is • eenmalig het vervoer en verblijf voor één persoon voor bezoek aan de verzekerde die moet maar nog niet kan worden gerepatriëerd • het vervoer, als u door ziekte of letsel niet met het geplande vervoersmiddel naar huis kan terugkeren
Waar moet ik op letten	PNO Zorgassistance regelt het vervoer en het verblijf.

Opsporing of redding

Basisverzekering	PNO Buitenland
0%	maximaal € 25.000 per gebeurtenis
Wat	De opsporing of redding die noodzakelijk is als u vanwege ziekte of ongeval in een noodsituatie belandt.
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Buitenland vergoedt opsporing en redding tot maximaal € 25.000 per gebeurtenis.
Waar moet ik op letten	Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.

Vervoer naar ziekenhuis bij opname verzekerde voor onvoorziene zorg

Basisverzekering	PNO Buitenland
0%	bij onvoorziene opname verzekerde: - vervoer reisgenoten naar ziekenhuis en - vervoer en verblijf voor 2 bezoekers in ernstige situaties
Wat	Het vervoer naar het ziekenhuis voor bezoek en ondersteuning van de verzekerde die is opgenomen in verband met onvoorziene zorg , en in bepaalde gevallen ook verblijf in de omgeving.
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Buitenland vergoedt de extra kosten van vervoer van meeverzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis. Verkeert de verzekerde in een levensbedreigende situatie, of blijft hij naar verwachting langer dan vijf dagen opgenomen? Dan vergoedt PNOzorg ook eenmalig de extra kosten van vervoer, en van maximaal 7 dagen verblijf, voor twee personen. Dit hoeven geen meeverzekerde reisgenoten te zijn. Kan de verzekerde na de opname om medische redenen nog niet terugkeren naar huis? Dan vergoedt PNOzorg dit verblijf tot (totaal) maximaal 15 dagen.
Waar moet ik op letten	PNO Zorgassistance regelt het vervoer en het verblijf.

Eerder terugkeren

Basisverzekering	PNO Buitenland
0%	bij ziekte of ongeval onderweg, of ernstige omstandigheden thuis - in buitenland: vervoer en verblijf - in woonland: maximaal € 500 per gebeurtenis
Wat	U moet terug naar huis omdat: <ol style="list-style-type: none"> 1. u of een reisgenoot ziek wordt of een ongeval krijgt, en u daardoor de geplande bestemming niet kunt bereiken 2. een reisgenoot ernstig ziek wordt of een ernstig ongeval krijgt 3. een niet verzekerde reisgenoot overlijdt 4. een familielid of huisgenoot ernstig ziek blijkt, een ernstig ongeval heeft gehad of is overleden 5. er ernstige schade ontstaat aan uw woning, de inboedel of uw bedrijf
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Buitenland vergoedt eenmalig de extra kosten van vervoer en verblijf in verband met uw terugreis. De aanvullende verzekering PNO Buitenland vergoedt ook de kosten van vervoer en verblijf als u binnen de oorspronkelijke reisduur alsnog terugreist naar uw geplande bestemming. Gaat het om situatie 4 en verbleef u binnen uw woonland? Dan vergoedt de aanvullende verzekering PNO Buitenland maximaal € 500 per gebeurtenis.
Waar moet ik op letten	PNO Zorgassistance regelt het vervoer en het verblijf. Overlijden van een verzekerde reisgenoot valt onder regeling bij overlijden .

Vervangende chauffeur

Basisverzekering	PNO Buitenland
0%	100%, tot woonplaats of dichtstbijzijnde inleverplaats huurauto
Wat	Een vervangende chauffeur, als het gebruikte motorrijtuig nog goed rijdt en u zelf niet meer in staat bent om te rijden en er geen reisgenoot is die u redelijkerwijs kan vervangen.
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Buitenland betaalt een vervangende chauffeur tot aan uw woonplaats. Is het voertuig gehuurd? Dan betaalt PNOzorg de vervangende chauffeur tot aan de dichtstbijzijnde inleverplaats.
Waar moet ik op letten	PNO Zorgassistance regelt de vervangende chauffeur.

Garantie, voorschotbetalingen en toezending geneesmiddelen

Basisverzekering	PNO Buitenland
0%	Garantie, voorschot en toezending geneesmiddelen
Wat	<ul style="list-style-type: none"> • garantie op rechtstreekse betaling aan de zorgverlener, of de noodzakelijke voorschotbetalingen, als het gaat om kosten die worden vergoed door de Basisverzekering of door de aanvullende verzekering PNO Buitenland • toezending van noodzakelijke geneesmiddelen waarvan de kosten door de Basisverzekering of de aanvullende verzekering PNO Buitenland vergoed worden, als die ter plaatse niet verkrijgbaar zijn
Waar kan ik terecht	PNO Zorgassistance regelt de garantie, de voorschotbetaling of de toezending.
Waar moet ik op letten	PNO Zorgassistance verstrekt geen garantie of voorschot bij voorzien behandeling in België of Duitsland .

Regeling bij overlijden

Basisverzekering	PNO Buitenland
0%	<ul style="list-style-type: none"> - vervoer stoffelijk overschot, of begrafenis/crematie tot maximaal € 7.500 - vervoer en verblijf reisgenoten en begeleider
Wat	Vervoer van het stoffelijk overschot of vergoeding van de uitvaart, als een verzekerde overlijdt.
Wat krijg ik vergoed	<p>De aanvullende verzekering PNO Buitenland vergoedt</p> <ul style="list-style-type: none"> • het vervoer van het stoffelijk overschot naar een door de nabestaanden gekozen land, of in plaats daarvan: begrafenis of crematie en overkomst (inclusief terugreis) van familieleden in de 1e of 2e graad tot maximaal € 7.500 • extra kosten van verblijf van meeverzekerde reisgenoten, vanaf het overlijden tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, met een maximum van 30 dagen • extra kosten van vervoer in verband met de terugreis van meeverzekerde reisgenoten • vervoer en verblijf van één persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan
Waar moet ik op letten	PNO Zorgassistance regelt het vervoer en het verblijf.

Voorziene behandeling in België of Duitsland

Basisverzekering	PNO Buitenland
maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme tarief	100% voor medisch-specialistische zorg die door Basisverzekering wordt vergoed, voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen
Wat	De zorg die bij medisch-specialistische zorg staat vermeld, als u daarvoor naar België of Duitsland gaat. Alternatieve zorg valt hier niet onder.
Waar kan ik terecht	Een door de overheid van het land waar u de zorg krijgt erkend(e) ziekenhuis of zorgverlener, na contact met de PNO ZorgConsulent.
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering of andere zorgverzekering vergoedt de zorg tot maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou hebben gekost. Zijn de kosten in België of Duitsland hoger? Dan vergoedt de aanvullende verzekering PNO Buitenland de kosten die voor eigen rekening komen. De vergoeding is maximaal het wettelijke of marktconforme tarief in het betreffende land, de vergoeding door de Basisverzekering of andere zorgverzekering meegerekend. De aanvullende verzekering PNO Buitenland vergoedt ook de kosten van ziekenvervoer van uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis in België of Duitsland, als het gaat om vervoer voor een behandeling waarvan de kosten vergoed worden volgens deze rubriek.
Wat betaal ik zelf	Voor zorg die onder de Basisverzekering valt: het eigen risico. Voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, betaalt u geen eigen risico.
Wat moet ik zelf doen	U moet voor u naar het ziekenhuis of de zorgverlener gaat contact opnemen met de PNO ZorgConsulent. Deze begeleidt u bij de keuze van ziekenhuis of zorgverlener. Als u zorg krijgt waarvoor u in Nederland vooraf toestemming moet hebben van PNOzorg, dan heeft u die toestemming uiteraard ook nodig als u die zorg in het buitenland krijgt.
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt niet: de kosten van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon (België) of kosten die hieruit voortvloeien.

Diversen

Second opinion

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
100%	0%	0%	0%	0%	0%
Wat	Twijfelt u over de diagnose die uw huisarts of medisch specialist met u heeft besproken, of over een voorgestelde behandeling? Dan kunt u de mening van een andere zorgverlener vragen: een second opinion. De tweede zorgverlener geeft alleen zijn visie en neemt niet de behandeling over.				
Waar kan ik terecht	Een (andere) huisarts of medisch specialist, een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog, of een verloskundige.				
Wat krijg ik vergoed	De Basisverzekering vergoedt de second opinion.				
Wat betaal ik zelf	Het eigen risico, behalve als het gaat om huisartsenzorg of verloskundige zorg.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat u naar de andere zorgverlener gaat een verwijzing hebben van de zorgverlener die u behandelt.				
Waar moet ik op letten	De second opinion moet betrekking hebben op huisartsenzorg, medisch-specialistische, psychologische, psychiatrische of verloskundige zorg. De PNO ZorgConsulent helpt u graag bij het vinden van een zorgverlener voor een second opinion.				

Family Care

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	maximaal € 200 per verzekerde, één keer per kalenderjaar	maximaal € 500 per verzekerde, één keer per kalenderjaar
Wat	Onder Family Care vallen <ul style="list-style-type: none"> • vervangende mantelzorg, als u door chronische ziekte of handicap mantelzorg nodig heeft maar uw eigen mantelzorgers ziek of op vakantie zijn • kinderopvang voor uw kind(eren) vanaf de vierde dag van uw ziekenhuisopname • dierenopvang voor uw huisdier(en) tijdens uw ziekenhuisopname 				
Waar kan ik terecht	Voor vervangende mantelzorg: via de PNO ZorgConsulent, bij Mantelzorgvervanging Nederland Handen-in-Huis. Voor kinderopvang: een erkende instelling voor kinderopvang. Voor dierenopvang: een hondenuitlaatbedrijf of dierenpension.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	Vervangende mantelzorg moet u vooraf aanvragen via de PNO ZorgConsulent.				
Waar moet ik op letten	De Wmo voorziet in ondersteuning en vervangende mantelzorg. De dekking van de aanvullende verzekeringen geldt alleen als u geen Wmo-zorg kunt krijgen.				

Sportmedisch adviescentrum

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar	0%	0%	maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	Sportmedisch onderzoek en advies, bijvoorbeeld om op een verantwoorde manier te (gaan) sporten.				
Waar kan ik terecht	Een sportmedisch adviescentrum.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Standaard en PNO Compleet vergoeden maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt niet: de kosten van een (sport)keuring.				

Herstellingsoord en zorghotel

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	maximaal € 150 per dag	maximaal € 150 per dag
Wat	Het verblijf in een herstellingsoord of een zorghotel, als dat medisch gezien nodig is doordat er thuis onvoldoende zorg of toezicht is, om te herstellen van overspannenheid of om te leren leven met een beperking.				
Waar kan ik terecht	Een herstellingsoord of zorghotel dat op de <i>Lijst erkende herstellingsoorden</i> van PNOzorg staat.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden maximaal € 150 per dag.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Waar moet ik op letten	Vergelijkbare zorg kan ook onder de Basisverzekering vallen en heet dan kortdurend eerstelijnsverblijf . Als u voor die zorg een indicatie heeft, geldt de dekking van de aanvullende verzekering niet.				

Kuuroord

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar	maximaal € 1.000 per verzekerde per kalenderjaar
Wat	Behandeling en verblijf in een kuuroord in Nederland of het buitenland, als dat medisch gezien nodig is wegens de reumatische aandoeningen ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica.				
Waar kan ik terecht	Een gekwalificeerd kuuroord.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Wat moet ik zelf doen	U moet voordat u naar het kuuroord gaat een voorschrift hebben van de huisarts of de medisch specialist.				

Reiskosten ziekenbezoek

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	100%	100%
Wat	Vergoeding van de reiskosten, als uw meeverzekerde gezinslid langere tijd is opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, of binnen zestig kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding gaat in de op achtste dag van aaneengesloten opname.				
Waar kan ik terecht	Eigen vervoer of openbaar vervoer.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden € 0,27 per kilometer (optimale route volgens Routenet) als het bezoek met de auto reist, of de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse).				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				
Waar moet ik op letten	PNOzorg vergoedt niet: bijkomende kosten zoals parkeerkosten.				

Ouderverblijf bij opname kind

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	€ 12,50 per dag, maximaal € 260 per kalenderjaar	100%	100%
Wat	De kosten van uw verblijf, als het nodig is dat u overnacht in (het verblijfshuis bij) het ziekenhuis waar uw meeverzekerde kind is opgenomen.				
Waar kan ik terecht	Een ziekenhuis of verblijfshuis.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Keuze vergoedt maximaal de in de tabel hierboven genoemde bedragen. De aanvullende verzekeringen PNO Extra en PNO Compleet vergoeden de kosten volledig.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico. Heeft u PNO Keuze, dan is er een maximum aan de vergoeding en betaalt u alles daarboven zelf.				

Condooms

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	één pakket per kalenderjaar	0%	0%	0%
Wat	Een condoompakket (Durex Natural, Durex Mix of Durex Non-Latex).				
Waar kan ik terecht	Bij de Condomerie, uitsluitend via condomerie.com (onder: 'Via Verzekering')				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Standaard vergoedt één condoompakket per kalenderjaar.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				
Waar moet ik op letten	De vergoeding geldt alleen als u een van de genoemde pakketten via de website bestelt.				

Bijzondere vergoedingen

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	vast te stellen door PNOzorg	vast te stellen door PNOzorg	vast te stellen door PNOzorg	vast te stellen door PNOzorg	vast te stellen door PNOzorg
Wat	Een bijzondere vergoeding of tegemoetkoming uit coulance, als bepaalde zorg volgens uw aanvullende verzekering niet is gedekt, maar deze naar redelijke verwachting en met niet-onredelijke kosten een beter resultaat zal geven dan zorg die wel zou worden vergoed. Het moet gaan om zorg die medisch noodzakelijk is en die niet volgens wettelijke regels is uitgesloten of verboden.				
Waar kan ik terecht	PNOzorg kan bepalen naar welke zorgverlener(s) u mag gaan.				
Wat krijg ik vergoed	PNOzorg stelt vast hoeveel uw aanvullende verzekering vergoedt.				
Wat betaal ik zelf	Deze zorg valt niet onder de Basisverzekering dus u betaalt geen eigen risico.				
Wat moet ik zelf doen	U moet de bijzondere vergoeding aanvragen voordat de behandeling begint. Het verzoek moet zo uitgebreid mogelijk worden onderbouwd door uw huisarts, tandarts of medisch specialist.				
Waar moet ik op letten	Wacht eerst de beslissing van PNOzorg af voordat u zich laat behandelen. PNOzorg beslist in principe afwijzend op aanvragen die zij ontvangt als de zorg al is begonnen of is verleend.				

Basisarts

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	0%	0%	0%	100% met een maximum van € 35 per consult
Wat	Consulten bij een basisarts.				
Waar kan ik terecht	Een basisarts (een arts die de artsenopleiding wel heeft afgerond, maar niet de opleiding tot huisarts of medisch specialist).				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekering PNO Compleet vergoedt de zorg met een maximum van € 35 per consult.				
Wat betaal ik zelf	Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Waar moet ik op letten	Consulten in verband met alternatieve geneeswijzen vallen hier niet onder.				

Re-integratie (als uw werkgever bij PNOzorg is aangesloten)

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	0%	45%	45%	45%	45%
Wat	Een integraal programma waarmee u uw arbeidsgeschiktheid behoudt of herstelt.				
Waar kan ik terecht	Een door PNOzorg aangewezen re-integratiebedrijf.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen PNO Standaard en hoger vergoeden 45% van de kosten.				
Wat moet ik zelf doen	PNOzorg moet voor het programma begint toestemming hebben gegeven. Uw werkgever, bedrijfsarts of ARBO-dienst vraagt de toestemming aan.				

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

Basisverzekering	Start	Standaard	Keuze	Extra	Compleet
0%	maximaal € 12.500	maximaal € 12.500	maximaal € 12.500	maximaal € 12.500	maximaal € 12.500
Wat	Heeft u een ongeluk gehad waaraan iemand anders schuld had, dan moet die ander mogelijk uw letselschade vergoeden. Het kan dan gaan om bijvoorbeeld gemiste inkomsten, om niet door de verzekering betaalde zorgkosten of om smartengeld. PNOzorg kan een advocaat of een schaderegelingsbureau inschakelen om de schade te verhalen.				
Waar kan ik terecht	Via PNO Verhaalszaken.				
Wat krijg ik vergoed	De aanvullende verzekeringen van PNOzorg vergoeden de kosten van (juridische) bijstand en van een procedure tot maximaal € 12.500.				
Wat betaal ik zelf	Er is een maximum aan de vergoeding. Alles daarboven betaalt u zelf.				
Waar moet ik op letten	De voorwaarden staan in het <i>Reglement Verhaalsbijstand</i> .				

PNOzorg

Postadres

PNOzorg
Postbus 459
3990 GG Houten

Declaraties

PNOzorg
Declaratiebehandeling
Postbus 463
3990 GG Houten

Bezoekadres

PNOzorg
De Molen 66
3995 AX Houten

PNO Service Center

030 639 62 62

www.pnozorg.nl
www.facebook.com/pnozorg.nl
www.twitter.com/pnozorg