

Wat krijg ik in 2025 vergoed?

Ingangsdatum 1 januari 2025

**Uw collectieve
zorgverzekering bij Dow
in 2025**

Inhoudsopgave

Uw collectieve zorgverzekering bij Dow	3
Uw basisverzekering	4
Wat vergoeden wij?	4
Wachtlijstbemiddeling via de Zorgcoach van Zilveren Kruis	5
De meerwaarde van een aanvullende verzekering	5
Heeft u een hoortoestel nodig?	6
Eigen risico voor de basisverzekering	8
Inzicht in uw zorgkosten	9
Makkelijk declareren	9
Wilt u uw verzekering veranderen?	10
Declareren zorgnota's buitenland	11
Declareren vervoerskosten	11
Vergoeding voor zorg in België en Duitsland	12
Specifieke aandachtspunten voor zorg in België	13
De Europese Zorgverzekeringskaart (EHIC)	14
Heeft u vragen of klachten?	14
Informatie voor grensarbeiders	15
Vergoedingenwijzer gecontracteerde zorg 2025	16
Service en contactgegevens	28

Uw collectieve zorgverzekering bij Dow

Het collectieve zorgcontract van Dow Benelux BV en Dow Europe Holding BV is als volgt samengesteld.

Voor gepensioneerden en gezinsleden

Basis (combinatie)verzekering (Basis Exclusief) met keuzemogelijkheid voor het aanvullend pakket: Dow Start, Extra en Excellent. U kunt ook kiezen uit diverse aanvullende dekkingen: Dow Ziekenhuis Extra en aanvullende tandartsverzekeringen (Dow Tand Basis, 250, 500, 1000 of 1250).

Een vergelijking tussen de diverse pakketten treft u aan in deze vergoedingenwijzer. Heeft u hier vragen over? Neem dan contact op met Witte-Boussen.

Voorwaarden om deel te nemen aan het collectieve contract bij Zilveren Kruis na einde dienstverband

Gepensioneerden van Dow die aansluitend op het einde van hun dienstverband bij Dow pensioneren, reeds verzekerd waren in het collectieve zorgcontract van Dow en op basis van de zorgverzekeringswet verplicht zijn een zorgverzekering in Nederland af te sluiten, kunnen gebruik maken van dit collectieve contract.

Daarnaast kan het collectieve contract van Dow gebruikt worden door:

1. de echtgeno(o)t(e) of partner met wie de gepensioneerde duurzaam in gezinsverband (huwelijk, samenlevingsovereenkomst, geregistreerd partnerschap) samenwoont;
2. zijn/haar kinderen (tot 18 jaar; indien studierend of invalide tot 30 jaar);
3. wezen en achterblijvende partner van de medewerker of gepensioneerde;
4. degene die een arbeidsongeschiktheidspensioen ontvangt en eventuele gezinsleden, indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan tijdens het dienstverband met Dow.

Deelname aan het collectief contract is uitsluitend mogelijk direct voorafgaand aan de pensionering en voor bestaande gezinsleden alleen indien deze reeds opgenomen waren in

de collectiviteit gedurende het dienstverband.

Als er sprake is van een nieuwe echtgeno(o)t(e) of partner (zoals gedefinieerd onder 1) na pensionering of als echtgeno(o)t(e) of partner stopt met werken bij een andere werkgever en hierdoor zijn/haar collectieve zorgverzekering niet kan worden behouden, kan deze alsnog toetreden tot de Dow collectiviteit per de eerstvolgende mogelijke datum, waarop het bestaand contract beëindigd kan worden.

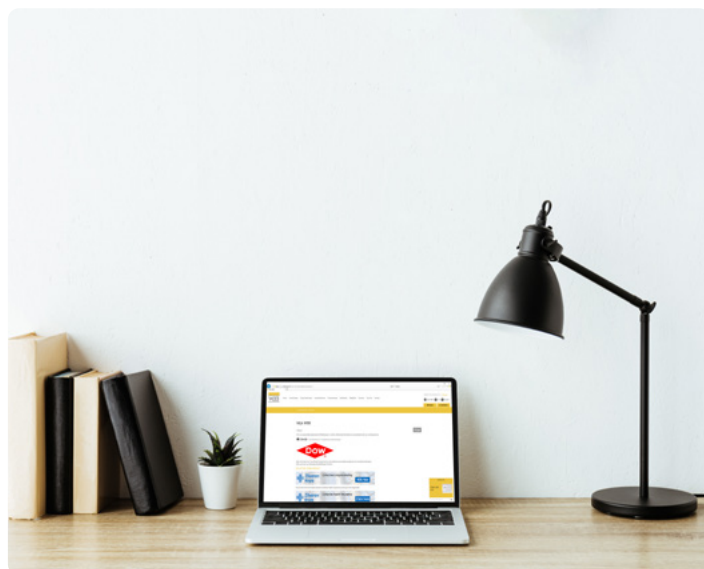
Alle meeverzekerde kinderen vanaf 18 jaar worden benaderd voor het overleggen van een bewijs van studie. Dit bewijs bepaalt of er na 1 januari 2025 nog aanspraak gemaakt kan worden op deelname aan de collectieve zorgverzekering.

Uw gepensioneerdportal bij Witte-Boussen

Witte-Boussen heeft speciaal voor u als Dow-verzekerde een gepensioneerdportal gemaakt. Hierin kunt u informatie terugvinden over polisvoorwaarden, aanvraagformulieren, de premietabel en handige links met betrekking tot de zorgverzekering.

Kijk op www.wbportaal.nl.

De gebruikersnaam is: **Dow gepensioneerden** en het wachtwoord is: **2056077**



Uw basisverzekering

U heeft een combinatiepolis. Hiermee bent u, met uitzondering van GGZ en Wijkverpleging, helemaal vrij om zelf te kiezen naar welke arts, therapeut of ziekenhuis u gaat. Behandelingen worden volledig vergoed tot wat wettelijk is toegestaan. Omdat veel verzekerden gebruik maken van zorg over de grens in België en (in mindere mate) in Duitsland, hecht Dow grote waarde aan deze keuzevrijheid.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener voor GGZ of wijkverpleging? Dan vergoeden wij, als aanvulling op de vergoeding vanuit de Basis Exclusief, de nota voor 100% tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

In tegenstelling tot een naturaverzekering is het minder van belang of de zorgverlener een contract heeft met de verzekeraar om een volledige vergoeding te ontvangen.

Wat vergoeden wij?

In deze vergoedingenwijzer leest u wat wij vergoeden uit de basisverzekering, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen.

Basis Exclusief (combinatiepolis)

- U krijgt 100% vergoed bij alle gecontracteerde ziekenhuizen en alle zorgverleners met een contract.
- U krijgt 100% vergoed van het marktconform of wettelijk tarief bij de meeste zorgverleners zonder contract.
- U krijgt 85% vergoed van het gemiddeld gecontracteerd tarief bij zorgverleners in GGZ en Wijkverpleging zonder contract. *(Bij zorgverleners zonder contract vergoeden wij voor zorg die wij verzekeren de kosten tot maximaal het wettelijk vastgestelde tarief.) Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener voor GGZ of wijkverpleging? Dan vergoeden wij, als aanvulling op de vergoeding vanuit de Basis Exclusief, de nota voor 100% tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).*

Aanvullende verzekeringen Dow Start, Extra of Excellent

Voor zorg die niet in de basisverzekering zit, kunt u zich aanvullend verzekeren. Via Dow bieden wij u de collectieve aanvullende verzekeringen Dow Start, Extra of Excellent aan. De aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen staan in deze Vergoedingenwijzer.



Wilt u weten of wij een contract hebben met uw ziekenhuis of zorgverlener?

Op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) vindt u alle ziekenhuizen en zorgverleners waarmee wij afspraken hebben.

Wachtlijstbemiddeling via de Zorgcoach van Zilveren Kruis

Moet u lang wachten op een eerste afspraak bij een specialist? De Zorgcoach van Zilveren Kruis helpt u graag, zodat u eerder terecht kunt.

Dit is wat de Zorgcoach voor u doet:

- Eerst probeert de Zorgcoach de afspraak in het eigen ziekenhuis te vervroegen.
- Als dit niet lukt, neemt de Zorgcoach contact met u op om andere mogelijkheden te bespreken. U geeft bijvoorbeeld aan of u wilt reizen. En hoe ver.
- Soms kunt u in een ander ziekenhuis sneller geholpen worden.

- De Zorgcoach neemt contact op met verschillende ziekenhuizen, zodat u zo snel mogelijk terechtkunt.
- Een operatie vervroegen is lastiger, omdat de specialist bepaalt wanneer deze gebeurt.

Wachtlijstbemiddeling wordt door Zilveren Kruis altijd 100% vergoed. Kijk voor meer informatie op www.zilverenkruis.nl.

De meerwaarde van een aanvullende verzekering

Niet alle zorg zit in het basispakket. Voor zorg die niet in het basispakket zit kunt u een aanvullende verzekering afsluiten. Bijvoorbeeld als u extra vergoeding wilt voor een behandeling bij de tandarts, fysiotherapeut, alternatief geneeswijzer. Of bijvoorbeeld omdat u een uitgebreidere dekking wilt als u tijdelijk in het buitenland verblijft. U bent overigens niet verplicht om een aanvullende verzekering af

te sluiten. Voor de aanvullende tandartsverzekeringen (Dow Tand 1000 en 1250) en de Dow Ziekenhuis Extra geldt een medische selectie. Dit betekent dat Zilveren Kruis enkele medische vragen stelt en op basis hiervan kan beoordelen of u in aanmerking komt voor deze aanvullende verzekeringen. Op de aanvullende verzekeringen is het eigen risico niet van toepassing.



Heeft u een hoortoestel nodig?

Zilveren Kruis heeft afspraken gemaakt met bijna alle audiciens over kwaliteit en prijs. Gecontracteerde audiciens vindt u op zk.nl/zorgzoeker.

Wanneer krijg ik een vergoeding voor mijn hoortoestel?

U krijgt vergoeding voor uw hoortoestel als er sprake is van een gehoorverlies van tenminste 35dB.

Wat is voor mij de beste hooroplossing?

Als uw gehoorverlies is vastgesteld, bepaalt uw audicien in overleg met u wat voor u de beste hooroplossing is. U krijgt een hoortoestel dat past bij de categorie waarin u bent ingedeeld (categorie 1 t/m 5). De meeste mensen hebben voor beide oren een hoortoestel nodig. Soms is één hoortoestel voldoende.

Mag ik het hoortoestel eerst uitproberen?

Als u uw hoortoestellen heeft uitgezocht kunt u deze vrijblijvend uitproberen. Bent u tevreden over het hoortoestel? Dan tekent u een tevredenheidsverklaring. Als het hoortoestel niet bevalt, maakt u samen met uw audicien een nieuwe keuze en geldt opnieuw een proefperiode. Bent u daarna nog niet tevreden, dan heeft u 2 mogelijkheden:

- U overlegt met uw audicien of aanvullende hulpmiddelen een oplossing bieden.

- U overlegt met uw audicien of er sprake is van een bijzondere situatie. In dat geval laat u zich doorverwijzen naar een audiologisch centrum.

Welke hoortoestellen krijg ik vergoed?

U krijgt alleen een vergoeding voor een hoortoestel uit de voor u geïndiceerde categorie 1 t/m 5.

Wat is mijn voordeel als ik kies voor een hoortoestel van een gecontracteerde audicien?

- Jonger dan 18 jaar? Wij betalen het hoortoestel volledig. U betaalt namelijk geen wettelijke eigen bijdrage.
- 18 jaar of ouder? Wij vergoeden 75% van uw hoortoestel. U betaalt de wettelijke eigen bijdrage van 25% zelf.
- Het wettelijke eigen risico en het vrijwillige eigen risico is niet van toepassing,
- U ontvangt het hoortoestel in bruikleen. U ontvangt altijd een nieuw toestel.
- Wij hebben afspraken gemaakt om uw hoortoestel te laten recyclen als deze aan vervanging toe is.
- De vergoeding is inclusief vervanging van oorstukjes en reparaties van uw hoortoestel gedurende minimaal 5 jaar.





Waar moet ik rekening mee houden als ik kies voor een niet gecontracteerde audicien?

- Bij een niet-gecontracteerde leverancier wordt maximaal het marktconforme tarief betaald. Een indicatie van dit tarief kunt u terugvinden op onze website.
- De vergoeding hangt af van uw polis. Deze vergoeding is lager dan bij de gecontracteerde leveranciers.
- U betaalt een wettelijke eigen bijdrage van 25% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.
- De wettelijke eigen bijdrage is van toepassing vanaf 18 jaar. Bent u jonger dan 18 jaar? Dan is de eigen bijdrage niet van toepassing.
- Vraagt de audicien een hoger bedrag dan de gecontracteerde tarieven van Zilveren Kruis voor de hoortoestellen? Dan betaalt u ook het verschil tussen die twee bedragen.
- Wij hebben geen afspraken gemaakt over vervanging en reparaties van uw hoortoestel. Wij vergoeden dit niet.

Let op! Kiest u zelf voor een andere categorie dan waarvoor u door de audicien bent geïndiceerd? Dan wordt er niets vergoed!

Heeft u een Dow Excellent pakket? Dan heeft u recht op vergoeding van de wettelijk in rekening gebrachte eigen bijdrage per hoortoestel tot maximaal € 500,- per persoon. Voorwaarde is wel dat u vergoeding vanuit de basisverzekering heeft gekregen.

Welke kosten moet ik zelf betalen?

U betaalt de kosten voor een droogbox, batterijen, verzekering, onderhoud, schoonmaak en de kosten voor een afstandsbediening zelf.

Wanneer krijg ik vergoeding voor een buitencategorie toestel (een toestel dat niet behoort tot categorie 1 t/m 5)?

Als uw hoorprobleem niet opgelost kan worden met een hoortoestel uit categorie 1 t/m 5, stuurt uw audicien u door naar het audiologisch centrum. De audioloog test samen met u opnieuw verschillende hoortoestellen uit categorie 1 t/m 5. Als uit deze testen blijkt dat uw hoorprobleem inderdaad niet op te lossen is met hoortoestellen uit categorie 1 t/m 5, dient uw audioloog een aanvraag voor vergoeding van een buitencategorie toestel bij ons in.

Eigen risico voor de basisverzekering

Verplicht eigen risico van € 385,-

Als u medische kosten maakt, geldt er voor de basisverzekering een wettelijk verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico wordt in 2025 niet verhoogd en blijft € 385,-. Dit betekent dat u in 2025 de eerste € 385,- aan zorgkosten uit de basisverzekering zelf betaalt. Kijk voor meer informatie over het eigen risico op zk.nl/eigenrisico.

Gespreid betalen verplicht eigen risico

Verwacht u in 2025 veel zorgkosten te maken en uw verplicht eigen risico volledig te gebruiken? Dan is het fijn om te weten dat u dit in termijnen kunt betalen. Zo weet u precies waar u aan toe bent en hoeft u het bedrag van het ingehouden eigen risico niet in 1 keer volledig te betalen. Vraag het betalen in termijnen uiterlijk 31 januari 2025 aan. Het verplicht eigen risico wordt dan in 10 gelijke delen van uw rekening afgeschreven. Kijk voor meer informatie op zk.nl/eigenrisico.

Wanneer betaalt u geen verplicht eigen risico?

Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico. Er geldt geen eigen risico voor bijvoorbeeld een bezoek aan de huisarts, voor verloskunde, kraamzorg, wijkverpleging, diverse stoppen-met-roken programma's, gecombineerde leefstijlinterventies en vergoedingen uit de aanvullende (tandarts)verzekeringen. Een volledig overzicht vindt u op www.zilverenkruis.nl.

Premievoordeel bij een hoger eigen risico

U kunt uw eigen risico verhogen. Het bedrag boven de € 385,- heet het vrijwillig gekozen eigen risico. U heeft keuze tussen een verhoging van het eigen risico met € 100, € 200, € 300, € 400, of € 500. Als u hiervoor kiest, betaalt u minder premie. Hoe hoger het vrijwillig gekozen eigen risico, hoe lager uw premie. Dit betekent wel dat u een groter deel van de zorg zelf betaalt. U kunt het vrijwillig gekozen eigen risico tot en met uiterlijk 31 december 2024 aanpassen.

Verrekening met verplicht eigen risico

Uw declaraties verrekent Zilveren Kruis altijd eerst met het verplicht eigen risico. Daarna met het eventueel door uzelf gekozen vrijwillig eigen risico. Stuurt uw zorgverlener de rekening naar Zilveren Kruis? Dan betaalt Zilveren Kruis de rekening direct aan de zorgverlener, inclusief het eigen risico. Omdat u dit eigen risico zelf moet betalen, brengt Zilveren Kruis het vervolgens bij u in rekening. Als u zelf een nota bij Zilveren Kruis indient, dan houdt Zilveren Kruis het eigen risico in. Het restbedrag wordt vergoed.

Goed om te weten!

Bent u Zilveren Kruis een bedrag verschuldigd en heeft u nog een bedrag van Zilveren Kruis tegoed? Dan verrekent Zilveren Kruis deze bedragen. Ook tussen de verschillende personen op één polis.





Inzicht in uw zorgkosten

Op Mijn Zilveren Kruis staan alle zorgkosten waarvoor u een vergoeding heeft ontvangen overzichtelijk bij elkaar. U heeft inzicht in:

- kosten die u en de zorgverleners hebben gedeclareerd
- wat er totaal is vergoed en wat u zelf heeft moeten betalen
- inzicht in alle nota's op zorgsoort, status van ontvangst en afhandeling
- stand van uw eigen risico

U logt veilig in op uw persoonlijke pagina via www.mijnzilverenkruis.nl. Inloggen doet u met uw DigiD in combinatie met een sms-controle. Kinderen vanaf 12 jaar en partners hebben hun eigen DigiD nodig. Woont u in het buitenland en heeft u geen DigiD, dan kunt u deze aanvragen via www.digid.nl/buitenland. Via de Zilveren Kruis-app heeft u ook toegang tot alle informatie over uw zorgverzekering. Wel zo handig!

Makkelijk declareren

De meeste mensen zien zelden een rekening van hun zorgverlener. Dat komt doordat zorgverleners hun rekeningen meestal rechtstreeks indienen. Dat is fijn, want zo heeft u er geen omkijken naar. In sommige gevallen krijgt u wel een rekening thuisgestuurd. Bijvoorbeeld omdat Zilveren Kruis niet met alle zorgverleners afspraken heeft gemaakt. U moet de rekening dan eerst zelf betalen en het bedrag vervolgens bij Zilveren Kruis declareren. Dit kan op verschillende manieren: online via Mijn Zilveren Kruis, de Zilveren Kruis app en per post.

Online via Mijn Zilveren Kruis: u logt veilig in via www.mijnzilverenkruis.nl

Per post: Heeft u geen DigiD? Stuur dan uw rekening per post. U stuurt de originele rekening met daarop uw relatienummer, zonder brief of declaratieformulier, in een envelop met postzegel naar:

Zilveren Kruis
Afdeling Declaratieservice
Postbus 70001
3000 KB Rotterdam

Via de Zilveren Kruis-app

Download eerst de app op uw mobiele telefoon. Meer informatie over deze app vindt u op www.zilverenkruis.nl.

Wilt u uw verzekering veranderen?

Er kan in korte tijd veel in uw leven veranderen. Soms vragen zulke veranderingen ook om een aanpassing van uw zorgverzekering. Misschien wilt u meer dekking, of juist minder, of uw eigen risico aanpassen. Heeft u advies nodig? Witte-Boussen helpt u graag.

Geef uw gewenste veranderingen op tijd door

- Tot en met uiterlijk 31 december 2024 kunt u uw verandering voor de basisverzekering en uw vrijwillig gekozen eigen risico aan ons doorgeven. En uw opzegging voor de basisverzekering en aanvullende (tandarts) verzekeringen.
- Tot en met uiterlijk 31 januari 2025 kunt u uw verandering voor de aanvullende (tandarts)verzekeringen aan ons doorgeven. Voor enkele aanvullende verzekeringen geldt een medische selectie. Als dat zo is, laten wij dat aan u weten.

In Mijn Zilveren Kruis regelt u eenvoudig alles rondom uw zorgverzekering

U kunt er uw zorgkosten bekijken, uw nota's declareren en uw gegevens wijzigen zoals uw adresgegevens, bankrekeningnummers of gezinssamenstelling. U kunt er ook uw zorgverzekering opzeggen.

U kunt ook uw wijzigingen aan Witte-Boussen doorgeven

U kunt uw wijzigingen per e-mail sturen naar zorg@witteboussen.nl of per post, t.a.v. de afdeling Zorg. Vermeld hierbij altijd uw relatienummer bij Zilveren Kruis. Als u de geboorte van een kind, een adreswijziging, of een sterfgeval wilt doorgeven, kunt u dit ook telefonisch aan Witte-Boussen doorgeven.

Uw e-mailadres

Gebruikt u uw e-mailadres voor het ontvangen van informatie van Witte-Boussen en/of Zilveren Kruis? Geef dan bij voorkeur uw privé e-mailadres door.



Declareren zorgnota's buitenland

Belgische en Duitse zorgnota's

Belgische en Duitse zorgnota's kunt u digitaal of per post declareren. Op de nota moeten de volgende gegevens staan: naam, adres en de geboortedatum van de behandelde verzekerde.

Belgische en Duitse apotheeknota's

Ook op Belgische en Duitse apotheeknota's moeten deze gegevens staan. Controleer altijd of uw apotheek deze gegevens heeft toegevoegd. Ook de naam van de voorschrijvende arts en zijn of haar RIZIV-nummer moet op de nota staan. Ontbreken deze gegevens? Stuur u dan een kopie van het recept of voorschrift mee. Belgische en Duitse medicijnen worden uitsluitend vergoed als er in

Nederland geregistreerde GVS-medicijnen zijn met dezelfde of soortgelijke werkzame stoffen. Krijgt u in België of Duitsland een geneesmiddel in een andere vorm of dosis voorgeschreven dan in Nederland gebruikelijk is? Dan kan het zijn dat er geen recht op vergoeding is voor dit geneesmiddel.

Overige buitenlandse zorgkosten

Heeft u in het buitenland zorgkosten gemaakt en deze zelf betaald? Dan kunt u deze bij Zilveren Kruis declareren. U stuurt hiervoor een declaratieformulier samen met de originele nota's naar Zilveren Kruis op. Dit formulier kunt u downloaden via www.zilverenkruis.nl. Heeft u geen internet? Vraag het declaratieformulier dan aan bij ons.

Declareren vervoerskosten

Voor een vervoersmachtiging of andere informatie belt u met de Vervoerslijn: (071) 365 4154 . Bereikbaar van 08.00 – 13.00 uur of via de app van Zilveren Kruis. Ook voor vervoer over de grens kunt u dit nummer bellen. Laat dan wel weten dat u via Dow bent verzekerd.

Bij het declareren van vervoerskosten vermeldt u altijd:

- datum;
- naam behandelde verzekerde;
- vertrekplaats;
- plaats van bestemming;
- het aantal kilometers.

Als het van toepassing is, dan ook de (taxi-) nota toevoegen.

Declareren voor grensarbeiders

Bent u een grensarbeider die bij Zilveren Kruis is verzekerd?

Met een declaratieformulier voor grensarbeiders vraagt u de gemaakte zorgkosten terug. Dit formulier vult u online in via <https://www.zilverenkruis.nl/consumenten/service/declareren/uploaden-notas-zorgkosten>.

Vergoeding voor zorg in België en Duitsland

Speciaal voor Dow-verzekerden

In het Dow Excellent pakket is een zogenoemde 'Buitenlandregeling' opgenomen. Dit betekent onder andere dat u terecht kunt bij alle Belgische (algemene, academische en universitaire) ziekenhuizen en Duitse Kreiskrankenhäuser en Universitätskliniken (dus geen privéklinieken) op maximaal 55 kilometer van de Nederlandse grens. Dat geldt in België bijvoorbeeld voor ziekenhuizen in Knokke, Brugge, Gent en Antwerpen, maar ook voor Universitair Ziekenhuis Leuven. In Duitsland geldt dit bijvoorbeeld voor ziekenhuizen in Münster, Duisburg, Mönchengladbach en Aken. Bent u aanvullend verzekerd? Dan worden uw medische kosten, als deze ook in Nederland zijn verzekerd, bij al deze ziekenhuizen voor 100% vergoed. U moet wel uw zorgpas en identiteitsbewijs laten zien. Zorg altijd vooraf voor een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of specialist.

Zorg in overige delen van België en Duitsland

Zorg in overige delen van België en Duitsland wordt tot maximaal 200% vergoed op basis van de Nederlandse tarieven, als deze behandelingen ook in Nederland worden vergoed. Voorwaarde is dat u een aanvullende verzekering heeft.

Zorg bij gecontracteerde ziekenhuizen in België en Duitsland

Als u gebruik maakt van een gecontracteerd ziekenhuis, neem dan uw verwijzing van de huis-, bedrijfsarts of specialist naar dat ziekenhuis mee bij uw eerste afspraak. In de meeste gevallen zal het ziekenhuis rechtstreeks met Zilveren Kruis communiceren over de te volgen behandeling en/of opname. De rekening stuurt het ziekenhuis rechtstreeks naar Zilveren Kruis.

Een actueel overzicht van de gecontracteerde ziekenhuizen vindt u op www.zk.nl/zorgzoeker. Als zoekopdracht voert u 'ziekenhuis in het buitenland' in.

Houdt u er echter rekening mee dat niet alle zorg bij een gecontracteerd ziekenhuis ook daadwerkelijk gecontracteerde zorg betreft.

Uitzonderingen zijn o.a. de GGZ-zorg, maar vaak ook plastisch chirurgische en bariatrische zorg en IVF-behandelingen. Daarnaast worden in onze buurlanden soms behandelingen

en/of operaties gedaan, die in Nederland (nog) niet onder de basisverzekering vallen. Als dit het geval is dan moet het ziekenhuis u hier vooraf over informeren. Ook moet het ziekenhuis voorafgaand aan de behandeling en/of operatie toestemming aanvragen bij Zilveren Kruis. Dit gebeurt via een verwijzing / behandelplan en kostenopgave. Valt de aangevraagde behandeling niet onder de Nederlandse Zorgverzekeringswet, dan wordt deze afgewezen! Zorg er daarom altijd voor dat u dit vooraf navraagt bij het betreffende ziekenhuis!

Zorg bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen in België en Duitsland

Als u zorg afneemt bij een Belgisch of Duits ziekenhuis waarmee Zilveren Kruis geen contract heeft, geldt een aparte procedure. Bij consultatie krijgt u van dit ziekenhuis een nota of rekent u direct af. Als u deze kosten declareert, stuur dan altijd een verwijsbrief mee. Als na het consult blijkt dat een behandeling, opname of operatie nodig is, neem dan vooraf contact op met ons. U ontvangt dan alle informatie voor het regelen van een betalingsgarantie.

Een verwijsbrief vooraf is altijd nodig

Wij benadrukken nogmaals dat een verwijsbrief bij zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde specialistische zorg altijd verplicht is.

Overige zorg in België en Duitsland

Als u gebruik wilt maken van andere zorg in België of Duitsland, dan wordt dit in veel gevallen ook vergoed. Om na te gaan of dit het geval is, neem dan vooraf contact op met Witte-Boussen om dit af te stemmen.

Opname op een 1-persoonskamer

Bij opname in een Belgisch ziekenhuis wordt u soms gevraagd een verklaring te ondertekenen als u in een 1-persoonskamer wilt liggen. U bent echter niet verzekerd voor deze meerkosten! Omdat deze kosten hoog kunnen oplopen (ligkamer en honorarium specialist), adviseren wij u deze verklaring niet zonder meer te ondertekenen. Met de Dow Ziekenhuis Extra kunt u de kosten (deels) afdekken. Mocht opname in een éénpersoonskamer om medische redenen noodzakelijk zijn, dan worden de kosten wel vergoed.

Specifieke aandachtspunten voor zorg in België

Ereloonsupplementen niet of gedeeltelijk geconventioneerde artsen in België

Zilveren Kruis heeft met een aantal Belgische ziekenhuizen contracten afgesloten voor diverse behandelingen, waardoor het ziekenhuis en/of uzelf de betreffende zorg niet vooraf hoeft aan te vragen. De nota's van het ziekenhuis worden in dergelijke gevallen rechtstreeks door de zorgverlener naar Zilveren Kruis verzonden. Er kan echter sprake zijn van een in het gecontracteerde ziekenhuis werkzame arts die met diens tarieven afwijkt van de reguliere RIZIV-tarieven. In dat geval kan deze zgn. niet- of gedeeltelijk geconventioneerde arts extra ereloonsupplementen in rekening brengen. Deze worden dan aan u gefactureerd. De betreffende arts moet u daarover vooraf informeren of een affiche in een publieke ruimte, zoals een wachtkamer ophangen, zodat u daarvan op de hoogte bent gesteld. Zilveren Kruis vergoedt deze facturen indien een Dow Excellent verzekering is afgesloten. Is dat niet het geval, dan wordt vanuit de combinatiepolis tot maximaal het marktconforme NL-tarief vergoed. Stuur tezamen met de supplementenfactuur een kopie van de eerder afgegeven verwijzing mee!

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

Soms komt het voor dat u voor o.a. een nacontrole wordt uitgenodigd in de privékliniek van de behandelend arts. De arts brengt hiervoor kosten bij u in rekening. Zilveren Kruis vergoedt deze facturen indien een Dow Excellent verzekering is afgesloten. Is dat niet het geval, dan wordt vanuit de combinatiepolis tot maximaal het marktconforme NL-tarief vergoed. Belangrijk is dat daarnaast op de factuur (vaak een bonnetje) de diagnose, behandeldatum en soort behandeling omschreven dienen te staan, zodat Zilveren Kruis de factuur kan koppelen aan een reeds lopende behandeling. Stuur tezamen met de factuur een kopie van de eerder afgegeven verwijzing mee!

Geprivatiseerde afspraak bij een arts in België

Belgische zorgverleners mogen supplementen in rekening brengen als u kiest voor een geprivatiseerd consult of behandeling. Een geprivatiseerde afspraak kan bijvoorbeeld gekozen worden als u niet de reguliere wachttijd wilt afwachten, alleen behandeld wil worden door een professor en niet door een co-assistent. Deze kosten worden niet vergoed door Zilveren Kruis. Als u deze kosten niet wilt maken, kan bij het maken van een afspraak gevraagd worden om een niet-geprivatiseerde afspraak. Er wordt dan geen supplement in rekening gebracht.

Overige niet verzekerde supplementkosten in België

Supplementen als gevolg van de door uzelf gemaakte keuze van gebruik van een 1- persoonskamer komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij er sprake is van een medische indicatie. Het ziekenhuis zal in dergelijke gevallen vragen een opnameverklaring voor akkoord te ondertekenen. De vaak aanzienlijke meerkosten van een 1-persoonskamer en honoraria van behandelend artsen zijn niet verzekerd. Ook andere vormen van luxe (zoals extra kosten voor een tv, eten/ drinken etc.) komen niet voor vergoeding in aanmerking. Met de aanvullende verzekering: Dow Ziekenhuis Extra, kunnen de meerkosten van een (niet medisch noodzakelijke) opname op een 1-persoonskamer (deels) worden afgedekt.

Ziekenhuisopname in Nederland

Wordt u in een ziekenhuis opgenomen in Nederland, dan hoeft u dit niet te melden. U bent verplicht om u te legitimeren als u een specialist raadpleegt of in een Nederlands ziekenhuis wordt opgenomen.

De Europese Zorgverzekeringskaart (EHIC)

De EHIC is een bewijs dat u voor zorg bent verzekerd

Iedere nieuwe verzekerde krijgt van Zilveren Kruis een Europese zorgpas; de European Health Insurance Card (EHIC). Met de EHIC kunt u aantonen dat u tijdens een tijdelijk verblijf voor medische zorg verzekerd bent in het buitenland en heeft u recht op medisch noodzakelijke (niet vooraf geplande) zorg in landen die vallen binnen de EU en EER. De EHIC geeft u recht op zorg die in het wettelijk verzekeringspakket van dat land zit. In sommige ziekenhuizen in deze landen, wordt alleen de EHIC als verzekeringsbewijs geaccepteerd. Zilveren Kruis heeft daarom besloten om de zorgpas en de EHIC te combineren tot één pas. U hoeft dus in het buitenland maar één zorgpas op zak te hebben.

Heeft u nog geen EHIC, te herkennen aan de blauw en witte achterkant, dan kunt u die aanvragen via www.zilverenkruis.nl.

Zorg die niet wordt vergoed

Zorg in particuliere klinieken wordt niet altijd vergoed, bijvoorbeeld omdat dit niet in het wettelijk verzekeringspakket van het land is opgenomen. Neem daarom altijd contact op met Eurocross. Een geplande medische behandeling wordt ook niet vergoed. Daarnaast worden niet in alle landen de kosten volledig vergoed. Het verzekeringspakket en de dekking zijn in elk land anders. Het is daarom raadzaam een Dow Excellent of reisverzekering af te sluiten.

Heeft u vragen of klachten?

Zilveren Kruis doet haar uiterste best om problemen te voorkomen. Mocht u toch ergens ontevreden over zijn, heeft u een klacht of heeft u vragen over bijvoorbeeld declaraties, polisvoorwaarden, polisdekking en ziekenhuisopname in België of Duitsland, neem dan contact met Witte-Boussen op. Zij zien erop toe dat klachten tijdig worden afgewikkeld. Alle meldingen worden geregistreerd, om op basis daarvan de dienstverlening bij Zilveren Kruis steeds verder te verbeteren.



Informatie voor grensarbeiders

Inkomen uit Nederland

Mensen die in België of Duitsland wonen, in Nederland werken en ook in Nederland belastingplichtig zijn, worden grensarbeiders genoemd. Grensarbeiders moeten zich aanmelden bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Ze kunnen gebruikmaken van de zorg in Nederland, maar ook van zorg in het land waar ze wonen. De Nederlandse zorgverzekeraar zorgt voor een zogenaamd verdragsformulier S1(E106), zodat de grensarbeider zich voor zorg kan inschrijven in het land waar hij of zij woont. In België bij een mutualiteit, in Duitsland bij een Krankenkasse.

Gezinsleden

Als de gezinsleden van de grensarbeider zelf geen Nederlands inkomen hebben, zijn ze niet verplicht een zorgverzekering te hebben in Nederland. De grensarbeider meldt zich met het verdragsformulier S1(E106) aan bij een zorgverzekeraar in het land waar hij of zij woont. Deze instantie beoordeelt welke gezinsleden meeverzekerd zijn. Vaak zijn dat gezinsleden zonder inkomsten in het eigen woonland. De meeverzekerde gezinsleden hebben recht op de geneeskundige zorg in het woonland. In tegenstelling tot

de grensarbeider zelf, worden de meeverzekerde gezinsleden geregistreerd bij het CAK.

De meeverzekerde gezinsleden van 18 jaar en ouder dienen een bestuursrechtelijke premie te betalen. Het CAK int deze premies. Meer informatie vindt u op www.hetcak.nl.

Uitkering of pensioen uit Nederland

Woont u in België of Duitsland en ontvangt u een uitkering of pensioen uit Nederland en heeft u verder geen inkomsten in België of Duitsland uit actieve arbeid? Dan hoeft u in Nederland geen zorgverzekering af te sluiten. U moet uzelf, zoals dat heet, 'ten laste van Nederland' in België of Duitsland verzekeren. Schrijft u zich hiervoor in bij een Belgische mutualiteit of Duitse Krankenkasse naar keuze met een formulier S1 (voorheen E-121). Dit formulier kunt u aanvragen bij het CAK. Kijk voor meer informatie op www.hetcak.nl.

Er is ook een uitgebreidere informatie brochure beschikbaar voor grensarbeiders en arbeidsmigranten; bezoek hiervoor het werknemersportaal van Witte-Boussen.



Vergoedingenwijzer gecontracteerde zorg 2025

Deze Vergoedingenwijzer is een samenvatting van wat wij vergoeden. Het gaat hier alleen om de vergoedingen bij gecontracteerde zorgverleners. Dit zijn ziekenhuizen en zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt over zorg, prijs en kwaliteit.

De genoemde vergoedingen zijn per persoon per kalenderjaar. Behalve als dit anders staat aangegeven.

Alternatief	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen (antroposofisch en homeopatisch)		€ 40,- per dag tot € 250,- per persoon per kalenderjaar incl. geneesmiddelen	€ 40,- per dag tot € 450,- per persoon per kalenderjaar incl. geneesmiddelen	€ 40,- per dag tot € 1.200,- per persoon per kalenderjaar incl. geneesmiddelen
Buitenland	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Niet spoedeisende zorg buitenland	ja, tot het Nederlands tarief	zorg volgens de vergoeding in Nederland met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen	zorg volgens de vergoeding in Nederland met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen	zorg volgens de vergoeding in Nederland met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen
Niet spoedeisende zorg in België en Duitsland		A.100%, binnen een straal van 55 km vanaf Nederlandse grens in België of Duitsland B. 200% Nederlandse tarieven, bij overige deel van België of Duitsland	A.100%, binnen een straal van 55 km vanaf Nederlandse grens in België of Duitsland B. 200% Nederlandse tarieven, bij overige deel van België of Duitsland	A.100%, binnen een straal van 55 km vanaf Nederlandse grens in België of Duitsland B. 200% Nederlandse tarieven, bij overige deel van België of Duitsland
Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland		overnachtungskosten: € 75,- per nacht vliegtuigvervoer (Economy Class) 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer of taxivervoer € 0,40 per km Totale vergoeding € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.	overnachtungskosten: € 75,- per nacht vliegtuigvervoer (Economy Class) 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer of taxivervoer € 0,40 per km Totale vergoeding € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.	overnachtungskosten: € 75,- per nacht vliegtuigvervoer (Economy Class) 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer of taxivervoer € 0,40 per km Totale vergoeding € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (die niet vanuit de basisverzekering vergoed wordt)		€ 50,-	€ 50,-	€ 50,-
Spoedeisende zorg buitenland	ja, tot het Nederlands tarief	aanvulling tot 100%	aanvulling tot 100%	aanvulling tot 100%
Vaccinaties, consulten en preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in het buitenland		ja	ja	ja, Consulten en vaccinaties: 100% bij en niet-gecontracteerde zorgverlener Preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): 100% bij een niet-gecontracteerde apotheek
Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)		ja	ja	ja

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	ja, behandeling 1 t/m 9	12 behandelingen	27 behandelingen	50 behandelingen
Beweegprogramma's (voormalig hartfalen, diabetes type 2, COPD, reuma of kanker)			€ 350,- voor de gehele verzekeringsduur alleen bij een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck	€ 350,- voor de gehele verzekeringsduur alleen bij een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck
Bewegen in extra verwarmd water bij reuma			€ 150,-	100%
Ergotherapie	ja, 10 uur		3 uur	4 uur
Fitnessstrainingen (medisch)				100%
Fysiotherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar en ouder	12 behandelingen per 12 maanden	12 behandelingen	27 behandelingen	50 behandelingen
Fysiotherapie in verband met chronisch obstructive pulmonary disease (COPD) vanaf Gold stadium II voor verzekerden van 18 jaar en ouder	Alle behandelingen			
Fysiotherapie in verband met etalagebenen (claudicatio intermittens fase 2 Fontaine) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	37 behandelingen per 12 maanden	12 behandelingen	27 behandelingen	50 behandelingen
Fysiotherapie in verband met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	alle behandelingen			
Fysio- en oefentherapie Cesar/Mensendieck tot 18 jaar: aandoening die staat op de door de minister van VWS vastgestelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit Zorgverzekering)	alle behandelingen			
Fysio- en oefentherapie Cesar/Mensendieck tot 18 jaar: aandoening die niet staat op de door de minister van VWS vastgestelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit Zorgverzekering)	behandeling 1 t/m 9 per diagnose (indien medisch noodzakelijk 9 behandelingen extra)	12 behandelingen (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)	27 behandelingen (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)	50 behandelingen (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
Fysio- en oefentherapie Cesar/Mensendieck 18 jaar en ouder: aandoening die staat op de door de minister van VWS vastgestelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit Zorgverzekering)	vanaf 21e behandeling (1 t/m 20 betaalt u zelf)	12 behandelingen, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie (13 t/m 20 betaalt u zelf)	20 behandelingen, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie	20 behandelingen, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie
Fysio- en oefentherapie Cesar/Mensendieck 18 jaar en ouder: aandoening die niet staat op de door de minister van VWS vastgestelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit Zorgverzekering)		12 behandelingen (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)	27 behandelingen (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)	50 behandelingen (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie per indicatie)
Fysiotherapeutische nazorg (bij oncologie, hart- en vaatziekten of na een beroerte)		ja, Alleen bij gecontracteerde fysiotherapeut met een maximale duur van 2 jaar	ja, Alleen bij gecontracteerde fysiotherapeut met een maximale duur van 2 jaar	ja, Alleen bij gecontracteerde fysiotherapeut met een maximale duur van 2 jaar
Huid	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Acnébehandeling			€ 250,-	€ 500,-
Camouflagelessen			€ 200,- voor de gehele verzekeringsduur	€ 500,- voor de gehele verzekeringsduur
Epilatie (elektrische, IPL- of laserepilatie)			€ 300,-	€ 500,-
Hulpmiddelen	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Handspalk			- vinger- of kleine duimspalk: € 40,- - pols-, hand- of grote duimspalk: € 60,- - dynamische of statische spalk: € 90,-	- vinger- of kleine duimspalk: € 40,- - pols-, hand- of grote duimspalk: € 60,- - dynamische of statische spalk: € 90,-
Hoofdbedekking			€ 100,-	€ 100,-
Hulpmiddelen uit de basisverzekering	ja, zie het Reglement Hulpmiddelen op onze website			
Kunsttepel of mamillaprothese (maatwerktepelprothese)		ja	ja	ja

Hulpmiddelen	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Persoonlijke alarmeringsapparatuur op medische indicatie	ja, voor persoonlijke alarmeringsapparatuur (zie het Reglement Hulpmiddelen op onze website)		ja, abonnementskosten 100% bij gecontracteerd zorgverlener €100,- bij niet-gecontracteerd zorgverlener	ja, abonnementskosten 100% bij gecontracteerd zorgverlener €100,- bij niet-gecontracteerd zorgverlener
Persoonlijke alarmeringsapparatuur op sociale indicatie				ja, abonnementskosten 100% bij gecontracteerd zorgverlener €100,- bij niet-gecontracteerd zorgverlener
Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor tijdelijk gebruik				100% voor maximaal 4 weken
Plakstrips mammaprothese		ja	ja	ja
Plaswekker		€ 100,- voor de gehele verzekeringsduur	€ 100,- voor de gehele verzekeringsduur	€ 100,- voor de gehele verzekeringsduur
Pruik of toupim van eigen haar	€ 482,50 per pruik of toupim van eigen haar (zie het Reglement Hulpmiddelen op onze website)		€ 100,-	€ 200,-
Trans-therapie voor behandeling van incontinentie (huurkosten)			ja	ja
Wettelijke eigen bijdrage overige hulpmiddelen				100%
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Anticonceptiva tot 21 jaar	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage van € 250,- (bovenlimietprijs)			Gaat u naar een niet-gecontracteerde apotheek in Nederland, België of Duitsland én voldoet u aan de voorwaarden? Dan vergoeden wij de rekening tot maximaal het gemiddeld gecontracteerde tarief *.
Anticonceptiva 21 jaar en ouder	ja, alleen bij endometriose of menorrhagie m.u.v. wettelijke eigen bijdrage van € 250,- (bovenlimietprijs)	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage Gaat u naar een niet-gecontracteerde apotheek in Nederland, België of Duitsland én voldoet u aan de voorwaarden? Dan vergoeden wij de rekening tot maximaal het gemiddeld gecontracteerde tarief *.
Geneesmiddelen uit de basisverzekering	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage van € 250,- (bovenlimietprijs), zie het Reglement Farmaceutische Zorg op onze website			100%
Geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden (zie onze website voor de lijst met geneesmiddelen/aandoeningen die wij vergoeden)		€ 750,- per persoon per kalenderjaar	€ 750,- per persoon per kalenderjaar	€ 750,- per persoon per kalenderjaar
Griepvaccinatie tot 60 jaar				100%
Melatonine (bij slaapproblemen)			100%, alleen bij internetapotheek De Nationale Apotheek	100%, alleen bij internetapotheek De Nationale Apotheek

Mond en tanden (mondzorg)	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Heeft u ook een aanvullende tandartsverzekering afgesloten? Kijkt u dan ook verderop in deze vergoedingenwijzer wat de eventuele vergoeding vanuit deze aanvullende tandartsverzekering is.				
Fronttandvervanging (uitgesteld) van 18 tot 23 jaar	ja			
Implantaten in een ernstig geslonken tadeloze kaak ter bevestiging van een uitneembaar volledig klikgebit	ja, bij ernstige ontwikkelstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel			
Kaakchirurgie 18 jaar en ouder	ja			
Kronen, bruggen, inlays en implantaten tot 18 jaar		ja	ja	ja
Kunstgebit (uitneembare volledige prothese)	75% (de wettelijke eigen bijdrage is 25%)			100% wettelijke eigen bijdrage
Klikgebit (uitneembare volledige prothese) op implantaten	92% voor de bovenkaak (de wettelijke eigen bijdrage is 8%) 90% voor de onderkaak (de wettelijke eigen bijdrage is 10%)			100% wettelijke eigen bijdrage
Kunstgebit - een combinatie van een klikgebit op implantaten op de ene kaak en een niet implantaat-gedragen kunstgebit op de andere kaak (code J080)	83% (de wettelijke eigen bijdrage is 17%)			100% wettelijke eigen bijdrage
Kunstgebit (uitneembare volledige prothese) repareren of opnieuw passend maken	90% (de wettelijke eigen bijdrage is 10%)			100% wettelijke eigen bijdrage
Orthodontie (beugel) incl. second opinion tot 18 jaar Let op! Voor deze vergoeding kan een wachttijd gelden van 1 jaar. Deze wachttijd geldt niet als een werknemer nieuw bij Dow in dienst treedt.			€ 2.000,- voor de gehele verzekeringsduur	€ 3000,- voor de gehele verzekeringsduur. De vergoeding geldt voor verzekerden tot 22 jaar ipv 18 jaar
Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval		€ 10.000,- per ongeval	€ 10.000,- per ongeval	€ 10.000,- per ongeval
Tandheelkundige zorg of orthodontie in bijzondere gevallen	ja			
Tandheelkundige zorg voor gehandicapten	ja			
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	ja			
Ogen en oren	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Audiologisch centrum	ja			
Brillen en/of contactlenzen		€ 100,- per 3 kalenderjaren	€ 150,- per 3 kalenderjaren	€ 300,- per 3 kalenderjaren
Correctie bovenoogleden (medisch)	ja			
Correctie oorstand tot 18 jaar (zonder medische noodzaak)			ja	ja
Hoortoestel	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage van 25% (zie het Reglement Hulpmiddelen op onze website)			€ 500,- van de wettelijke eigen bijdrage per hoortoestel
Ooglaseren / lensimplantatie (meerkosten)			€ 500,- voor de gehele verzekeringsduur	€ 750,- voor de gehele verzekeringsduur
Ooglaseren (medisch), vanaf plus of min 6 dioptrie				Maximaal € 1.100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Zintuiglijke gehandicaptenzorg	ja			
Psychische zorg	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Geneeskundige GGZ 18 jaar en ouder	ja			
Spreeken en Lezen	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Logopedie	ja			
Stottertherapie bij een logopedist	ja			

Vervoer	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Ambulance	ja			
Vervoer (ziekenvervoer) en/of overnachtingskosten voor bepaalde doelgroepen (zie voorwaarden)	overnachtingskosten: € 91,- per nacht eigen vervoer € 0,40 per km, openbaar vervoer (laagste klasse) 100% of (meerpersoons) taxivervoer door taxibedrijf met TX-keurmerk en AGB-code 100%, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage van € 126,- voor de gemaakte vervoerskosten			100% wettelijke eigen bijdrage
Zittend ziekenvervoer in Nederland, België of Duitsland (indien niet vergoed vanuit de basisverzekering)				Eigen vervoer € 0,40 gecontracteerd taxivervoer 100%
Voeten	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Pedicurezorg (diabetische, medische of reumatische voet)	ja, beperkt (zie ook 'Preventieve voetzorg voor verzekerden met een verhoogd risico op voetulcera')		€ 25,- per behandeling tot € 100,-	€ 25,- per behandeling tot 100%
Podotherapie/podologie/podoposturale therapie en/of (sport)steunzolen			€ 150,- waaronder 1 paar (sport)steunzolen	100% waaronder 1 paar (sport)steunzolen
Preventieve voetzorg voor verzekerden met een verhoogd risico op voetulcera	ja, beperkt			
Ziekenhuis en verpleging	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Circumcisie (besnijdenis) bij man (medisch)	ja			
Eerstelijns verblijf (medisch)	ja			
Erfelijkheidsonderzoek en -advies	ja			
Gasthuis bij poliklinische behandelcyclus (overnachtingskosten)		€ 35,- per nacht	€ 35,- per nacht	€ 35,- per nacht
Gasthuis voor uw bezoek (overnachtings- en vervoerskosten voor uw bezoek bij verblijf in een ziekenhuis, GGZ-instelling, revalidatie-instelling of hospice)		€ 35,- per nacht voor alle bezoekers samen openbaar vervoer (laagste klasse) 100% of eigen vervoer of taxi € 0,40 per km. Voor vervoer (met het openbaar vervoer, taxivervoer of eigen auto) geldt een eigen betaling van € 100,-. € 500,- voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten	€ 35,- per nacht voor alle bezoekers samen openbaar vervoer (laagste klasse) 100% of eigen vervoer of taxi € 0,40 per km. Voor vervoer (met het openbaar vervoer, taxivervoer of eigen auto) geldt een eigen betaling van € 100,-. € 500,- voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten	€ 35,- per nacht voor alle bezoekers samen openbaar vervoer (laagste klasse) 100% of eigen vervoer of taxi € 0,40 per km. Voor vervoer (met het openbaar vervoer, taxivervoer of eigen auto) geldt een eigen betaling van € 100,-. € 750,- voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten
Hospice			€ 40,- per dag	€ 40,- per dag
Mechanische beademing (incl. dagvergoeding voor stroomkosten thuis)	ja			
Medisch specialistische zorg	ja			
Overnachtingskosten na CAR T- celtherapie	€ 91,- per nacht			
Plastische chirurgie (medisch)	ja, beperkt			
Revalidatie	ja			
Second opinion (voor zorg uit basisverzekering)	ja			
Second opinion door Royal Doctors		ja	ja	ja
Sterilisatie			ja	ja
Thuisdialyse	ja			
Transplantatie van organen en weefsels	ja			
Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)	ja			
Zelfstandig behandelcentrum (laagste klasse)	ja			

Ziekenhuis en verpleging	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Ziekenhuisbehandeling, onderzoek, operatie en verblijf (laagste klasse)	ja			
Ziekenhuisverpleging van persoon die orgaan heeft afgestaan (donor)	3 maanden, bij levertransplantatie 6 maanden			
Tweede Arts Online		ja	ja	ja
Zwanger (worden)/baby/kind	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Bevalling met medische indicatie	ja, klinisch of poliklinisch			
Bevalling poliklinisch in ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie (gebruik verloskamer)	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage van € 43,- Naast deze wettelijke eigen bijdrage betaalt u, als het ziekenhuis dat in rekening brengt, het bedrag hoger dan € 304,-	wettelijke eigen bijdrage	wettelijke eigen bijdrage	wettelijke eigen bijdrage
Bevalling thuis zonder medische indicatie	ja			
Borstkolfapparaat		€ 75,- per zwangerschap	€ 75,- per zwangerschap	€ 75,- per zwangerschap
In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) tot 43 jaar	ja, eerste 3 pogingen voor IVF- en ICSI-behandelingen samen per te realiseren zwangerschap			
Kraampakket		ja	ja	ja
Kraamzorg in een geboorte- of kraamcentrum	4 ligdagen m.u.v. wettelijke eigen bijdrage van € 5,40 per uur	wettelijke eigen bijdrage	wettelijke eigen bijdrage	wettelijke eigen bijdrage
Kraamzorg thuis (incl. adoptiekraamzorg)	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage van € 5,40 per uur	wettelijke eigen bijdrage	wettelijke eigen bijdrage	wettelijke eigen bijdrage
Kraamzorg in ziekenhuis bij medische indicatie	ja			
Kraamzorg in ziekenhuis zonder medische indicatie	ja, m.u.v. wettelijke eigen bijdrage van € 43,- per (verblijfs)dag. Naast deze wettelijke eigen bijdrage betaalt u, als het ziekenhuis dat in rekening brengt, het bedrag hoger dan € 304,- per dag			wettelijke eigen bijdrage
Kraamzorg (partusassistentie)	ja			
Kraamzorg uitgesteld (medisch)		15 uur per zwangerschap, m.u.v. eigen bijdrage van € 5,40 per uur	15 uur per zwangerschap, m.u.v. eigen bijdrage van € 5,40 per uur	15 uur per zwangerschap
Lactatiekundige zorg		€ 80,-	€ 80,-	€ 115,-
Oncologieonderzoek bij kinderen	ja, alleen bij Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION)			
Prenatale screening	ja			
Sperma invriezen	ja			
TENS bij bevalling (pijnbestrijding)		1 TENS-apparaat voor de gehele verzekeringsduur	1 TENS-apparaat voor de gehele verzekeringsduur	1 TENS-apparaat voor de gehele verzekeringsduur
Verloskundige zorg	ja			
Vitrificatie (invriezen) van menselijke eicellen en embryo's	ja			
Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen	ja			
Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"		1 abonnement voor de gehele verzekeringsduur	1 abonnement voor de gehele verzekeringsduur	1 abonnement voor de gehele verzekeringsduur
Zwangerschapscursus		€ 50,- per zwangerschap	€ 50,- per zwangerschap	€ 75,- per zwangerschap

Preventie	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Cursus afvallen		zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel
health Check (preventieve gezondheidstest)		zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel
Slaapcursus (georganiseerd door Somnio, of een thuiszorginstelling)		zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel
Sportmedische onderzoeken sportarts: • sportmedisch onderzoek • sportkeuring • inspanningsonderzoek		zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel, alleen bij Sportmedische Instelling gecertificeerd door de SCAS	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel, alleen bij Sportmedische Instelling gecertificeerd door de SCAS	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel, alleen bij Sportmedische Instelling gecertificeerd door de SCAS
Sportmedische begeleiding		zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel
Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of (sport)diëtist (zonder medische indicatie)		zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel
Cursus Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO)		€ 115,-	€ 115,-	€ 115,-
Diëtetiek door diëtist (op medische indicatie)	ja, 3 uur			ja, 2 uur
EHBO- en reanimatiecursussen • EHBO-cursus • cursus Eerste Hulp bij Kinderongevallen • basis reanimatiecursus		€ 115,- per cursus	€ 115,- per cursus	€ 115,- per cursus
Gezond en Fitbundel		€300,-	€400,-	€500,-
Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) vanaf 18 jaar	ja			
Hardloopcoaching bij blessures		1 online coachingstraject van FysioRunning	1 online coachingstraject van FysioRunning	1 online coachingstraject van FysioRunning
Ketenaanpak bij overgewicht en obesitas tot 18 jaar (waaronder Gecombineerde Leefstijlinterventie)	ja			
Mindfulness training		€ 250,- alleen bij een trainer die is aangesloten bij de Stichting Mindfulness Register/VMBN of de VVM	€ 250,- alleen bij een trainer die is aangesloten bij de Stichting Mindfulness Register/VMBN of de VVM	€ 250,- alleen bij een trainer die is aangesloten bij de Stichting Mindfulness Register/VMBN of de VVM
Online (zelfhulp)modules bij psychische klachten		zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel	zie maximale vergoeding bij Gezond en Fitbundel
Sport- of koelbrace		€ 50,- (1 brace)	€ 50,- (1 brace)	€ 50,- (1 brace)
Valpreventieve beweginginterventie voor ouderen (onderdeel van Ketenaanpak Valpreventie)	ja, 1 keer per 12 maanden			
Zorg voor vrouwen			€ 115,-	€ 115,-
Preventieve cursussen (beweegprogramma en geheugentraining)				1 cursus per persoon per kalenderjaar
Zorg voor vrouwen			€ 115,-	€ 115,-
Preventieve cursussen (beweegprogramma en geheugentraining)				1 cursus per persoon per kalenderjaar
Overig	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Cursus leren omgaan met een aandoening • hartproblemen • lymfoedeem • reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew • diabetes type 2 • Cursussen georganiseerd door patiëntenverenigingen		€ 115,- per cursus	€ 115,- per cursus	€ 115,- per cursus
Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen	ja			
Huisartsenzorg	ja			
Ketenzorg bij diabetes mellitus type 2 (18 jaar en ouder), COPD, astma of vasculair risicomanagement (VRM)	ja			

Overig	Basisverzekering	Dow Start	Dow Extra	Dow Excellent
Kinderopvang aan huis tot 12 jaar tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s)		vanaf de 3e verblijfsdag t/m de 3e dag na ontslag tot 50 uur per week. Alleen bij instelling aangesloten bij het Landelijk Register Kinderopvang (LRK)	vanaf de 3e verblijfsdag t/m de 3e dag na ontslag tot 50 uur per week. Alleen bij instelling aangesloten bij het Landelijk Register Kinderopvang (LRK)	vanaf de 3e verblijfsdag t/m de 3e dag na ontslag tot 50 uur per week. Alleen bij instelling aangesloten bij het Landelijk Register Kinderopvang (LRK)
Laboratorium- en röntgenonderzoek	ja			
Mantelzorginstructies, - coaching en/of - cursussen		voor mantelzorger: € 150,- alleen bij door ons aangewezen organisaties	voor mantelzorger: € 150,- alleen bij door ons aangewezen organisaties	voor mantelzorger: € 150,- alleen bij door ons aangewezen organisaties
Mantelzorgmakelaar		voor mantelzorger: 2 uur alleen bij gecontracteerde mantelzorgmakelaar aangesloten bij de BMZM	voor mantelzorger: 3 uur alleen bij gecontracteerde mantelzorgmakelaar aangesloten bij de BMZM	voor mantelzorger: 4 uur alleen bij gecontracteerde mantelzorgmakelaar aangesloten bij de BMZM
Mantelzorgvervanging (tijdelijke)		voor mantelzorger: 1 keer 96 uur tijdelijke vervangende mantelzorg voor 3 aaneengesloten maanden alleen bij gecontracteerde instelling	voor mantelzorger: 1 keer 120 uur tijdelijke vervangende mantelzorg voor 3 aaneengesloten maanden alleen bij gecontracteerde instelling	voor mantelzorger: 1 keer 144 uur tijdelijke vervangende mantelzorg voor 3 aaneengesloten maanden alleen bij gecontracteerde instelling
Stoppen-met-rokenprogramma	ja, 1x			
Therapeutisch vakantiecamp tot 18 jaar			€ 150,- alleen bij door ons geselecteerde organisaties	€ 500,- alleen bij door ons geselecteerde organisaties
Tijdelijke huishoudelijke hulp bij mantelzorgondersteuning		voor mantelzorger: € 300,- voor 3 aaneengesloten maanden alleen bij gecontracteerde instelling	voor mantelzorger: € 450,- voor 3 aaneengesloten maanden alleen bij gecontracteerde instelling	voor mantelzorger: € 600,- voor 3 aaneengesloten maanden alleen bij gecontracteerde instelling
Trombosedienst	ja			
Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener GGZ of wijkverpleging	ja, 85%	Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener voor GGZ of wijkverpleging? Dan vergoeden wij, als aanvulling op de vergoeding vanuit de Basis Exclusief, de nota voor 100% tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).	Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener voor GGZ of wijkverpleging? Dan vergoeden wij, als aanvulling op de vergoeding vanuit de Basis Exclusief, de nota voor 100% tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).	Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener voor GGZ of wijkverpleging? Dan vergoeden wij, als aanvulling op de vergoeding vanuit de Basis Exclusief, de nota voor 100% tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).



Vergoedingen Dow Tand Basis

Omschrijving behandeling	Dow Tand Basis
• consulten (C001, C002 of C003) • mondhygiëne (M03)	• 1 keer een controle (C001, C002 of C003) en maximaal 25 minuten gebitsreiniging (M03) of • 2 keer een controle (C001, C002 en/of C003) en maximaal 15 minuten gebitsreiniging (M03)
• verdovingen (A10 en A15) • vullingen (V-codes) • trekken tanden/kiezen (H-codes) • foto's (X10 en X22) • consult nazorg implantologie (J090) • uitgebreid consult nazorg implantologie (J091)	€ 75,-
Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval	€ 2.000,- per ongeval

Vergoedingen Dow Tand 250, 500, 1000 en 1250

Omschrijving behandeling	Dow Tand 250	Dow Tand 500	Dow Tand 1000	Dow Tand 1250
• consulten (C-codes) • tandvleesbehandelingen (codes T021 en T022) • foto's (X-codes) • verdovingen (codes A10 en A15) • vullingen (V-codes) • trekken tanden/kiezen (H-codes)	100%	100%	100%	100%
• mondhygiëne (M-codes)	75%	75%	75%	75%
• alle overige tandheelkundige behandelingen	75%	75%	75%	100%
Vergoeding alle behandelingen samen	€ 250,-	€ 500,-	€ 1.000,-	€ 1.250,-
Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval	€ 2.000,- per ongeval	€ 2.000,- per ongeval	€ 2.000,- per ongeval	€ 2.000,- per ongeval

DOW Ziekenhuis Extra

(voor verzekerden van 18 jaar en ouder)

Omschrijving behandeling	Vergoeding
Comfortvoorzieningen in een ziekenhuis in België of Duitsland dat: • hiervoor door ons gecontracteerd is (in 1 of 2 persoonskamer en een eventuele honorariumtoeslag) • hiervoor niet door ons gecontracteerd is (in 1 of 2 persoonskamer en vergoeding van een eventuele honorariumtoeslag) Zowel bij gecontracteerde als niet-gecontracteerde medische behandelingen in België of Duitsland geen recht op vergoeding van aanvullende comfortservices	maximaal € 70,- per dag tot € 4900,- per persoon per jaar, voor de daggeldvergoeding en de honorariumtoeslag tezamen
Taxivervoer door een taxibedrijf met TX-keurmerk en AGB-code vanaf uw woonadres van en naar het ziekenhuis	4 taxiritten per ziekenhuisverblijf



Maak hier uw eigen notities

[illegible]

Aan de Vergoedingenwijzer kunt u geen rechten ontlenen

Deze Vergoedingenwijzer is een samenvatting van de vergoedingen. Bekijk altijd de polisvoorwaarden en bijbehorende reglementen voor de vergoeding waar u recht op heeft. U kunt deze downloaden op [zk.nl/voorwaarden](https://www.zk.nl/voorwaarden) of opvragen via 071 751 00 51.

De genoemde vergoedingen gelden alleen voor de door ons gecontracteerde zorgverleners

In de Vergoedingenwijzer staat alleen de hoogte van de vergoeding van zorg bij gecontracteerde zorgverleners. Deze vergoedingen gelden per persoon per kalenderjaar. Behalve als dit anders staat aangegeven. Op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) vindt u de zorgverleners waarmee wij een contract hebben. Een lijst met vergoedingen van zorg bij niet-gecontracteerde zorgverleners staat op [zk.nl/tarieven](https://www.zk.nl/tarieven) of kunt u opvragen via 071 751 00 51.

Wij helpen u graag verder

Uw eerste aanspreekpunt:



Witte-Boussen Assurantiën B.V.

Mr. F.J. Haarmanweg 16

Postbus 201

4530 AE Terneuzen

Telefoon: (+31) 0115 61 83 44

Wij zijn bereikbaar op werkdagen van 08:30 tot 17:00 uur.

E-mail: zorg@witteboussen.nl

Kijk op: www.wbportaal.nl.

Gebruikersnaam: **Dow gepensioneerden** Wachtwoord: **2056077**

Contact via Zilveren Kruis:

Kijk op zk.nl/contact Voor een overzicht van alle contactmogelijkheden

Schrijven kan natuurlijk ook Zilveren Kruis, Postbus 444, 2300 AK Leiden

Ons postadres voor declareren Zilveren Kruis, Afdeling Declaratieservice,
Postbus 70001, 3000 KB Rotterdam

Er zijn informatiedocumenten over uw zorgverzekering beschikbaar.
U kunt deze documenten bekijken en downloaden via
zk.nl/informatiedocument. Heeft u vragen belt u dan 071 751 00 51.

Kijk op zk.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van de vergoeding bij de niet-gecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement Zvw-pgb, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van Zilveren Kruis, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen.
U kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Voor de zorgverzekeringen van Zilveren Kruis is Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Leiden (KvK 06088185, AFM 12000646) de verzekeraar. Voor de aanvullende verzekeringen van Zilveren Kruis is Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Leiden (KvK 28080300, AFM 12000647) de verzekeraar.

Wij doen ons uiterste best om u goede en duidelijke informatie te geven. Klopt er iets niet in onze communicatie? Geef het dan aan ons door zodat wij het kunnen herstellen. Staan er onjuistheden in? Dan is Zilveren Kruis hiervoor niet aansprakelijk. Aan de inhoud van dit product of deze dienst kunt u geen rechten ontleen.