

---

# Info en verklaring subsidieregeling VZM

## Medisch Centrum Kinderwens

---

### Subsidieregeling VZM

Vanaf 1-4-2020 worden fertiliteitsonderzoek en behandeling in de vorm van kunstmatige inseminatie met donorsperma (KID) bij alleenstaande vrouwen en lesbische paren zonder medische indicatie niet langer vergoed vanuit de basisverzekering. De zogenaamde VZM-subsidie vervangt deze vergoedingen.

### Wordt het fertiliteitsonderzoek via de subsidieregeling vergoed?

Wanneer een vrouw zich meldt bij de kliniek met een kinderwens, wordt gestart met een oriënterend fertiliteitsonderzoek (OFO). Voor vrouwen zonder mannelijke partner die een KID-traject willen volgen, is het OFO een vereiste eerste stap. (Dit onderzoek is gericht op het inschatten van de kans op zwangerschap en het uitsluiten van eventuele medische problemen die sneller in aanmerking zouden kunnen komen voor een andere behandeling dan KID.)

### Belangrijk:

- Het OFO dat in aanmerking komt voor vergoeding is het basisonderzoek, uitgevoerd in maximaal 2 contacten binnen 90 dagen.
- Indien er meer dan 2 contacten binnen de 90 dagen van het OFO zijn, moet dit “zwaardere” onderzoek worden gedeclareerd bij uw zorgverzekeraar, met mogelijke gevolgen voor uw eigen risico.

### Wordt de behandeling via de subsidieregeling vergoed?

De tweede stap is de KID-behandeling voor vrouwen zonder mannelijke partner met een kinderwens. De KID-behandeling omvat alle zorg (behandeling en controles) volgens zorgproduct 972804030 – IUI met/ zonder stimulatie | Infertiliteit -declaratiecode 16B191.

Wanneer blijkt dat er een medische indicatie voor verminderde vruchtbaarheid aanwezig is, wordt de behandeling vergoed door de ziektekostenverzekering. Ook wanneer u op advies van de arts echo-controles krijgt of medicatie gaat gebruiken tijdens het behandeltraject, zullen wij de behandeling en medicatie declareren bij uw zorgverzekeraar. Uw eigen risico kan hierdoor worden aangesproken.

### Worden aanvullende onderzoeken buiten de 1<sup>e</sup> OFO via de subsidieregeling vergoed?

Aanvullende onderzoeken die tijdens het behandeltraject plaatsvinden, worden niet vergoed vanuit de subsidieregeling. Als een arts een medische noodzaak voor dit onderzoek vaststelt, kan het worden gedeclareerd bij uw zorgverzekeraar (eigen risico). Bij aanvullende onderzoeken op eigen verzoek, zonder medische noodzaak, komen de kosten voor uw eigen rekening. Bij deze onderzoeken kan een medisch probleem worden ontdekt, waardoor verdere behandelingen mogelijk vergoed kunnen worden door uw zorgverzekeraar. Zwangerschapsecho's moeten ook bij uw zorgverzekeraar worden gedeclareerd.

Medisch Centrum Kinderwens regelt de administratieve afhandeling; u hoeft hier zelf niets voor te doen, maar houdt u alstublieft rekening met uw eigen risico.

### **Wat komt altijd voor uw eigen rekening?**

De eigen bijdrage van €192,50 is verbonden aan het basis OFO van de subsidieregeling. Dit bedrag wordt bij u in rekening gebracht door de kliniek via een factuur, zodra de OFO is afgesloten. Indien een uitgebreider OFO (meer dan 2 contactmomenten) nodig is, wordt het gedeclareerd bij uw zorgverzekeraar (eigen risico) en wordt de eigen bijdrage van €192,50 niet bij u in rekening gebracht.

Consulten en onderzoeken dienen binnen 90 dagen na intake plaats te vinden voor vergoeding vanuit de subsidieregeling. Consulten/onderzoeken zonder medische indicatie na 90 dagen zijn kosten die voor eigen rekening komen.

De kosten voor donorsperma worden nooit vergoed, zowel niet via de subsidieregeling als via de zorgverzekering.

### **Verklaring Subsidie VZM**

Hierbij verklaart ondergetekende te voldoen aan de voorwaarden van de Subsidieregeling kunstmatige inseminatie met donorsperma (kenmerk 1596133-197192-CZ):

- Ik heb een zorgverzekering in Nederland, of heb als buitenlander recht op zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet.
- De KID-behandeling kan niet op grond van een ziektekostenverzekering bekostigd worden (er is geen medische indicatie).
- De behandeling vindt niet plaats in het kader van draagmoederschap.
- Ik begrijp de gevolgen van keuzes en gebeurtenissen voor eigen bijdrage(s), declaratie(s) bij mijn zorgverzekeraar en kosten die niet gedekt worden.

Als het OFO binnen de subsidieregeling valt (maximaal 2 consulten binnen 90 dagen), dan zal de eigen bijdrage van €192,50 in rekening worden gebracht.

Naam cliënt:

Geboortedatum:

Handtekening:

.....

.....

.....

Plaats:

Datum:

.....

.....