



Jolenta Vincent
Huisarts, lid sinds 1992

**Ik kies voor
aandacht**

Polisvoorwaarden VvAA zorgverzekering 2018

VvAA zorgverzekering

Vanzelfsprekend met vrije zorgkeuze

Met de VvAA zorgverzekering bepaalt u ook in 2018 welke zorgverlener u behandelt en naar welk ziekenhuis u gaat. Dat is en blijft het voordeel van onze restitutiepolis. Naast vrije keuze van zorgverlener en ziekenhuis kunt u rekenen op ruime dekkingen en uitstekende service. Onze leden waarderen de VvAA zorgverzekering met een 8,2. U bent verzekerd van onze persoonlijke aandacht.

Voorwaarden

In de polisvoorwaarden van de VvAA zorgverzekering 2018 leest u van welke zorgdiensten u gebruik kunt maken en wat uw rechten zijn op vergoeding. De voorwaarden gaan in per 1 januari 2018 en gelden tot eventuele wijzigingen van kracht worden.

Op uw polisblad ziet u welke voorwaarden specifiek voor u van toepassing zijn. U kunt dit ook online bekijken via www.mijnvvaazorgverzekering.nl.

Leeswijzer

De VvAA zorgverzekering is opgebouwd uit de VvAA zorgverzekering Basis en verschillende aanvullende verzekeringen. In deze polisvoorwaarden vindt u:

- de algemene bepalingen (deel A);
- de dekkingen (deel B);
- de VvAA zorgdiensten (deel C).

De algemene bepalingen beschrijven de afspraken over uw rechten (bijvoorbeeld privacy) en plichten (bijvoorbeeld premiebetaling en het doorgeven van adreswijzigingen). Deel A-1 geldt voor alle verzekeringen, waarbij enkele bepalingen voor de aanvullende verzekeringen zijn uitgesloten. Deel A-2 gaat alleen op voor de aanvullende verzekeringen. In zowel Deel A-1 en Deel A-2 vindt u de begripsomschrijvingen.

Vragen?

Wilt u snel weten wat de dekking is voor een bepaalde behandeling? Dan verwijzen wij u graag naar het snelzoek-overzicht dat voorin in de polisvoorwaarden is opgenomen. Hebt u vragen over de polisvoorwaarden of wilt u graag een toelichting? Neemt u dan contact op met het VvAA service center op 030 639 64 00. Wij informeren en adviseren u graag.

Risicodraagster voor de VvAA zorgverzekering Basis is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nummer 12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nummer 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 168, 3990 DD Houten.

Inhoudsopgave

Contactgegevens	5
Snel-zoek-overzicht	6
Algemene bepalingen	9
Deel A-1 Algemene bepalingen VvAA zorgverzekering	11
Deel A-2 Algemene bepalingen VvAA aanvullende verzekeringen	27
VvAA zorgverzekering Basis	33
Deel B Omvang dekking	35
Deel C Zorgdiensten	62
Aanvullende verzekeringen	
VvAA zorgverzekering Student	65
Deel B Omvang dekking	67
Deel C Zorgdiensten	70
VvAA zorgverzekering Start	71
Deel B Omvang dekking	73
Deel C Zorgdiensten	78
VvAA zorgverzekering Plus	81
Deel B Omvang dekking	83
Deel C Zorgdiensten	91
VvAA zorgverzekering Optimaal	93
Deel B Omvang dekking	96
Deel C Zorgdiensten	105
VvAA zorgverzekering Top	107
Deel B Omvang dekking	110
Deel C Zorgdiensten	120
VvAA zorgverzekering Excellent	123
Deel B Omvang dekking	126
Deel C Zorgdiensten	145
VvAA zorg op reis	147
Deel B Omvang dekking	149
VvAA tandplus	153
Deel B Omvang dekking	155
VvAA zorgplan	159
Deel B Omvang dekking	161

Contactgegevens

VvAA zorgverzekering

Postbus 168
3990 DD Houten
Telefoon: 030 639 64 00
Fax: 030 635 14 22
Internet: www.vvaa.nl/zorgverzekering

VvAA service center

Voor algemene vragen over uw zorgverzekering
Telefoon: 030 639 64 00

VvAA machtigingen

Als u toestemming nodig heeft om zorgkosten
vergoed te krijgen
Telefoon: 030 639 64 00
Bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur
E-mail: zsb@vvaazorgverzekering.nl

VvAA zorgconsulent

Informatie over behandelmethodes, het
regelen van zorg en zorgbemiddeling
Telefoon: 0800 668 96 67
E-mail: zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl

VvAA kraamzorg service

Informatie over en aanvraag van kraamzorg
Telefoon: 088 668 97 06

Artsen Alarm Service (AAS)

Hulp en advies over geneeskundige
zorg in noodsituaties
Telefoon: + 31 (0)30 241 29 08

Verhaalszaken

Verhaalsbijstand bij verhaal van letselschade op een
aansprakelijke derde
Telefoon: 030 639 62 64

Taxivervoer

Telefoon: 0900 333 33 30

Snel-zoek-overzicht	Basis	Student	Start	Plus	Optimaal	Top	Excellent
Acnebehandeling	-	69	75	87	101	115	131
Alternatieve geneeswijzen	-	-	74	85	99	113	129
Audiologische zorg	50	-	-	-	-	-	-
Beweegzorg	-	67	73	84	97	111	127
Brillenglazen/contactlenzen/ooglaseren	-	68	-	-	100	114	129
Buitenland	61	69	77	90	104	116	135
Buitenland (VvAA zorg op reis)	VvAA zorg op reis 145						135
Camouflagetherapie	-	-	75	87	101	115	131
Dieetadvisering	52	69	-	87	101	115	131
Elektrische epilatie/laserbehandeling	-	-	75	87	101	116	132
Erfelijkheidsonderzoek	50	-	-	-	-	-	-
Ergotherapie	51	-	-	-	-	116	132
Farmaceutische zorg	54	68	74	85	98	112	128
Fysiotherapie/oefentherapie	51	67	73	84	97	111	127
Geboortezorg	45	-	73	83	96	110	126
Griepvaccinatie	-	-	-	89	104	118	134
Huisartsenzorg	39	-	-	-	-	-	-
Huishoudelijke hulp	-	-	-	-	-	118	134
Hulpmiddelenzorg	56	-	-	-	100	113	129
In-vitrofertilisatie (ivf)	41	-	-	-	-	116	132
Kinderopvang	-	-	-	-	-	118	134
Kuuroord	-	-	-	-	-	117	133
Logopedie	51	-	-	-	-	-	-
Loophulpmiddelen	-	-	-	-	-	114	130
Medisch-specialistische zorg	40	-	-	-	-	-	-
Mondzorg, excl. orthodontie	52	-	-	-	103	115	131
Nierdialyse	49	-	-	-	-	-	-

Snel-zoek-overzicht	Basis	Student	Start	Plus	Optimaal	Top	Excellent
Oedeemtherapie	51	-	-	-	-	116	132
Oncologische aandoeningen bij kinderen	49	-	-	-	-	-	-
Ongevallendeckking	-	-	-	-	-	-	141
Orgaantransplantatie	48	-	-	-	-	-	-
Orthodontie	53	-	-	89	103	115	131
Overgangsconsulente	-	-	-	87	101	116	132
Pedicure bij diabetes en reuma	36	-	-	88	102	116	132
Plastische chirurgie	41	-	-	-	102	116	132
Podotherapie	36	-	-	-	102	116	132
Preventieve zorg	36	-	76	89	104	118	134
Psoriasisdagbehandeling	-	-	76	88	102	116	132
Psychologische zorg: basis-ggz	58	-	-	-	98	112	128
Psychiatrische zorg: gespecialiseerde ggz	60	67	-	-	96	-	-
Repatriëring	VvAA zorg op reis 145						136
Revalidatie	46	-	-	-	-	-	-
Sterilisatie	-	-	-	-	-	117	133
Steunzolen	-	-	-	86	100	114	130
Stottertherapie	-	-	76	88	102	117	133
Vaccinaties	-	-	74	86	99	113	129
Verblijfkosten	-	68	74	83	97	114	129
Verpleging en verzorging	44	-	76	88	102	117	133
Vervangende mantelzorg	-	-	-	-	-	118	134
Ziekenhuisopname	40	-	-	84	97	-	-
Ziekenvervoer	58	-	-	-	-	-	138
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	46	-	-	-	-	-	-
Zorghotel	62	-	-	-	-	117	133

Algemene bepalingen

VvAA zorgverzekering

Inhoudsopgave

Deel A-1 Algemene bepalingen VvAA zorgverzekering

Begripsomschrijvingen

Artikel 1	11
-----------	----

Grondslag van de zorgverzekering Basis

Artikel 2	17
-----------	----

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3	18
-----------	----

Overige bepalingen

Artikel 4	Fraude	18
Artikel 5	Onrechtmatige inschrijving	19
Artikel 6	Betalingsverplichtingen	19
Artikel 7	Melding relevante gebeurtenissen	20
Artikel 8	Herziening van premie of voorwaarden	20
Artikel 9	Begin en einde van de zorgverzekering Basis	20
Artikel 10	Geschillen	21
Artikel 11	Registratie van persoonsgegevens	22
Artikel 12	Uitsluitingen	23
Artikel 13	Lidmaatschap Vereniging ONVZ en aanmelding Wlz-uitvoerder	24
Artikel 14	Materieel controleren	24
Artikel 15	Elektronische communicatie	24

Deel A-1

Algemene bepalingen VvAA zorgverzekering

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Aanpassingsstoornis

Een algemene aanduiding voor psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op emotionele en psychische stress rond ingrijpende veranderingen in het leven (bijvoorbeeld: overlijden, echtscheiding, ontslag of maatschappelijke ontwikkelingen).

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die volgens de Geneesmiddelenwet vergunning heeft om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers.

Arts

Een arts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding

Een arts ingeschreven als arts maatschappij en gezondheid in het profielregister van artsen infectieziektebestrijding of het profielregister artsen tuberculosebestrijding van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Arts voor verstandelijk gehandicapten

Een arts ingeschreven als arts voor verstandelijk gehandicapten in het register van erkende artsen voor verstandelijk gehandicapten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Audiologisch centrum

Een als zelfstandig audiologisch centrum toegelaten instelling of het audiologisch centrum van een instelling voor medisch-specialistische zorg, voor advies en begeleiding van mensen met gehoorproblemen en kinderen met taal-spraakproblemen.

Bedrijfsarts

Een arts ingeschreven als bedrijfsarts in het Register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De bedrijfsarts treedt op namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Bekkenfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie bekkenfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Body Mass Index (BMI)

Een verhoudingscijfer voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilo's) te delen door de lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte (in meters).

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een centrum waarin mondzorgverleners met specifieke deskundigheden en vaardigheden – met gebruikmaking van de daar aanwezige faciliteiten en ondersteuning – samenwerken voor het verlenen van bijzondere tandheelkundige zorg.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling met een vergunning op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omvat het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners in een bepaalde periode voor een specifieke zorgvraag, uitgedrukt in een code.

DBC-zorgproduct

De aanduiding voor de DBC in de medisch-specialistische zorg.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

DSM-5

Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: het internationale classificatiesysteem voor geestelijke gezondheidszorg. De DSM noemt de criteria die als richtlijn dienen bij het vaststellen van een psychische stoornis.

Eerstelijnsgezondheidszorg

De rechtstreeks toegankelijke gezondheidszorg, waarop iedereen zonder verwijzing een beroep kan doen. Deze dient als eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben.

Eerstelijns diagnostisch centrum (EDC)

Een centrum – ook wel huisartsenlaboratorium genoemd – dat laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek verricht op aanvraag van eerstelijnszorgverleners.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

EU- en EER-land

Naast Nederland maken de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Zwitserland is hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG of een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 Wet BIG.

Geboortecentrum

Een faciliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg waar bevallingen plaatsvinden onder leiding van een eerstelijnsverloskundige en waar de kraamtijd doorgebracht kan worden.

Generalistische basis-ggz (geestelijke gezondheidszorg)

Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek.

Geregistreerd geneesmiddel

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet valt, waarvoor het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) een handelsvergunning heeft verstrekt en dat is opgenomen in het Register van Geneesmiddelen.

Geriatricfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatricfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie geriatricfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Gespecialiseerde ggz (geestelijke gezondheidszorg)

Diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

Ggz-instelling

Een instelling voor medisch-specialistische zorg, toegelaten voor verblijf en geestelijke gezondheidszorg. De instelling beschikt over een kwaliteitsstatuut ggz.

Hoofdbehandelaar

Zorgverlener, die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, de diagnose stelt en het behandelplan vaststelt. Daarvoor heeft hij minimaal één keer een face-to-face consult met de patiënt. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor doelmatige uitvoering van het behandelplan, door adequate afstemming en communicatie met de medebehandelaars, en toetst of de behandeldoelen worden bereikt. De hoofdbehandelaar evalueert de voortgang met de patiënt en stelt zo nodig het behandelplan bij.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut als volwaardig lid ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en gerechtigd deze titel te voeren.

Huisarts

Een arts ingeschreven als huisarts in het huisartsenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS).

Jeugdarts

Een arts ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid in het profielregister jeugdartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS). De jeugdarts 0-4 jaar werd voorheen consultatiebureau-arts genoemd.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist als kaakchirurg ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Kinderfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie kinderfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog, als volwaardig lid ingeschreven in het betreffende register van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) of als Kinder- en jeugdpsycholoog SKJ bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch psycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het specialistenregister van klinisch psychologen. Het register wordt beheerd door de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen (FGzP).

Kraamzorg

De zorg verleend door een kraamverzorgende die moeder en kind en – voor zover van toepassing – de huishouding verzorgt. De kraamverzorgende is verbonden aan het ziekenhuis, geboortecentrum, kraamhotel of kraambureau of werkt als zelfstandige.

Kwaliteitsstatuut ggz

Een professionele standaard voor de ggz die beschrijft hoe de zorgverlener de integrale zorg voor de patiënt organiseert op een wijze dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk worden gestimuleerd. De kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening zijn inzichtelijk en toetsbaar. Het model kwaliteitsstatuut ggz is opgenomen in het Register van kwaliteitsstandaarden van Zorginstituut Nederland. Het kwaliteitsstatuut ggz van een zorgverlener moet aan de normen van dit model kwaliteitsstatuut ggz voldoen.

Leefstijladviseur

Een medewerker binnen de huisartsenpraktijk die mensen begeleidt en coacht met als doel de positief bepalende factoren van gezond gedrag te beïnvloeden. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, diëtist en lokale aanbieders van sport- en beweegactiviteiten.

Lichamelijke functiestoornis

Lichamelijke functiestoornis van ernstige aard, waarvan het aannemelijk is dat deze veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking en correctie daarvan de klachten zal wegnemen of verminderen. Lichamelijke klachten die niet rechtstreeks verband houden met afwijkingen in het uiterlijk maar die verband houden met psychisch lijden als gevolg van die afwijkingen vormen geen indicatie.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Manueeltherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie manueel therapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Medisch adviseur

Een (tand)arts, apotheker, verpleegkundige of paramedicus die de zorgverzekeraar in (para) medische zaken adviseert.

Medisch specialist

Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog.

Medisch-specialistische revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verleent de zorg. Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Multidisciplinaire eerstelijnszorg

Een samenhangend geheel van zorgactiviteiten en maatregelen voor specifieke patiëntencategorieën, aangeboden door samenwerkende zorgverleners onder een herkenbare regiefunctie, waarvoor één integraal tarief geldt. Deze zorg wordt ook wel ketenzorg genoemd.

Oedeemfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het aantekeningenregister Oedeemfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie oedeemfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Oefentherapeut Mensendieck /oefentherapeut Cesar

Een oefentherapeut Mensendieck /oefentherapeut Cesar die voldoet aan de eisen vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Opname

Opname in een toegelaten instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis, ggz-instelling), in een toegelaten instelling voor eerstelijns verblijf of in een Wlz-instelling, als medisch gezien verpleging, onderzoek en behandeling alleen in een dergelijke instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch specialist, specialist-ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, huisarts of kaakchirurg noodzakelijk is.

Orthodontist

Een tandarts-specialist ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist geregistreerd in het betreffende register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) of als Postmaster-Orthopedagoog SKJ bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).

Pedicure

Een pedicure met de aantekening Diabetische Voet en ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures, een medisch pedicure ingeschreven in Kwaliteitsregister voor Pedicures of in het Register Paramedische Voetzorg.

Physician assistant

Een medische professional op hbo-niveau, geregistreerd volgens de Wet BIG met specialisatie physician assistant. De physician assistant is zelfstandig bevoegd tot het verrichten van bepaalde handelingen, zoals endoscopieën, katheterisaties, het geven van injecties en het voorschrijven van receptgeneesmiddelen, en kan tevens werken in opdracht van of onder supervisie van een medisch specialist.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Prestatie basis-ggz

Een prestatie basis-ggz omvat het geheel van zorg voor een categorie patiënten in de generalistische basis-ggz die past bij hun patiënten profiel. De prestatie basis-ggz bestaat uit verschillende behandelcomponenten die passen bij de individuele zorgvraag van de patiënt. Er kan sprake zijn van zorgverlening door verschillende behandelaars. Deze componenten worden niet afzonderlijk bekostigd.

Productiesamenwerkingsverband

Een samenwerkingsverband van ziekenhuizen dat laboratoriumonderzoeken en andere diensten levert aan de samenwerkende instellingen en eerstelijnszorgverleners.

Psychiater

Een arts als psychiater ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Psychotherapeut

Een psychotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG.

Receptplichtig geneesmiddel

Een geneesmiddel dat volgens de Geneesmiddelenwet uitsluitend op basis van een recept van een bevoegde voorschrijver mag worden afgeleverd.

Regiebehandelaar ggz

De zorgverlener die de regie voert over het behandelproces zoals beschreven in het kwaliteitsstatuut ggz. De regiebehandelaar ggz is verantwoordelijk voor het (doen) stellen van de diagnose, de doelmatige uitvoering van het behandelplan, de dossiervorming en de communicatie met de patiënt. De regiebehandelaar is geregistreerd volgens de Wet BIG en heeft een specifieke ggz-opleiding gevolgd.

SEH-arts

Spoedeisende hulp arts: een arts ingeschreven in het profielregister SEH-arts van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts)

Een arts ingeschreven als specialist ouderengeneeskunde in het register van erkende specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Tandarts

Een tandarts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus opgeleid volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en gerechtigd deze titel te voeren.

Thuiszorgorganisatie

Een organisatorisch verband dat zorg aan patiënten thuis verleent met als doel hen zo te begeleiden dat opname in bijvoorbeeld een ziekenhuis of Wlz-instelling (verzorgingshuis, verpleeghuis) niet nodig is.

U

De verzekerde voor wie de verzekering is gesloten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragslanden

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Daarbij wordt niet bedoeld een EU-, EER-land of Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verminking

Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt en niet te camoufleren is door bijvoorbeeld kleding. Voorbeelden zijn brandwonden, misvormingen door verlamming van de aangezichtszenuw of amputatie van armen of benen.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen of geestelijke gezondheidszorg.

Verslavingsarts

Een arts, geregistreerd in het profielregister verslavingsartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die werkzaam is in een instelling voor verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg binnen een multidisciplinair team en die de verantwoording heeft voor onderzoek naar en de beoordeling van psychische en somatische gevolgen van het gebruik van verslavende middelen en de behandeling daarvan.

Verzekerde

De op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

Verzekeringnemer

De persoon die de verzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringsplichtige

De persoon die volgens artikel 2 Zorgverzekeringswet verplicht is een zorgverzekering te (laten) sluiten.

Verzorgende

Een verzorgende in de individuele gezondheidszorg, opgeleid volgens het Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg en gerechtigd deze titel te voeren.

Voorschrift

Schriftelijke en gemotiveerde vaststelling, aanwijzing of instructie van een zorgverlener waar in staat welke zorg en/of welk genees-, hulp- of verbandmiddel u gelet op uw gezondheidstoestand nodig heeft.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wijkverpleegkundige

Een hbo-gediplomeerd verpleegkundige die onderdeel uitmaakt van de (in)formele netwerken van waaruit maatschappelijke ondersteuning en zorg (zoals huisartsenzorg) lokaal worden georganiseerd en/of van een sociaal wijkteam of vergelijkbare gemeentelijke structuur. De wijkverpleegkundige signaleert en onderzoekt zorgvragen. Hij of zij bepaalt de aard, inhoud en omvang van de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de cliënt en stemt de zorg af met de behandelaar(s). De wijkverpleegkundige kan ook zelf zorg verlenen.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Zelfzorggeneesmiddel

Een geneesmiddel dat volgens de Geneesmiddelenwet zonder recept verkrijgbaar is.

Ziekenhuis (waaronder begrepen zelfstandig behandelcentrum)

Een instelling voor medisch-specialistische zorg, toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Zorgverzekeraar

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Zorgverzekering Basis

De VvAA zorgverzekering Basis

ZZP ggz-zorgproduct

Een pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met verblijf dat van toepassing is als het verblijf langer heeft geduurd dan 365 aaneengesloten dagen.

Grondslag van de zorgverzekering Basis

Artikel 2

lid 1 De zorgverzekering Basis is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering (met toelichtingen) en het ingevulde aanvraagformulier. De voorwaarden van de zorgverzekering Basis zijn vastgelegd in de zorgpolis. Met voorbijgaan aan wat anders in de voorwaarden mocht zijn bepaald, wordt deze verzekering geacht te voldoen aan de door of op grond van de Zorgverzekeringswet gestelde eisen. De verzekeringnemer ontvangt een bewijs van de zorgverzekering Basis (zorgpolis) en u een verzekeringspas.

lid 2 De zorgverzekering Basis kan worden gesloten met of voor verzekeringsplichtigen die wonen in Nederland of in het buitenland.

lid 3 De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de zorgverzekering Basis wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Gaat het om verpleging en verzorging zoals omschreven in deel B, artikel 7, dan zijn de eventuele voor de zorgverzekeraar geldende afspraken die de gemeente waar de zorg wordt verleend met zorgverzekeraars heeft gemaakt mede bepalend. Ook van belang zijn de eventuele voor de zorgverzekeraar geldende afspraken die de gemeente, waar de zorg wordt verleend, met zorgverzekeraars heeft gemaakt. Wilt u hulp bij het vinden van de weg in de zorg, of advies over uw keuzemogelijkheden of zorgbemiddeling bij u in de wijk, neemt u dan contact op met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg of diensten. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten.

lid 4 U heeft – met inachtneming van deze polisvoorwaarden – recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de zorgverzekering Basis. De behandel- of leveringsdatum is bepalend, dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-ggz of ZZP ggz-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum daarvan binnen de looptijd van de zorgverzekering Basis ligt. Als de zorg of dienst in twee opeenvolgende kalenderjaren is genoten en in één ongespecificeerd bedrag in rekening wordt gebracht, zoals bij een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-ggz of ZZP ggz-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de zorg of dienst binnen de looptijd van de zorgverzekering Basis ligt.

- lid 5 U kunt kosten van zorg declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten die gedekt zijn door de zorgverzekering Basis, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een afspraak tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar declareert de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar en betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener. Daarmee heeft de zorgverzekeraar ook aan haar betalingsverplichting tegenover u voldaan. In overige gevallen betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan u. Als de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet de zorgverzekeraar eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet verzekerde kosten voor. De zorgverzekeraar kan bedragen die zijn voorgesloten, verrekenen met volgende uitkeringen op uw zorgverzekering Basis. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt de zorgverzekeraar u een nota.
- lid 6 Als de zorgverzekeraar meer vergoedt dan gedekt is door de zorgverzekering Basis, dan wordt u geacht aan de zorgverzekeraar een volmacht te hebben verleend om het aan de zorgverlener teveel betaalde – in naam van de zorgverzekeraar – bij de zorgverlener te incasseren.

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3

- lid 1 U bent verplicht:
- zich bij een zorgvraag in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren;
 - de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 - aan de zorgverzekeraar, de medisch adviseur of degene belast met controle, medewerking te – laten – verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 - de zorgverzekeraar kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde of een (reis)verzekeraar en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van de zorgverzekeraar niet te benadelen.
- lid 2 U moet de originele nota's binnen 36 maanden indienen bij de zorgverzekeraar. Daarbij zijn de behandel- of leveringsdatum – dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven – bepalend. U kunt nota's het beste zo snel mogelijk na ontvangst indienen in verband met eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdragen.
- De nota moet de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal hebben. De nota moet ook zo zijn opgesteld dat de zorgverzekeraar deze zonder verdere navraag kan afwikkelen. Als de nota in een andere taal dan de genoemde talen is opgesteld kan de zorgverzekeraar vragen om vertaling – eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau – op uw kosten.
- lid 3 Als de zorgverzekeraar een declaratie in behandeling neemt op basis van een niet originele nota – bijvoorbeeld een scan, foto of fax – dan moet u de originele nota een jaar lang bewaren. Deze termijn gaat in op het moment van het indienen van de declaratie. De zorgverzekeraar kan tijdens deze termijn het origineel bij u opvragen.
- lid 4 Het niet nakomen van één of meer van bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten.

Overige bepalingen

Artikel 4 **Fraude**

- lid 1 Onder fraude verstaat de zorgverzekeraar: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering bij de totstandkoming en/of uitvoering van de zorgverzekering Basis, met als doel het krijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of het verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen. Fraude kan bijvoorbeeld bestaan uit het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, het indienen van vervalste of misleidende stukken, het doen van een onware opgave over een ingediende declaratie en het verzwijgen van feiten die voor de beoordeling van de declaratie van belang zijn.

- lid 2 Bij een vermoeden van fraude kan de zorgverzekeraar onderzoek doen. De zorgverzekeraar voert dit onderzoek uit volgens het *Protocol Verzekeraars en Criminaliteit*. Dit protocol kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 3 Bij vaststelling van fraude:
- bestaat geen recht op vergoeding van kosten van zorg. Dit geldt ook voor die onderdelen van een declaratie waarover geen onware opgave is gedaan of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
 - vordert de zorgverzekeraar alle bedragen die ten onrechte zijn uitgekeerd en kosten die door de fraude zijn ontstaan – waaronder ook onderzoekskosten – terug;
 - kan de zorgverzekeraar daarvan aangifte doen bij de politie;
 - kan de zorgverzekeraar de verzekeringnemer of verzekerde registreren in de registers bedoeld in artikel 11, lid 3;
 - heeft de zorgverzekeraar het recht om de zorgverzekering Basis te beëindigen per de datum waarop fraude werd gepleegd.

Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving

- lid 1 Als na het sluiten van de zorgverzekering Basis blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de zorgverzekering Basis vanaf de ingangsdatum of de dag waarop geen verzekeringsplicht meer bestond.
- lid 2 Als de zorgverzekering Basis vervalt, verrekent de zorgverzekeraar de premie vanaf de vervalddag met de vanaf diezelfde dag verstrekte vergoedingen. De zorgverzekeraar betaalt het saldo aan de verzekeringnemer, of brengt dit bij hem in rekening.

Artikel 6 Betalingsverplichtingen

- lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de zorgverzekering Basis verschuldigd.
- lid 2 Voor uw zorgverzekering Basis is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt.
- lid 3 De premie voor de zorgverzekering Basis is gelijk aan de premiegrondslag (bruto premie) verminderd met een eventuele premiekorting. Uitgegaan wordt daarbij steeds van 30 dagen per maand.
- lid 4 De verzekeringnemer moet de premie op de overeengekomen wijze vooruit betalen. Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet – tijdig – betaalt, kan de zorgverzekeraar de termijn wijzigen in een maand.
- Bij wijziging van de zorgverzekering Basis in de loop van een maand past de zorgverzekeraar de premie naar verhouding aan.
- De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.
- lid 5 Als de verzekeringnemer niet – tijdig – de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan de zorgverzekeraar hem na de (premie)vervalddag schriftelijk aanmanen tot betaling. Bij betalingsachterstand van twee maandpremies, biedt de zorgverzekeraar een betalingsregeling aan. Daarbij wijst de zorgverzekeraar erop dat bij het niet accepteren van deze regeling of het niet betalen binnen de gestelde termijn, de zorgverzekering Basis wordt beëindigd.
- Als de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle redelijke kosten daarvan – al dan niet via een rechtszaak – voor rekening van de verzekeringnemer.
- lid 6 Als u komt te overlijden, betaalt de zorgverzekeraar de premie terug vanaf de dag die volgt op de dag van overlijden.
- lid 7 De dekking en premieplicht van de zorgverzekering Basis worden opgeschort tijdens detentie. Bij detentie buiten Nederland moet een verklaring van de Minister van Buitenlandse Zaken of van Reclassering Nederland worden overgelegd. Na de detentie is er weer dekking en moet weer premie worden betaald.

Artikel 7 **Melding relevante gebeurtenissen**

- lid 1 Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de zorgverzekering Basis van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie of beëindiging daarvan, het vervallen van de verzekeringsplicht of het aantreden als militair in werkelijke dienst. Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt de zorgverzekeraar naar het adres volgens de Basisregistratie personen (voorheen: Gemeentelijke Basisadministratie).
- lid 2 Als u als verzekerde vanaf de leeftijd van 18 jaar een vrijwillig eigen risico wenst, moet de zorgverzekeraar daarvan binnen 30 dagen na de 18e verjaardag een melding ontvangen. Anders berekent de zorgverzekeraar de premie op basis van alleen het verplichte eigen risico.

Artikel 8 **Herziening van premie of voorwaarden**

- lid 1 De zorgverzekeraar kan de voorwaarden en/of de premie van de zorgverzekering Basis voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs wijzigen. Deze wijziging gaat in op een door de zorgverzekeraar te bepalen datum. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer schriftelijk op de hoogte van een wijziging. Een wijziging in de grondslag van de premie van de zorgverzekering Basis gaat niet eerder in dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- lid 2 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de zorgverzekering Basis beëindigen. Dit geldt niet als de wijziging rechtstreeks voortvloeit uit wijziging van een wettelijke bepaling of een verbetering inhoudt. De zorgverzekeraar moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen vóór de dag waarop de wijziging ingaat of uiterlijk één maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als de zorgverzekeraar dan niets heeft vernomen, loopt de zorgverzekering Basis door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 3 Een collectiviteitkorting op de zorgverzekering Basis vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De zorgverzekering Basis loopt dan door op individuele voorwaarden. De collectieve verzekeringsovereenkomst is op te vragen bij de contractant (bijvoorbeeld de werkgever).

Artikel 9 **Begin en einde van de zorgverzekering Basis**

- lid 1 De ingangsdatum van de zorgverzekering Basis is de dag waarop de zorgverzekeraar de aanvraag tot het sluiten van de zorgverzekering Basis heeft ontvangen. Als uit de aanvraag niet blijkt of u verzekeringsplichtig bent, gaat de zorgverzekering Basis in op de dag dat de zorgverzekeraar de gegevens, die nodig zijn voor de beoordeling hiervan, heeft ontvangen.
- Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, kan de ingangsdatum op verzoek van de verzekeringnemer ook een latere dag zijn.
- De ingangsdatum van de zorgverzekering Basis staat op het polisblad.
- Vanaf 1 januari volgend op de ingangsdatum vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.
- lid 2 Als de zorgverzekering Basis ingaat binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, dan stelt de zorgverzekeraar de ingangsdatum met terugwerkende kracht vast op de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- lid 3 Als de zorgverzekering Basis ingaat binnen één maand nadat de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, dan stelt de zorgverzekeraar de ingangsdatum met terugwerkende kracht vast op de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd.

- lid 4 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de zorgverzekering Basis te beëindigen, tenzij sprake is van fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 6, lid 5).
- lid 5 De zorgverzekering Basis eindigt op de dag die volgt op de dag waarop u komt te overlijden.
- lid 6 De zorgverzekering Basis eindigt op de dag waarop uw verzekeringsplicht vervalt. Dit is het geval als u niet meer verzekerd bent volgens de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 7 De zorgverzekering Basis eindigt als de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van haar vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekering Basis meer aanbiedt of uitvoert. De zorgverzekeraar informeert de verzekeringnemer hierover uiterlijk twee maanden voordat de zorgverzekering Basis eindigt met vermelding van de reden en de datum waarop deze eindigt.
- lid 8 De verzekeringnemer kan bij een nieuw dienstverband de zorgverzekering Basis tussentijds opzeggen, als de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de vorige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband moet direct aansluiten op de einddatum van het vorige dienstverband. Opzeggen van de zorgverzekering Basis kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. De opzegging en de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.
- lid 9 Wanneer de verzekeringnemer een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan hij die zorgverzekering Basis opzeggen als (voor) deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft (is) afgesloten. De opzegging gaat in:
- op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, als de opzegging voor die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen, of
 - op de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de opzegging als de opzegging op of na die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen.
- lid 10 Bij het aangaan van de zorgverzekering Basis, heeft de verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de verzekering, of, als dat later is, binnen 14 dagen nadat hij het bewijs van de zorgverzekering Basis (de zorgpolis) heeft ontvangen. Opzegging betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. Hierdoor bestaat er geen aanspraak op dekking.
- lid 11 Als het CAK u meedeelt dat zij u bij de zorgverzekeraar heeft verzekerd, kunt u de zorgverzekering Basis binnen 14 dagen laten vervallen. U moet hiervoor aan het CAK en de zorgverzekeraar aantonen:
- dat u in de 3 maanden na verzending van het besluit waarin het CAK u opdraagt een zorgverzekering te (laten) sluiten al elders verzekerd was, en
 - dat deze verzekering nog steeds van kracht is.
- lid 12 Als u door het CAK bent verzekerd en blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was, vervalt de zorgverzekering Basis vanaf de ingangsdatum op grond van onjuiste voorstelling van zaken.
- lid 13 Als het CAK de zorgverzekering Basis namens u heeft gesloten, kan deze niet worden opgezegd in de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Artikel 10 **Geschillen**

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Als u het niet eens bent met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kunt u de zorgverzekeraar verzoeken tot een heroverweging. Dit geldt ook voor de verzekeringnemer. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.
- lid 3 Als de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kunt u of kan de verzekeringnemer de klacht over de zorgverzekering Basis voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Dit kan in de Nederlandse of de Engelse taal. De procedure is altijd in het Nederlands.

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.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 088 900 69 00

E-mail: info@skgz.nl

Internet: www.skgz.nl

Voor het indienen van een klacht of het voorleggen van een geschil gelden voor zowel u als de verzekeringnemer termijnen:

- Heeft de zorgverzekeraar geantwoord op uw vraag om nog eens naar uw probleem te kijken?
U kunt uw klacht tot één jaar na het antwoord van de zorgverzekeraar indienen.
- Heeft de zorgverzekeraar niet geantwoord op uw vraag om nog eens naar uw probleem te kijken?
U kunt uw klacht tot dertien maanden na uw verzoek om heroverweging indienen.
- Wilt u een geschil bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen voorleggen?
Dit kan tot één jaar na het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar dat tot het geschil heeft geleid. Heeft u het handelen of nalaten niet direct gemerkt? Dan gaat de termijn van één jaar in op het moment dat u van het handelen of nalaten redelijkerwijs op de hoogte had kunnen zijn.
- Heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen uw klacht bekeken en wilt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen?
Dit kan tot drie maanden nadat de Ombudsman u de uitkomst van de bemiddeling heeft laten weten.

U of de verzekeringnemer kan de zaak ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter. Als u of de verzekeringnemer hiervoor kiest, vervalt de mogelijkheid om de zaak voor te leggen aan de SKGZ.

- lid 4 Voor klachten over de wijze waarop de zorgverzekeraar u of de verzekeringnemer heeft behandeld, kunt u of kan de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en – in tweede instantie – tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.
- lid 5 Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar kunt u of kan de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

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

Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens

- lid 1 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoons- en andere gegevens en neemt deze op in haar persoonsregistratie. Als u ons belt kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in tekst. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het sluiten en uitvoeren van uw verzekering of de financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, statistische analyses, om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de zorgverzekeraar en de financiële sector. Bij dit alles neemt de zorgverzekeraar vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens en de *Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars* in acht. Deze gedragscode kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 2 Stelt u informatie over producten en/of diensten niet op prijs, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij de zorgverzekeraar, Postbus 168, 3990 DD Houten, of via telefoonnummer 030 639 64 00, of via het contactformulier op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

- lid 3 In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert de zorgverzekeraar volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. De zorgverzekeraar voert ook een Incidentenregister volgens het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen. Op grond van dit protocol kan zij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag. Het privacyreglement van de Stichting CIS is hierbij van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl. U kunt het reglement ook aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 4 Voor het uitvoeren van de zorgverzekering Basis kan de zorgverzekeraar aan derden (zoals zorgverleners en leveranciers) inlichtingen vragen en geven om haar verplichtingen te kunnen nakomen. De zorgverzekeraar doet dit via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Voor de zorgverlener of leverancier zijn deze gegevens noodzakelijk om de kosten van de aan u verleende zorg te kunnen declareren. Onder inlichtingen worden in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.
- lid 5 De zorgverzekeraar is verplicht om het burgerservicenummer (BSN) in haar administratie op te nemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. De zorgverzekeraar gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

Artikel 12 Uitsluitingen

- lid 1 De zorgverzekering Basis biedt geen dekking van kosten voor:
1. eigen bijdragen volgens de Wlz, Wmo en Jeugdwet en in verband met bevolkingsonderzoek;
 2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet of in verband met sportbeoefening), attesten en vaccinaties, tenzij de Regeling zorgverzekering anders bepaalt;
 3. griepvaccinatie;
 4. alternatieve geneeswijzen;
 5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
 6. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor vrouwelijke verzekerden van 43 jaar of ouder;
 7. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan de zorg beschreven in deel B, artikel 8, lid 2;
 8. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas voor verloskundige zorg;
 9. niet nagekomen afspraken;
 10. sportmedisch onderzoek, begeleiding en advies waarbij geen sprake is van een geneeskundige zorgvraag. Daarmee zijn ook kosten van activiteiten gericht op het bereiken van een bepaald sportniveau of het verbeteren van sportprestaties uitgesloten van vergoeding;
 11. incasso – al of niet via een rechtszaak – als u een nota niet – tijdig – betaalt aan een zorgverlener;
 12. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of mouterij, volgens artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht;
 13. geestelijke gezondheidszorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar.
- lid 2 De zorgverzekering Basis biedt geen aanspraak op vergoeding voor vormen van zorg of diensten die op grond van andere wettelijke voorschriften kunnen worden bekostigd.
- De zorgverzekering Basis is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet. Er zijn echter ook andere wetten voor (de vergoeding van kosten van) zorg en zorgdiensten, zoals de Wlz, de Wmo en de Jeugdwet. De overheid heeft bepaald dat de zorgverzekering Basis geen dekking biedt als zorg of diensten in die andere wetten of daarop gebaseerde regelingen zijn geregeld, ook niet als u die zorg of diensten niet toereikend vindt. De zorgverzekering Basis biedt daarom – bijvoorbeeld – geen dekking voor respijtzorg (vergoed volgens de Wmo) en ook niet voor de verpleging als beschreven in artikel 7 als u beroep kunt doen op gesubsidieerde ADL-assistentie in en om de ADL-woning (geregeld in de Wlz).

- lid 3 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de zorgverzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat de zorgverzekeraar ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als de zorgverzekeraar zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen.

Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

- lid 4 Na een zeer uitzonderlijke omstandigheid als bedoeld in artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering kan een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking worden gesteld. In dat geval heeft u, in aanvulling op lid 2, recht op een aanvullende vergoeding. De omvang van die vergoeding wordt bepaald volgens artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering.

Artikel 13 **Lidmaatschap Vereniging ONVZ en aanmelding Wlz-uitvoerder**

- lid 1 De verzekeringnemer wordt met het sluiten van een zorgverzekering Basis met de zorgverzekeraar lid van de Vereniging ONVZ. Als de zorgverzekering Basis onderdeel is van een collectief contract, wordt de betrokken contractant lid. Een verzekeringnemer van meerdere zorgverzekeringen Basis kan maar eenmaal lid worden. Bij beëindiging van de zorgverzekering Basis eindigt ook het lidmaatschap van de Vereniging.
- lid 2 Heeft u een zorgverzekering Basis bij de zorgverzekeraar, dan wordt u automatisch aangemeld bij ONVZ Langdurige Zorg B.V. Deze treedt op grond van de bepalingen van de Wlz voor u op als uitvoerder van die wet.

Artikel 14 **Materieel controleren**

De zorgverzekeraar heeft het recht na te gaan of het onderzoek dat of de behandeling die de zorgverlener in rekening brengt, ook daadwerkelijk is uitgevoerd en of u die zorg nodig had gezien uw gezondheidstoestand.

Artikel 15 **Elektronische communicatie**

- lid 1 Als u of de verzekeringnemer er voor kiest contact met de zorgverzekeraar op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat de zorgverzekeraar mededelingen ook langs elektronische weg aan u mag doen. Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.
- lid 2 Als u of de verzekeringnemer de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor het elektronisch verzenden van mededelingen, of voor het elektronisch toezenden van de polis, kan die toestemming weer worden ingetrokken. Dat kan:
- schriftelijk: het verzoek moet zijn gericht aan VvAA zorgverzekering, Verkerdenadministratie, Postbus 168, 3990 DD Houten;
 - via het contactformulier op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Algemene bepalingen

VvAA aanvullende verzekering

Inhoudsopgave

Deel A-2 Algemene bepalingen VvAA aanvullende verzekeringen

Toepasselijkheid Algemene bepalingen voor de aanvullende verzekeringen

Artikel 1	27
-----------	----

Begripsomschrijvingen

Artikel 2	27
-----------	----

Overige bepalingen

Artikel 3	Grondslag van de aanvullende verzekering	29
Artikel 4	Begin en einde van de aanvullende verzekering	29
Artikel 5	Wijziging van de aanvullende verzekering	30
Artikel 6	Verzwijging	30
Artikel 7	Toeslagen	30
Artikel 8	Geschillen	31
Artikel 9	Uitsluitingen	31

Deel A-2

Algemene bepalingen VvAA aanvullende verzekeringen

Toepasselijkheid Algemene bepalingen voor de aanvullende verzekeringen

Artikel 1

De Algemene bepalingen hieronder zijn alleen van toepassing op de aanvullende verzekering(en). De Algemene bepalingen van deel A-1 zijn ook van toepassing op de aanvullende verzekering(en), als zonder de betreffende bepaling het onderwerp niet zou zijn geregeld. De volgende bepalingen van deel A-1 zijn echter nooit van toepassing op de aanvullende verzekering(en):

- artikel 2, lid 1 en lid 2;
- artikel 6, lid 2;
- artikel 7, lid 2;
- artikel 9, lid 1, als sprake is van gezondheidsvragen bij de acceptatieprocedure voor de betreffende aanvullende verzekering.

Begripsomschrijvingen

Artikel 2

Aanvullende verzekering

Alle verzekeringen behalve de VvAA zorgverzekering Basis en de VvAA Basis Internationaal.

Acupuncturist

Een arts of behandelaar die volwaardig lid is van een door de zorgverzekeraar erkende beroepsorganisatie voor acupuncturisten. Een acupuncturist moet beschikken over medische en psychosociale basiskennis volgens de PLATO-eisen. Informatie over de PLATO-eisen staat in het document *PLATO-eisen*. Een overzicht van de erkende beroepsorganisaties en het document *PLATO-eisen* kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Alternatieve geneeswijzen

Door de reguliere geneeskunde niet-erkende behandelingen of onderzoeksmethoden gericht op genezing of behandeling van een ziekte. Het wetenschappelijk bewijs van de werkzaamheid ontbreekt volgens de reguliere geneeskunde.

Antroposofisch geneesmiddel (geregistreerd)

Geneesmiddel dat in de G-standaard van Z-index is ingedeeld in de productgroep HA (Handelsproduct antroposofisch volgens aanbieder) en wordt toegepast binnen de antroposofische geneeskunde.

Behandelaar

Een zorgverlener die volwaardig lid is van een door de zorgverzekeraar voor de verleende zorg erkende beroepsorganisatie. Een behandelaar moet beschikken over medische en psychosociale basiskennis volgens de PLATO-eisen. Informatie over de PLATO-eisen staat in het document *PLATO-eisen*. Een overzicht van de erkende beroepsorganisaties en het document *PLATO-eisen* kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. De door de behandelaar verleende zorg dient gebruikelijk te zijn in de beroepsgroep. De officiële of de binnen een beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven bepalen het uit te keren bedrag. Normtarieven van een beroepsorganisatie zijn leidend.

Buitenland

Ieder ander land dan het land waar u woont.

Chiropractor

Een behandelaar die volwaardig lid is van een door de zorgverzekeraar erkende beroepsorganisatie voor chiropractoren. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Familieleden in de 1e of 2e graad

- 1e graad: uw partner, ouders, adoptieouders, pleegouders, stiefouders, schoonouders, kinderen, adoptiekinderen, pleegkinderen, stiefkinderen, schoonzonen en schoondochters. Onder kinderen, adoptie-, pleeg- of stiefkinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind, adoptie-, pleeg- of stiefkind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen.
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers, stiefzussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en stiefzussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen.

Homeopathisch geneesmiddel (geregistreerd)

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet geregistreerd is als homeopathisch geneesmiddel en dat in de G-standaard van Z-Index is ingedeeld in de productgroep HM (Homeopathisch geregistreerd geneesmiddel).

Hospice

Een verblijfshuis dat ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven begeleidt en verzorgt door de inzet van zorgverleners en vrijwilligers. De hospice dient een Wlz-toelating te hebben.

Lactatiekundige

Een lactatiekundige die volwaardig lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Medische noodzaak

De noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging als de wetenschap dit voldoende beproefd en deugdelijk vindt en de zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch is.

Niet Geneesmiddel

Middel dat niet onder de Geneesmiddelenwet valt en dat in de G-standaard van Z-index de registratie Niet Geneesmiddelen (NG) heeft.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten zijn wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt. Voor de ongevallendeckering in artikel 24 van de VvAA zorgverzekering Excellent geldt echter de omschrijving in dat betreffende artikel.

Onvoorziene zorg

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare behandeling die geen enkel uitstel toelaat omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen vereist is.

Orthoptist

Een orthoptist die voldoet aan de eisen vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Osteopaat

Een behandelaar die volwaardig lid is van een door de zorgverzekeraar erkende beroepsorganisatie voor osteopaten. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Pedicure

De pedicure zoals omschreven in deel A-1 of een pedicure met de specialisatie Reumatische Voet en ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures.

Podoposturaal therapeut

Een podoposturaal therapeut die zo is geregistreerd in het kwaliteitsregister van KABIZ.

Preventief medisch onderzoek

Preventieve behandelingen of onderzoeken door een medisch specialist of huisarts, behalve onderzoek volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Psychosomatisch fysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninkrijk Nederlands

Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Registerpodoloog

Een registerpodoloog die zo is geregistreerd in het kwaliteitsregister van KABIZ.

Reisgenoot

De persoon met wie verzekerde samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland en waarmee voorafgaand aan vertrek al een familiale, vriendschappelijke of zakelijke band bestond.

Schoonheidsspecialist

Een schoonheidsspecialist die volwaardig lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).

Ziekenvervoer

Vervoer dat om medische redenen niet met openbaar vervoer kan plaatsvinden. Dit vervoer vindt plaats vanwege medisch onderzoek of medische behandeling.

Zorgverzekeraar

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., gevestigd aan De Molen 66 in Houten.

Zorgverzekering

Een tussen de verzekeringnemer en een verzekeraar gesloten verzekering voor geneeskundige zorg – ten behoeve van een verzekeringsplichtige – volgens de Zorgverzekeringswet.

Overige bepalingen

Artikel 3 Grondslag van de aanvullende verzekering

- lid 1 Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:
1. het aanvraagformulier;
 2. gegevens die door u of de verzekeringnemer afzonderlijk zijn verstrekt en ook – als de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve overeenkomst – de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- lid 2 U ontvangt een bewijs van de aanvullende verzekering (polis).
- lid 3 U heeft alleen aanspraak op vergoeding van kosten als sprake is van een medische noodzaak.

Artikel 4 Begin en einde van de aanvullende verzekering

- lid 1 Als u verhuist naar een land buiten Nederland en niet meer verzekeringsplichtig bent volgens de Zorgverzekeringswet of een ziektekostenverzekering in uw woonland, beëindigt de zorgverzekeraar de aanvullende verzekering(en). De zorgverzekeraar kan een internationale verzekering aanbieden als aan de voorwaarden wordt voldaan.
- lid 2 Een collectiviteitskorting op de premie vervalt, als niet meer wordt voldaan aan de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- lid 3 Als de aanvullende verzekering van de ouder(s)/verzorger(s) beëindigd wordt, beëindigt de zorgverzekeraar de aanvullende verzekering van de kinderen op de beëindigingsdatum van de aanvullende verzekering van de ouder(s)/verzorger(s).

Als in plaats van de beëindigde verzekering van de ouder(s)/verzorger(s) een verzekering wordt gesloten die minder dekking biedt, wordt de aanvullende verzekering van de kinderen per de ingangsdatum van bedoelde verzekering beëindigd. Naar keuze van verzekeringnemer kan worden gekozen voor een verzekering met dezelfde dekking als voor de ouder/verzorger. De ingangsdatum van de verzekering voor de kinderen moet gelijk zijn aan die voor de ouder(s)/verzorger(s) en bedoelde keuze moet worden gemaakt binnen een maand na de ingangsdatum van de verzekering voor de ouder(s)/verzorger(s).

- lid 4 Bij fraude zoals omschreven in artikel 4 van deel A-1, kan de zorgverzekeraar de eventuele aanvullende verzekering(en) beëindigen die zijn gesloten voor degene die heeft gefraudeerd, op een door de zorgverzekeraar te bepalen tijdstip.
- lid 5 Voor begin en einde van een VvAA zorgverzekering Student geldt het volgende.
1. U bent student en volgt een (para)medische studie.
Als u afstudeert of stopt met de studie, bent u verplicht dit aan de zorgverzekeraar te melden. Daarbij geldt dat:
 - a. de VvAA zorgverzekering Student eindigt per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar;
 - b. de zorgverzekeraar per die datum een andere aanvullende verzekering kan aanbieden;
 - c. u een aanvullende verzekering kunt aanvragen met een hogere dekking dan aangeboden. Hiervoor kan een acceptatieprocedure gelden.
 2. Eén van uw ouders is VvAA-lid, u bent student en volgt een andere dan een (para)medische studie.
De VvAA zorgverzekering Student kan worden gesloten zolang u studeert en jonger bent dan 27 jaar. Als u 27 jaar wordt, eerder afstudeert of stopt met de studie, bent u verplicht dit aan de zorgverzekeraar te melden.
Daarbij geldt dat:
 - a. de VvAA zorgverzekering Student eindigt per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar;
 - b. de zorgverzekeraar per die datum een andere aanvullende verzekering kan aanbieden;
 - c. u een aanvullende verzekering kunt aanvragen met een hogere dekking dan aangeboden. Hiervoor kan een acceptatieprocedure gelden.

Artikel 5 Wijziging van de aanvullende verzekering

- lid 1 De verzekeringnemer kan met ingang 1 januari van ieder volgend jaar een andere aanvullende verzekering kiezen. Hierbij kan een acceptatieprocedure gelden. Een verzoek voor het wijzigen van de aanvullende verzekering moet worden ingediend vóór het kalenderjaar ingaat of uiterlijk 30 dagen nadat de gewijzigde polisvoorwaarden voor het nieuwe kalenderjaar zijn ontvangen.
- lid 2 Als u 18 jaar wordt, kan de verzekeringnemer de verzekering wijzigen met ingang van de eerste dag van de maand volgend op uw 18e verjaardag. Hierbij kan een acceptatieprocedure gelden.
- lid 3 Stapt u over naar een andere aanvullende verzekering van VvAA? Dan tellen zorgkosten die de oude aanvullende verzekering heeft vergoed mee voor de maximale vergoeding van de nieuwe aanvullende verzekering.

Artikel 6 Verwijging

- lid 1 Als met kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering was gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is ook het geval als is gehandeld om de zorgverzekeraar te misleiden bij het sluiten van de verzekering. Als bij het sluiten van een verzekering met kennis van de werkelijke stand van zaken een verzekering met minder dekking was aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld volgens deze dekking.
- lid 2 De zorgverzekeraar kan de verzekering beëindigen, als bij kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten of als de zorgverzekeraar is misleid.

Artikel 7 Toeslagen

- lid 1 Als in het land waar u of de verzekeringnemer woont een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt de zorgverzekeraar een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.
- lid 2 De zorgverzekeraar brengt een jaarlijks te bepalen toeslag op de premie in rekening, als een aanvullende verzekering is gesloten, niet in combinatie met de zorgverzekering Basis. De toeslag staat in de premietabel, die deel uitmaakt van de voorwaarden van deze verzekering.

Artikel 8 **Geschillen**

In aanvulling op artikel 10 van deel A-1 geldt dat het advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ op uw verzoek of dat van de verzekeringnemer ook niet bindend kan zijn. Dit moet voor het begin van de procedure kenbaar worden gemaakt.

Artikel 9 **Uitsluitingen**

- lid 1
1. Samenloop
Deze verzekering biedt geen dekking als – zou deze verzekering niet bestaan – aanspraak gemaakt kan worden of zou kunnen worden gemaakt op vergoeding volgens een andere verzekering – al dan niet van een oudere datum – of volgens een wettelijke regeling.
 2. Excedent
Als aanspraak gemaakt kan worden op vergoeding volgens een andere verzekering, al dan niet van een oudere datum of volgens een wettelijke regeling, is de dekking die deze verzekering biedt een excedent dekking.
- lid 2
- Naast de uitsluitingen van artikel 12, lid 1, onder 6, 7, 9, 11, 12 en 13 en de beperking in de leden 2 en 3 van deel A-1 bestaat geen aanspraak op vergoeding van:
1. door u of de verzekeringnemer verschuldigde eigen bijdragen of eigen risico's volgens een (buitenlandse) wettelijke regeling, behalve de eigen bijdragen gedekt door de aanvullende verzekering;
 2. kosten die niet vergoed worden volgens een natura zorgverzekering – of een variant met een naturadekking – als een door de betrokken zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener de zorg naar verwachting tijdig kan verlenen en er is gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgverlener;
 3. kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij de zorgverzekeraar hiervoor toestemming heeft verleend;
 4. kosten van schade door terrorisme als u geen Nederlands ingezetene bent.

VvAA

zorgverzekering Basis

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Basis

Deel B Omvang Dekking

Artikel 1	Restitutiebasis	35
Artikel 2	Eigen risico	35
Artikel 3	Preventieve zorg	36
Artikel 4	Huisartsenzorg	39
Artikel 5	Eerstelijnsdiagnostiek	40
Artikel 6	Medisch-specialistische zorg	40
Artikel 7	Verpleging en verzorging	44
Artikel 8	Geboortezorg	45
Artikel 9	Revalidatie en zintuiglijk gehandicaptenzorg	46
Artikel 10	Orgaantransplantatie	48
Artikel 11	Dialysezorg	49
Artikel 12	Mechanische beatmingsapparaat	49
Artikel 13	Oncologische aandoeningen bij kinderen	49
Artikel 14	Trombosedienst	50
Artikel 15	Erfelijkheidsonderzoek en -advies	50
Artikel 16	Audiologische zorg	50
Artikel 17	Paramedische zorg	50
Artikel 18	Mondzorg	52
Artikel 19	Farmaceutische zorg	54
Artikel 20	Hulpmiddelenzorg	56
Artikel 21	Ambulancevervoer	57
Artikel 22	Zittend ziekenvervoer	57
Artikel 23	Generalistische basis-ggz	58
Artikel 24	Gespecialiseerde ggz	59
Artikel 25	Buitenland	61
Artikel 26	Algemeen	61

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	62
Zorgbemiddeling	62
Medisch-specialistische behandeling	62
VvAA kraamzorg service	62
Taxivervoer	62
Artsen Alarm Service	62
Informatie over het verhaal van letselschade na een ongeval	63

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Basis

Artikel 1 Restitutiebasis

- lid 1 De zorgverzekering Basis biedt aanspraak op vergoeding van de in deel B beschreven kosten voor zorg en overige diensten. Daarbij zijn de bepalingen uit deel A-1 ook van toepassing. Binnen deze omschrijvingen bent u vrij in de keuze van zorgverlener. Voor zorg in het buitenland geldt artikel 25.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:
1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.
- Voor verpleging en verzorging die worden vergoed in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) zoals bedoeld in artikel 7, lid 2 geldt echter de maximale vergoeding vermeld in het *Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2018*.
- lid 3 U heeft op verzoek aanspraak op bemiddeling. Hiervoor kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C). Bij bemiddeling in verband met wachtlijsten houdt de zorgverzekeraar rekening met medisch inhoudelijke factoren en daarnaast maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren. Betreft de bemiddeling verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 7, dan houdt de zorgverzekeraar rekening met eventuele voor haar geldende afspraken over taakafstemming met de gemeente waar de zorg zal worden geleverd.

Artikel 2 Eigen risico

- lid 1 Voor de zorgverzekering Basis geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 385,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de zorgverzekering Basis.
- lid 2 De zorgverzekeraar brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de zorgverzekering Basis. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.
- De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:
1. kosten van huisartsenzorg (waaronder ook de kosten van inschrijving en van multidisciplinaire eerstelijnszorg bedoeld in artikel 4, lid 1). De kosten van met de zorg samenhangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek (als bedoeld in artikel 5) elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. Ook de kosten van eerstelijns verblijf (als bedoeld in artikel 4 lid 2) vallen onder het eigen risico;
 2. kosten van verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 7;
 3. kosten van door de zorgverzekeraar aangewezen programma's voor preventieve zorg. Deze programma's kunnen betrekking hebben op preventie van diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken. Een overzicht van de aangewezen programma's voor preventieve zorg kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering;
 4. kosten van de medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik door een door de zorgverzekeraar aangewezen apotheek. Een overzicht van de aangewezen apotheken kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. De kosten van de receptplichtige geneesmiddelen zelf vallen wel onder het eigen risico;
 5. kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico, net als kosten van met de zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;

6. kosten van nacontrole van u als donor nadat de periode, bedoeld in artikel 10, lid 2 is verstreken alsmede de door u als donor gemaakte kosten van vervoer bedoeld in artikel 10, lid 4;
7. kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.

- lid 3 De zorgverzekeraar houdt geen verplicht eigen risico in op kosten van zorg of overige diensten waarvan zij de nota's op of na 31 december 2019 heeft ontvangen en het niet aan u te wijten is dat de zorgverzekeraar de nota niet voor 31 december 2019 heeft ontvangen.
- lid 4 Als er een eigen bijdrage geldt, wordt die eerst ingehouden. Het bedrag dat daarna overblijft, valt onder het eigen risico. Eigen bijdragen tellen dus niet mee voor het vol maken van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Kosten die niet onder de dekking van de zorgverzekering Basis vallen, tellen ook niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 5 Als de zorgverzekering Basis in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:
- a. het geldende eigen risico wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen waarop de verzekering liep of zal lopen;
 - b. de uitkomst wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar, dan berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:
- a. het voor dat jaar geldende eigen risico wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen waarover premie wordt betaald;
 - b. de uitkomst wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 6 Als het eigen risico wijzigt tijdens het kalenderjaar en u onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging al onder een zorgverzekering Basis was verzekerd, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:
- a. ieder bedrag aan eigen risico in het betreffende kalenderjaar wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen in dat jaar waarvoor het gold of zal gelden;
 - b. deze bedragen worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 7 De uitkomsten bedoeld in lid 5 en 6 worden afgerond op hele euro's.
- lid 8 Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-ggz of ZZP ggz-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin de DBC, het DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, de prestatie basis-ggz of het ZZP ggz-zorgproduct wordt geopend.

Artikel 3 Preventieve zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg als omschreven in dit deel B ook als sprake is van de volgende vormen van preventie:
1. geïndiceerde preventie, gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen die een hoog risico op een aandoening hebben;
 2. zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkomen van complicaties of verergeren van een ziekte.
- De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten voor anonieme behandeling via internet.
- lid 2 Voor enkele vormen van geïndiceerde preventie zoals bedoeld in lid 1 gelden nadere voorwaarden die hieronder zijn omschreven.
- a. Voetzorg bij diabetes mellitus**
- Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor voetzorg bij diabetes mellitus ter voorkoming of ter behandeling van voetulcera. De zorg wordt verleend door:
- de huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts;
 - een podotherapeut, die geschoold en bekwaam is in het leveren van voetzorg voor diabetespatiënten.

Welke zorg de zorgverzekeraar vergoedt, hangt af van uw zorgprofiel. De huisarts, medisch specialist of podotherapeut stelt dit zorgprofiel vast tijdens de jaarlijkse voetcontrole, op basis van het risico op het ontstaan van voetproblemen. Het zorgprofiel beschrijft welke zorg nodig is om diabetische voetulcera te voorkomen.

Als u diabetes mellitus heeft, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

1. jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit een anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
2. daarnaast, bij zorgprofiel 2, 3 en 4:
 - frequent gericht voetonderzoek, de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen;
 - educatie over en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus;
 - advisering over adequaat schoeisel.

De zorgverzekeraar vergoedt deze zorg als huisartsenzorg (artikel 4), ook als deze onderdeel uitmaakt van integraal bekostigde multidisciplinaire eerstelijnszorg.

Voetzorg is niet hetzelfde als voetverzorging. Met voetverzorging wordt bedoeld de verzorgende handelingen zoals de verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen alsmede het knippen van de teennagels. Deze kosten zijn uitgesloten van de aanspraak.

b. Begeleiding bij stoppen met roken

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een stoppen-met-rokenprogramma, maximaal één keer per kalenderjaar. Een stoppen-met-rokenprogramma omvat op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg – al dan niet in combinatie met geneesmiddelen – met als doel te stoppen met roken.

Naast korte ondersteunende adviezen voor het stoppen met roken door huisarts, medisch specialist of verloskundige, vergoedt de zorgverzekeraar ook intensievere begeleiding bij het stoppen met roken, zoals persoonlijke coaching, telefonische coaching en groepstraining door een huisarts, verpleegkundige of zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met roken van het Partnership Stop met Roken. Het kwaliteitsregister Stoppen met roken kunt u raadplegen op www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met het VvAA service center.

Als de begeleidende zorgverlener dit noodzakelijk acht, vergoedt de zorgverzekeraar ook ondersteuning met geneesmiddelen. De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist en onderdeel zijn van het behandelprogramma.

c. Preventie van depressie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van depressie als sprake is van een subklinische depressie. Iemand heeft dan depressieve klachten maar nog niet voldoende om van een depressie te spreken.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg.

De zorg kan bestaan uit programma's gebaseerd op de volgende therapievormen:

- cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Kleur je leven* of de cursus *In de put, uit de put*;
- interpersoonlijke therapie;
- problem solving therapy.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van bewegingsgerichte programma's.

d. Preventieve zorg bij overgewicht

Als sprake is van een BMI van 25-30 kg/m², bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van algemene leefstijladviezen door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Een praktijkondersteuner, leefstijladviseur, diëtist of andere zorgverlener kan de advisering dus ook uitvoeren. Deze advisering over leefstijl, voeding en gedragsverandering vergoedt de zorgverzekeraar als huisartsenzorg (artikel 4). De daar beschreven voorwaarden zijn ook van toepassing op deze leefstijladviesing.

Als sprake is van:

1. een BMI van minimaal 30 kg/m², of
2. een BMI van 25-30 kg/m² in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht, waarbij dit verhoogde risico of de samenhang met een ziekte is vastgesteld door de huisarts, bestaat aanspraak op vergoeding van een deel van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie, zoals hierna beschreven. U moet – voor aanvang van de gecombineerde leefstijlinterventie – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Een gecombineerde leefstijlinterventie is een samenhangend zorgprogramma dat gericht is op het aanwennen en behouden van gezond gedrag. Het bestaat uit drie componenten:

- advisering over en begeleiding bij voeding- en eetgewoontes: de zorgverzekeraar vergoedt de kosten als diëtietiek (artikel 17, lid 6) of huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals omschreven in de genoemde artikelen zijn dan ook van toepassing op deze advisering en begeleiding;
- advisering over en begeleiding bij beweging. Als u jonger bent dan 18 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut als fysiotherapie en oefentherapie (artikel 17, lid 3). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze advisering en begeleiding. Als u 18 jaar bent of ouder, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking. De zorgverzekeraar adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van advisering over beweging door een leefstijladviseur onder de verantwoordelijkheid van een huisarts – voor alle leeftijden – als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze advisering;
- begeleiding bij gedragsverandering door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Een praktijkondersteuner, leefstijladviseur, psycholoog of andere zorgverlener in de huisartsenpraktijk kan de begeleiding dus ook uitvoeren. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze begeleiding.

e. Preventie van problematisch alcoholgebruik

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van problematisch alcoholgebruik als sprake is van een hoog risico op problematisch alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg.

De zorg kan bestaan uit kortdurende programma's die zijn gebaseerd op de therapeutische principes van motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie zoals de programma's *Minder drinken* en *De Drinktest*, aangeboden door het Trimbos Instituut.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor preventieve zorg voor kinderen van ouders met een alcoholverslaving, als het kind niet zelf een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik loopt.

f. Preventie van paniekstoornis

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van paniekstoornissen als sprake is van een subklinische paniekstoornis. Iemand heeft dan panieklachten maar er is geen sprake van een volwaardige paniekstoornis.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg. De zorg kan bestaan uit kortdurende programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Geen Paniek*.

Huisartsenzorg

lid 1

Huisartsenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Als het gaat om individuele geneeskundige zorg bij infectieziekte- of tuberculosebestrijding kan ook een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding de zorg verlenen.

Huisartsenzorg zoals hiervoor beschreven omvat ook:

- het daarmee samenhangende (laboratorium)onderzoek dat in de huisartsenpraktijk zelf wordt uitgevoerd. Voor vergoeding van kosten voor (laboratorium)onderzoek dat elders wordt verricht in opdracht van een huisarts geldt artikel 5;
- multidisciplinaire eerstelijnszorg bij chronische aandoeningen;
- voedselallergieonderzoek bij kinderen via de dubbelblinde, placebogecontroleerde voedsel-provocatietest (DBPGVP). Deze kan ook worden uitgevoerd door een jeugdarts.

Individuele geneeskundige zorg bij infectieziekte- en/of tuberculosebestrijding omvat niet:

- algemene preventieve maatregelen, zoals collectieve voorlichting en vaccinaties, en bron- en contactopsporing in verband met collectieve preventie;
- voorlichting en advisering over en vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis. De zorgverzekeraar adviseert om na te gaan of uw aanvullende verzekering voor de kosten hiervan dekking biedt.

lid 2

Eerstelijns verblijf

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor eerstelijns verblijf als dit noodzakelijk is in verband met generalistische geneeskundige zorg. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de generalistische geneeskundige zorg en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van eerstelijnsdiagnostiek, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens het verblijf als deze zorg verband houdt met de geneeskundige zorg waarvoor het verblijf medisch noodzakelijk is.

De hoofdbehandelaar is een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Het verblijf vindt plaats in een instelling met WTZi-toelating voor persoonlijke verzorging en verpleging.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van eerstelijns verblijf als:

- de zorg verband houdt met de behoefte aan generalistische geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden of een hoog risico daarop, maar geen medisch-specialistische behandeling of (geriatriche)revalidatie nodig is;
- er 24 uur per dag, 7 dagen per week een hbo-verpleegkundige dichtbij beschikbaar is;
- het verblijf is geïndiceerd door een huisarts aan de hand van het in de beroepsgroep gebruikelijke afwegingsinstrument eerstelijns verblijf, waarbij is vastgesteld dat u niet bent aangewezen op permanent verblijf, én
- de zorg is gericht op terugkeer naar de eigen omgeving door het opheffen of stabiliseren van de aandoening of beperking en de gevolgen ervan. Dit is vastgelegd in een zorgplan. Uitzondering vormt de situatie waarin sprake is van palliatief terminale zorg.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van eerstelijns verblijf na 12 weken alleen als zij voor het verstrijken van die periode toestemming heeft gegeven voor langer verblijf. U moet hiervoor een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de hoofdbehandelaar in (laten) dienen bij de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar houdt op de kosten van het eerstelijns verblijf het eigen risico in.

De zorgverzekeraar vergoedt de zorg door een huisarts tijdens het eerstelijns verblijf als huisartsenzorg (lid 1). Hiervoor geldt geen eigen risico.

Voor vergoeding van de kosten van geboortezorg geldt niet dit artikel, maar artikel 8. Voor vergoeding van de kosten van geriatriche revalidatie geldt niet dit artikel, maar artikel 9, lid 2.

Wilt u deze zorg in het buitenland ontvangen, dan adviseren wij u om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met de VvAA zorgconsulent om te bespreken of de zorg voldoet aan de voorwaarden van dit artikel. Zie over zorg in het buitenland ook artikel 25.

Overgangsregeling

Als u op 31 december 2016 een geldig indicatiebesluit van het CIZ heeft voor eerstelijns verblijf palliatief terminale zorg volgens de subsidieregeling Wlz, dan is daarmee voldaan aan lid 2 van dit artikel. U kunt de zorg vanaf 1 januari 2017 ontvangen of, als u al zorg ontvangt, deze zorg voortzetten (ook bij dezelfde zorgverlener) tot de einddatum van het indicatiebesluit van het CIZ, maar uiterlijk tot 1 januari 2020.

Deze overgangsregeling geldt alleen zolang er een medische noodzaak is voor het eerstelijns verblijf of u aangewezen bent op deze zorg. Mocht na de hier genoemde einddatum een langer eerstelijns verblijf nodig zijn, dan moet u hiervoor een aanvraag indienen volgens lid 2 van dit artikel.

Artikel 5 Eerstelijnsdiagnostiek

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van eerstelijnsdiagnostiek, uitgevoerd door een huisarts, verloskundige, eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), productiesamenwerkingsverband of ziekenhuis.

Eerstelijnsdiagnostiek omvat diagnostiek die wordt uitgevoerd op aanvraag van een eerstelijnszorgverlener. De uitslagen komen bij deze zorgverlener terug. Het kan gaan om laboratoriumonderzoek (zoals bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (zoals röntgenonderzoek) en om functieonderzoek (zoals het elektrocardiogram).

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor eerstelijnsdiagnostiek alleen als deze is aangevraagd door een huisarts of verloskundige. Als de diagnostiek verband houdt met individuele zorg bij tuberculose(-infectie) of een infectieziekte kan ook een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding de eerstelijnsdiagnostiek aanvragen.

Voor diagnostiek in verband met prenatale screening geldt niet dit artikel, maar artikel 8.

Artikel 6 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn.

U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.

Gaat het om behandelingen vermeld op de lijst *Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg 2018* dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van zorg alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. U kunt deze lijst aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Vaak zal uw zorgverlener de toestemming voor u aanvragen.

lid 2 a. **Ziekenhuisopname**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor medisch-specialistische zorg, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslaptte bovenoogleden als dit een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

d. In-vitrofertilisatie (ivf)

Voor ivf bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de eerste, tweede en derde poging per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar.

Als u bij aanvang van de eerste of tweede ivf-poging jonger bent dan 38 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten alleen als niet meer dan één embryo wordt teruggeplaatst.

Een ivf-poging houdt in:

1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in uw lichaam;
2. de follikelpunctie;
3. de laboratoriumfase;
4. het een of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Bijzonderheden

1. De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van ivf als bij een goede prognose op basis van een risicoscore (Hunault score) niet eerst een afwachtend beleid is gevoerd.
2. Een icsi (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijkgesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's – al dan niet tussentijds gecryopreserveerd – maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.
4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste twaalf weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een spontaan ontstane zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat tien weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eikel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee vier dagen korter, dus in totaal negen weken en drie dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na ivf – geldt als nieuwe eerste poging.

lid 3

Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de hierna beschreven voorwaardelijk toegelaten behandelingen, voor zover u voldoet aan de daarbij vermelde voorwaarden. De Minister kan in de loop van het kalenderjaar ook andere behandelingen voorwaardelijk toelaten. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2018* staan alle voorwaardelijk toegelaten behandelingen vermeld, en welke ziekenhuizen deze behandelingen uitvoeren. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

a. Adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij coloncarcinoom

Patiënten met operatief verwijderd colorectaal carcinoom en een hoog risico op het ontwikkelen van peritonitis carcinomatosa kunnen behandeld worden met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC). Tot 1 oktober 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze adjuvante HIPEC voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

b. Behandeling met belimumab bij systemische lupus erythematosus (SLE)

Volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus (SLE) met een hoge mate van ziekte-activiteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, kunnen aanvullend op die standaardbehandeling behandeld worden met het geneesmiddel belimumab. Tot 1 juli 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze behandeling met belimumab voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat is vermeld in het advies van het Zorginstituut van 29 april 2015.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

c. Behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten bij uitgezaaid melanoom

Patiënten met uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV kunnen behandeld worden met tumor infiltrerende lymfocyten (TILs). Tot 1 juli 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze TIL-behandeling voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

d. Borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie

Vrouwen die na borstkanker een borstreconstructie ondergaan, kunnen behandeld worden met autologe vet transplantatie. Tot 1 april 2020 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg 'The Breast Trial'.

e. Percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) bij lumbale hernia

Patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom bij een lumbale hernia kunnen geopereerd worden door middel van percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED). Tot 1 januari 2020 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze PTED-operatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

f. Occipitale zenuwstimulatie bij medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn

Patiënten met chronische clusterhoofdpijn, die niet reageren op medicatie kunnen behandeld worden met stimulatie van zenuwbanen in het achterhoofd: occipitale zenuwstimulatie.

Tot 1 januari 2020 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze occipitale zenuwstimulatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd: de ICON-studie.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

g. Dendritische cel vaccinaties bij operatief verwijderd melanoom

Na complete resectie van stadium IIIB en IIIC melanoom kunnen patiënten behandeld worden met dendritische cel vaccinaties om terugkeer of uitzaaiing van de tumorcellen te voorkomen.

Tot 1 augustus 2021 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dendritische cel vaccinaties, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

h. Sacrale neuromodulatie bij therapieresistente functionele obstipatie

Patiënten met functionele obstipatie met vertraagde darmassage, die niet voldoende reageren op conservatieve behandelingen, kunnen behandeld worden met behulp van een onderhuidse zenuwstimulator: sacrale neuromodulatie. Tot 1 juli 2021 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze sacrale neuromodulatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

i. Cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij uitgezaaid maagcarcinoom

Patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht kunnen behandeld worden met een combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC). Tot 1 oktober 2022 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze behandeling voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd (PERISCOP I).

lid 4

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

1. liposuctie – wegzuigen van onderhuids vet – van de buik;
2. abdominoplastiek – buikwandcorrectie –, tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

3. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een – gehele of gedeeltelijke – borstampuatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit (man-vrouw transgenders);
4. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
5. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek – reconstructie van de huid;
6. behandelingen gericht op sterilisatie – zowel man als vrouw;
7. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie – zowel man als vrouw;
8. behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis van de man) als die niet medisch noodzakelijk is;
9. behandeling van plagiocefalie – scheve schedel – en brachycefalie – brede schedel – zonder craniosynostose – voortijdige vergroeiing van schedelnaden – met een redressiehelm.

lid 5 Voor vergoeding van kosten voor mondzorg door de kaakchirurg geldt niet dit artikel, maar artikel 18.

Voor vergoeding van kosten voor gespecialiseerde ggz (geestelijke gezondheidszorg) geldt niet dit artikel, maar artikel 24. Als geestelijke gezondheidszorg echter noodzakelijk is als onderdeel van de integrale behandeling door een medisch specialist, dan worden de kosten niet apart vergoed volgens de artikelen 23 en 24, maar vallen ze onder het DBC-zorgproduct van de medisch-specialistische zorg.

Artikel 7 Verpleging en verzorging

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf (behalve de hierna vermelde uitzondering). Deze zorg wordt ook wel wijkverpleging genoemd. De zorg bestaat uit verpleging en/of verzorging en omvat ook coördinatie, instructie, begeleiding bij zelfmanagement, signalering, individuele zorggerelateerde preventie en casemanagement. Verpleging en verzorging omvat ook palliatief terminale zorg of verpleging thuis onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist. Als verpleging en verzorging aan kinderen met ernstige medische problemen (intensieve kindzorg) in een instelling moet worden verleend, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook het verblijf. Een verpleegkundige, een verpleegkundig specialist of een verzorgende met opleidingsniveau 3 verleent de zorg.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verpleging en verzorging waarbij de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, en waarbij geen sprake is van verblijf in een ziekenhuis, ggz-instelling of een Wlz-instelling. Onder geneeskundige zorg wordt in dit verband verstaan: zorg zoals omschreven in de artikelen 4 tot en met 18, 23 en 24 van dit deel B.

De aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging worden vastgesteld door een hbo-gediplomeerd wijkverpleegkundige of een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige als u jonger bent dan 18 jaar, en vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan is een dynamische set van afspraken die u met de zorgverlener maakt over zorg en zelfmanagement, op basis van uw individuele doelen, behoefte en situatie.

Het zorgplan moet voldoen aan de *Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving*, vastgesteld door beroepsvereniging Verplegenden & Verzorgenden Nederland (V&VN). U kunt dit normenkader aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Voor vergoeding van de kosten van kraamzorg geldt niet dit artikel, maar artikel 8.

Wilt u deze zorg in het buitenland ontvangen, dan raden wij u aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met de VvAA zorgconsulent om te bespreken of de zorg voldoet aan de voorwaarden van dit artikel. Zie over zorg in het buitenland ook artikel 25.

lid 2 Op uw verzoek vergoedt de zorgverzekeraar in bepaalde gevallen de kosten van verpleging en verzorging in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb). Voor zorg volgens een Zvw-pgb gelden maximum uurtarieven. In het *Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2018* zijn de voorwaarden en tarieven opgenomen. Dit reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

lid 3 Als u het niet eens bent met de door de wijk- of kinderverpleegkundige vastgestelde aard, inhoud of omvang van de verpleging en verzorging en u niet samen tot een oplossing kunt komen, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van een herbeoordeling van dit onderdeel van het zorgplan door een andere wijk- of kinderverpleegkundige, als de zorgverzekeraar u daarvoor aanvang van de herbeoordeling toestemming voor heeft gegeven. De zorgverzekeraar kan aan de toestemming voorwaarden verbinden, bijvoorbeeld dat een door haar aangewezen wijk- of kinderverpleegkundige de herbeoordeling uitvoert. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

De zorgverzekeraar kan ook zelf de door de wijk- of kinderverpleegkundige vastgestelde aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging laten (her)beoordelen door haar (verpleegkundig) medisch adviseur.

Artikel 8 Geboortezorg

lid 1 Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden. Een verloskundige, een medisch specialist of een huisarts verleent de zorg, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een geboortecentrum. Ook bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. Deze omvat zorg voor de biologische moeder en zorg voor de pasgeborene, die ook afzonderlijk gedeclareerd kunnen worden.

lid 2 Prenataal onderzoek

Onderdeel van de verloskundige zorg is prenatale screening, die omvat:

- het geven van informatie over prenatale screening (counseling);
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester (de 20-weeken echo) van de zwangerschap;
- een combinatietest – bestaande uit nekplooiemeting en bloedonderzoek – voor zwangeren met een medische indicatie. De indicatie moet gesteld zijn door een huisarts, verloskundige of medisch specialist.

Voor deze vormen van prenatale screening geldt het eigen risico niet.

Als u daarvoor een medische indicatie van een huisarts, verloskundige of medisch specialist heeft, of als uit een combinatietest is gebleken dat er sprake is van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosomale afwijking, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook prenataal vervolgonderzoek, zoals geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO), de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek.

De zorgverzekeraar vergoedt het prenataal vervolgonderzoek eveneens bij een afwijkende uitslag van een NIPT die u zonder medische indicatie voor eigen rekening heeft laten uitvoeren. De kosten van de NIPT zelf worden in dat geval echter niet vergoed.

De zorgverzekeraar vergoedt het prenataal vervolgonderzoek als medisch-specialistische zorg (artikel 6). Hiervoor geldt het eigen risico. Voor GUO, vruchtwaterpunctie en vlokentest geldt echter geen eigen risico.

Als u geen medische indicatie heeft, dan mogen SEO en combinatietest alleen worden uitgevoerd door een zorgverlener die beschikt over een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgverlener die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor prenatale screening met zo'n vergunning.

lid 3 Bevalling en kraamzorg

De volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis met medische indicatie

Als bevalling in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor medisch-specialistische zorg en opname in het ziekenhuis volgens artikel 6.

b. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie of in een geboortecentrum

Als de bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische indicatie, of in een geboortecentrum, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. Hiervoor geldt een eigen bijdrage voor zowel moeder als haar kind van € 17,- per persoon per dag. Als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 122,50 per persoon per dag, dan wordt de eigen bijdrage met dit meerdere verhoogd.

De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van de opgave door het ziekenhuis of door het kraambureau dat kraamzorg verleent na ontslag uit het ziekenhuis.

c. Bevalling en/of kraamzorg thuis

Bij bevalling en kraamzorg thuis vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor:

1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
2. de inschrijving, intake en assistentie door een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling – partusassistentie – tot maximaal twee uur na de geboorte van de placenta;
3. tenminste 24 en maximaal 80 uren kraamzorg, gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en haar kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de zorgverzekeraar. Het uitgangspunt is wat het geboortecentrum of kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert.

Hierbij geldt voor de vergoeding voor kraamzorg een eigen bijdrage van € 4,30 per uur.

Als na de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum de kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor kraamzorg zoals omschreven onder 3. Hierbij geldt dat de zorgverzekeraar het aantal dagen doorgebracht in het ziekenhuis of geboortecentrum in mindering brengt op de genoemde termijn van maximaal tien dagen.

Kosten van het kraamhotel anders dan voor kraamzorg worden niet vergoed.

De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 9

Revalidatie en zintuiglijk gehandicaptenzorg

lid 1

Medisch-specialistische revalidatie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.

Medisch-specialistische revalidatie omvat:

1. algemene medisch-specialistische revalidatie;
2. interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.

Van algemene medisch-specialistische revalidatie is sprake als de revalidatiearts:

- u op de polikliniek behandelt op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of een andere medisch specialist;
- u in het ziekenhuis mede-behandelt;
- in consult wordt geroepen voor een revalidatie-advies door bijvoorbeeld een andere medisch specialist, een huisarts of bedrijfsarts.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie als:

- bij u sprake is van complexe problematiek, dat wil zeggen samenhangende problemen op meerdere domeinen van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie), en
- u voorafgaand aan de behandeling door de huisarts, een bedrijfsarts, jeugdarts of een andere medisch specialist gericht naar de revalidatiearts bent verwezen en de revalidatiearts de indicatie voor medisch-specialistische revalidatie heeft gesteld;
- de revalidatiezorg wordt geleverd door een multidisciplinair team, waarbij de revalidatiearts eindverantwoordelijk is voor de inhoud en kwaliteit van de zorg;
- deze zorg voor u het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en
- u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie kan plaatsvinden:

1. in deeltijd- of dagbehandeling;
2. tijdens een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

lid 2

Geriatrische revalidatie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, als:

- sprake is van integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, en
- bij u sprake is van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, en
- de zorg gericht is op het zodanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar uw thuissituatie mogelijk is, en
- de zorg bij aanvang gepaard gaat met een opname in een Wlz-instelling – ook wel verpleeghuis genoemd – of andere instelling die voor het leveren van geriatrische revalidatie wettelijk is toegelaten. Deze instelling heeft een gespecialiseerde afdeling ingericht voor het leveren van geriatrische revalidatiezorg.

Onder kwetsbaarheid verstaat de zorgverzekeraar: een gelijktijdige afname op meerdere gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.

Onder complexe multimorbiditeit verstaat de zorgverzekeraar: de aanwezigheid van verschillende ziekten, die in combinatie leiden tot stoornissen, beperkingen, handicaps en verlies van welbevinden. De oorzaken van de problemen zijn moeilijk te ontrafelen en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten vaak anders dan verwacht.

De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op:

- een ziekenhuisopname zoals bedoeld in artikel 6, lid 2a, waarbij u voorafgaand aan die ziekenhuisopname niet ten laste van de Wlz verbleef en werd behandeld in een verpleeghuis of andere instelling, of
- het ontstaan van een acute aandoening waardoor – eveneens acuut – mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid zijn opgetreden, waarbij deze aandoening, de mobiliteitsstoornissen en/of de afname van de zelfredzaamheid ook bij aanvang van de geriatrische revalidatie nog bestaan en u voor de acute aandoening medisch-specialistische zorg heeft ontvangen.

De indicatie voor geriatrische revalidatiezorg wordt gesteld door:

- de behandelend medisch specialist, met de specialist ouderengeneeskunde, tijdens de ziekenhuisopname, of
- een klinisch geriater of een internist ouderengeneeskunde, tijdens een geriatrisch assessment na de acuut opgetreden aandoening.

De medisch specialist en andere zorgverleners in het ziekenhuis werken in samenspraak met de specialist ouderengeneeskunde tijdens de ziekenhuisopname al systematisch aan – duidelijkheid over – het vervolgtraject geriatrische revalidatiezorg.

De geriatrische revalidatiezorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts op basis van een behandelplan. Dit behandelplan voldoet aan de relevante richtlijnen van het Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) en de behandelkaders van Verenso (de beroepsorganisatie van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater).

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de geriatrische revalidatie voor maximaal een periode van zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar toestemming geven voor een langere periode.

De geriatrische revalidatie omvat ook de ambulante revalidatiezorg als die na overgang naar huis wordt voortgezet.

De kosten voor geriatrische revalidatiezorg worden in rekening gebracht met een DBC-zorgproduct.

lid 3

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geneeskundige zintuiglijk gehandicaptenzorg als:

- u een visuele beperking heeft, of
- u een auditieve beperking heeft, of
- u jonger bent dan 23 jaar en bij u sprake is van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, of
- als er sprake is van een combinatie van deze beperkingen.

Het moet gaan om multidisciplinaire zorg in verband met die beperking, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

De zorg kan bestaan uit diagnostisch onderzoek, interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap, en interventies die uw beperking opheffen of compenseren en zo uw zelfredzaamheid vergroten.

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis moet u – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan – als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking moet u – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan – als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen. Voor volwassenen met een eenvoudige revalidatievraag is geen nieuwe verwijzing nodig.

De zintuiglijk gehandicaptenzorg wordt geleverd door een multidisciplinair team, verbonden aan een ISO- of HKZ-gecertificeerde instelling:

- die is aangesloten bij VIVIS of SIAC, of
- met een WTZi-toelating voor behandeling van cliënten met een zintuiglijke beperking, die de ontwikkeling en naleving van het landelijke kwaliteitskader ondersteunt.

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van:

- ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan volwassen doofblinden en prelinguaal doven.

Verblijf

Aanspraak bestaat op vergoeding van (tijdelijk) verblijf voor intensieve revalidatie in een therapeutische verblijfssetting. Dit om de behandeling te kunnen laten slagen als dat niet zonder verblijf mogelijk is.

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor verblijf voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verblijf alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. U moet hiervoor een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de hoofdbehandelaar in (laten) dienen bij de zorgverzekeraar.

Artikel 10 **Orgaantransplantatie en -donatie**

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis als de transplantatie is verricht in:
1. een EU- of EER-land, of
 2. een ander land, als de donor daar woont en deze uw echtgenoot, uw geregistreerd partner of uw bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is.

De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van de zorg voor de selectie van de donor en de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Verder vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt voor zorg aan de donor de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekering tot maximaal 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor voor selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal is opgenomen. Bij een levertransplantatie is deze periode maximaal een half jaar. De aanspraak in dit lid betreft alleen kosten van verleende zorg die verband houdt met die opname.

lid 3

Voor de donor die geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel voor de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en voor de zorg bedoeld in lid 2 van dit artikel. Als dit medisch noodzakelijk is, kan dit vervoer ook per auto plaatsvinden.

Als een donor, die geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, in het buitenland woont en er transplantatie plaatsvindt van een nier, beenmerg of lever in Nederland, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van het vervoer van de donor naar Nederland en terug. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar aan deze donor ook de overige kosten gemoeid met de transplantatie, als die kosten verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeelde inkomsten.

lid 4

Als u zelf donor bent, vergoedt de zorgverzekeraar voor u als donor de kosten van vervoer zoals omschreven in lid 3 van dit artikel.

Artikel 11 Dialysezorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort. De zorg wordt verleend in een dialysecentrum of bij u thuis en kan gepaard gaan met onderzoek, behandeling, verpleging, farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van uzelf of van personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis.

In geval van thuisdialyse omvat de aanspraak ook:

1. de kosten voor de opleiding door het dialysecentrum van hen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
2. het verstrekken of in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren;
3. de kosten van de regelmatige controle en onderhoud – vervanging inbegrepen –, en de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
4. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialysetoel);
5. kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.

Deze onderdelen zijn van toepassing op hemodialyse en de verschillende vormen van peritoneaaldialyse. De kosten maken onderdeel uit van het DBC-zorgproduct dat het ziekenhuis of dialysecentrum in rekening brengt.

In geval van thuisdialyse vergoedt de zorgverzekeraar, naast het DBC-zorgproduct, ook andere kosten die met de thuisdialyse samenhangen. Deze kosten vallen echter onder de hulpmiddelenzorg en worden vergoed volgens artikel 20 van het *Reglement Hulpmiddelen 2018*. Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Artikel 12 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor mechanische beademing in een beademingscentrum en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort. De beademing kan ook plaatsvinden bij u thuis onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

1. het door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur;
2. de medisch-specialistische en farmaceutische zorg die bij de beademing hoort, verleend onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 13 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 14 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door de trombosedienst. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een arts of medisch specialist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
2. het – onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst laten – verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor bepaling van de stollingstijd van het bloed;
3. het beschikbaar stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u zelf de stollingstijd van uw bloed kan meten;
4. opleiding in het gebruik van deze apparatuur, en begeleiding bij uw metingen;
5. advisering over de toepassing van geneesmiddelen voor beïnvloeding van de bloedstolling.

Het *Reglement Hulpmiddelen 2018* bevat nadere voorwaarden voor de vergoeding onder 3. Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Artikel 15 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. U moet – voor aanvang van het onderzoek en de advisering – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de psychosociale begeleiding die bij deze zorg hoort. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Artikel 16 Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door een audiologisch centrum. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. onderzoek naar het gehoor;
2. advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur;
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
4. psychosociale zorg noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Artikel 17 Paramedische zorg

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten die plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch)kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin alleen als zij hiervoor toestemming vooraf heeft gegeven. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming voor incidentele behandeling op de bedoelde locaties als daarvoor een indicatie bestaat.

De zorgverzekeraar vergoedt geen extra kosten voor behandeling buiten de reguliere werktijden.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2

Fysiotherapie en oefentherapie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemfysiotherapeut.

Er moet sprake zijn van een indicatie in verband met een aandoening, die in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is genoemd. De daarbij genoemde behandelduur mag niet zijn overschreden. Bij de in de bijlage genoemde aandoeningen 'lymfoedeem' en 'littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma', kan ook een huidtherapeut de behandeling uitvoeren.

Als u 18 jaar of ouder bent, worden de kosten van de eerste 20 behandelingen voor de betreffende aandoening niet vergoed.

In afwijking van deze vergoedingsregeling vergoedt de zorgverzekeraar, als u 18 jaar of ouder bent, de kosten van:

- maximaal 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etagebenen), gedurende maximaal 12 maanden. Hier geldt de vergoeding vanaf de eerste behandeling;
- maximaal 12 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij artrose (gewrichtsslijtage) in heup of knie, gedurende maximaal 12 maanden. Hier geldt de vergoeding vanaf de eerste behandeling;
- maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Hier geldt de vergoeding vanaf de eerste behandeling.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u aanvragen bij het VvAA service center of als *Lijst van aandoeningen fysio- en oefentherapie 2018* raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

lid 3

Voor fysiotherapie en oefentherapie aan kinderen tot 18 jaar bestaat – voor andere gevallen dan bedoeld in lid 2 – aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar.

Als na negen behandelingen nog geen toereikend resultaat is bereikt vergoedt de zorgverzekeraar voor deze verzekerden de kosten van maximaal negen extra behandelingen door de genoemde zorgverleners per indicatie per kalenderjaar. De verzekerde moet – voor aanvang van de extra behandelingen – een verwijzing hebben van huisarts of medisch specialist.

lid 4

Ergotherapie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal tien behandeluren per kalenderjaar. De ergotherapeut verleent de zorg in zijn behandelruimte of bij u thuis.

lid 5

Logopedie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling door een logopedist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van logopedische behandeling als deze een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Als het gaat om logopedie voor stotteren of afasie, preverbale logopedie of het Hänen ouderprogramma, dan moet de logopedist ingeschreven staan in het relevante register van de NVLF (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie). Als het gaat om het Hänen ouderprogramma moet de logopedist ook voldoen aan het Hänen protocol van de NVLF.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van behandeling ter ondersteuning van onderwijs zoals de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid.

lid 6

Diëtetiek

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal 3 behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 18 Mondzorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van mondzorg zoals omschreven in dit artikel. Waarop u precies aanspraak heeft, hangt af van uw leeftijd en van de vraag of er sprake is van een bijzondere situatie. Bent u jonger dan 18 jaar, dan geldt de aanspraak zoals omschreven in lid 4. De aanspraak tot 23 jaar bij ontbreken van elementen is omschreven in lid 5. Bent u 18 jaar of ouder, dan geldt de aanspraak zoals omschreven in lid 6. De aanspraak in bijzondere situaties geldt ongeacht uw leeftijd en is omschreven in lid 7.

Er kan een eigen bijdrage gelden. Zie hiervoor lid 6 en 7.

Soms is een advies of toestemming vooraf vereist. Zie daarvoor lid 2 en 3.

Mondzorg omvat:

1. zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg;
2. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard. Een kaakchirurg verleent de zorg;
3. verblijf in een ziekenhuis dat noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren), inclusief de kosten van verpleging en verzorging. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

lid 2 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg op de plaats waar de verzekerde verblijft (dus niet in de praktijk van de zorgverlener) is een positief schriftelijk advies van de huisarts of de medisch specialist vereist. Dit advies moet u meesturen als u de nota's bij de zorgverzekeraar declareert. Als de zorgverlener rechtstreeks declareert, moet u dit advies op verzoek van de zorgverzekeraar overleggen.

lid 3 Toestemming vooraf van de zorgverzekeraar is vereist voor vergoeding van de kosten van:

1. zorg door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg als het gaat om parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
2. mondzorg als bedoeld in lid 4, 5 of 6, als deze in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt;
3. mondzorg als bedoeld in lid 4 als deze plaatsvindt onder volledige narcose;
4. mondzorg als bedoeld in lid 5;
5. mondzorg in bijzondere situaties (lid 7);
6. een volledige conventionele prothetische voorziening – inclusief techniekkosten –, als deze kosten hoger zijn dan:
 - € 650,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandarts, of
 - € 500,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandprotheticus.
7. de vervanging van een volledige conventionele prothetische voorziening als de huidige nog geen vijf jaar oud is;
8. een volledige implantaatgedragen gebitsprothese inclusief het bijbehorende vaste gedeelte van de suprastructuur (steg of drukknoppen) en toeslagen;
9. het repareren of rebasen van een volledige implantaatgedragen gebitsprothese.

Bij uw aanvraag moet u een schriftelijke motivering van de zorgverlener, een behandelplan en een begroting bijvoegen. De toestemming kan worden ingetrokken als de mondzorg niet meer nodig is, als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

lid 4 **Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar**

Als u jonger bent dan 18 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. eenmaal per jaar periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, of meerdere keren uitsluitend als dat om tandheelkundige redenen noodzakelijk is;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;
4. fluoride-applicatie als minimaal één element van het blijvende gebit doorgebroken is, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u die zorg, tandheelkundig, meer keren per jaar nodig heeft;
5. sealing (aanbrengen van een bescherm laag);
6. parodontale zorg (voor tandvlees);
7. anesthesie;
8. endodontische zorg (voor het binnenste van de tand);
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische zorg (voor de kaak en de kauwspieren);

11. uitneembare prothetische voorzieningen;
12. chirurgische tandheelkundige zorg, behalve de kosten van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
13. röntgenonderzoek, behalve de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontische zorg.

De (meer)kosten van deze zorg buiten de reguliere praktijken worden alleen vergoed als het verlenen van die zorg in redelijkheid niet kon worden uitgesteld.

lid 5

Mondzorg voor verzekerden jonger dan 23 jaar

Als u jonger bent dan 23 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van tandvervangende zorg met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. De zorg moet de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreffen die in het geheel niet zijn aangelegd, of ontbreken als direct gevolg van een ongeval. Daarnaast moet de noodzaak van deze zorg zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

lid 6

Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, behalve van de kosten van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een tandarts, huisarts of medisch specialist;
2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (volledige immediaatprothese, volledige vervangingsprothese of volledige overkappingsprothese), al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige implantaatgedragen prothese behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;
3. reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening. Rebaseren is het opvullen van de ruimte tussen de kaak en prothese om deze vaster op een geslonken kaak te laten zitten.

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak geldt een eigen bijdrage van:

- 10% van de kosten voor implantaatgedragen prothesen voor de onderkaak;
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese voor de bovenkaak;
- 25% van de kosten voor een volledige immediaatprothese, een volledige niet-implantaatgedragen vervangingsprothese of een volledige niet-implantaatgedragen overkappingsprothese.

Bij reparatie en rebasen geldt een eigen bijdrage van 10% van de kosten.

lid 7

Mondzorg in bijzondere situaties, ongeacht leeftijd

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijzondere tandheelkundige zorg, dat wil zeggen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

1. als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening.

Voor een verzekerde van 18 jaar en ouder geldt bij behandelingen die niet rechtstreeks in verband staan met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg, een eigen bijdrage. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou zijn gebracht voor de reguliere behandeling, dus als u niet in het kader van bijzondere tandheelkunde zou zijn behandeld.

De zorgverzekeraar vergoedt binnen mondzorg in bijzondere situaties ook de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Het implantaat moet dienen voor bevestiging van een volledige uitneembare prothese.

De zorgverzekeraar vergoedt binnen mondzorg in bijzondere situaties de kosten van orthodontische zorg alleen als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

1. de geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering.
2. de geneesmiddelen – onder de voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft – als bedoeld in:
 - a. artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet. Dit artikel gaat over apotheekbereidingen, ook wel magistrale bereidingen genoemd. Kosten van apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd geregistreerd geneesmiddel, zijn uitgesloten van de aanspraak;
 - b. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in Nederland te laten bereiden door een in Nederland toegelaten fabrikant;
 - c. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in het buitenland te bestellen.

Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan behandeling of diagnostiek met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat het meest economisch is.

3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
4. terhandstelling van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en de kosten van advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de geneesmiddelen. Dit advies en deze begeleiding worden uitgevoerd door BIG-geregistreerde zorgverleners. Onder dit advies en deze begeleiding vallen:
 - a. begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - b. instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;
 - c. medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;
 - d. farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
 - e. farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname;
 - f. farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.

lid 2 De in lid 1 bedoelde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan dit ook een diëtist zijn. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts. Een dieetpreparaat kan ook geleverd worden door een gespecialiseerde leverancier.

De kosten van een geneesmiddel en de dieetpreparaten opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering worden alleen vergoed als wordt voldaan aan de in deze bijlage genoemde indicatievoorwaarden.

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunnen tijdens het jaar wijzigen. Een actueel overzicht kunt u raadplegen op www.wetten.nl of opvragen bij het VvAA service center.

Afleverhoeveelheden

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een geneesmiddel voor:

- a. 15 dagen, bij een voor u nieuwe medicatie;
- b. 15 dagen, bij antibiotica voor bestrijding van een acute aandoening of bij cytostatica (middelen voor chemotherapie);
- c. maximaal drie maanden, bij een geneesmiddel voor behandeling van een chronische ziekte, met uitzondering van hypnotica (slaapmiddelen) en anxiolytica (middelen die angst verminderen);
- d. maximaal één jaar, bij orale anticonceptiva;

- e. maximaal één maand, bij de eerste uitgifte van geneesmiddelen waarvan de kosten meer dan € 1.000,- per maand bedragen gedurende de instelperiode (eerste 6 maanden);
- f. maximaal één maand bij hypnotica en anxiolytica;
- g. maximaal één maand in overige gevallen.
- Valt een geneesmiddel onder meer categorieën dan geldt de kortste periode.
- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van dieetpreparaten alleen als niet kan worden volstaan met aangepaste normale voeding en andere bijzondere voeding en u:
1. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, of
 2. lijdt aan een voedselallergie, of
 3. lijdt aan een resorptiestoornis, of
 4. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
 5. daarop bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.
- lid 4 Bij in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste vijftien dagen.
- Dit betreft laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging en maagledigingsmiddelen, als ook andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm.
- Ook bij in de Regeling zorgverzekering genoemde maagzuurremmers voor chronisch gebruik – inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten – vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen.
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers – inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten – als deze in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen en als u daarop bent aangewezen voor chronisch gebruik. In dat geval moet de behandelend arts op het herhaalrecept aangeven dat u langer dan zes maanden op het middel bent aangewezen en dat het is voorgeschreven voor behandeling van een chronische aandoening. Hiervoor wordt de aanduiding 'C.G.' gebruikt. De apotheek vermeldt dit weer op de nota.
- lid 5 **Eigen bijdrage**
- De in de Regeling zorgverzekering genoemde geneesmiddelen zijn zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep stelt de overheid een vergoedingslimiet vast.
- Als voor een geneesmiddel de in rekening gebrachte prijs hoger is dan de vergoedingslimiet geldt het verschil als eigen bijdrage. Een eigen bijdrage geldt ook voor een geneesmiddel dat wordt bereid uit een geneesmiddel met een eigen bijdrage.
- lid 6 **Toestemming**
- Voor vergoeding van een aantal middelen is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Een verzoek tot toestemming is voorzien van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts. De zorgverzekeraar kan bij de toestemming bepalen voor welke termijn deze toestemming geldt.
- Voorafgaande toestemming is vereist voor de volgende middelen:
- a. de geneesmiddelen bedoeld in lid 1 onder 2b en 2c van dit artikel;
 - b. de dieetpreparaten bedoeld in lid 1 onder 3 van dit artikel;
 - c. een aantal geneesmiddelen uit bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Een overzicht van deze geneesmiddelen en meer informatie over de aanvraagprocedure kunt u vinden in het document *Toestemming geneesmiddelen 2018*. Een actuele versie van dit document kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- De zorgverzekeraar vergoedt eenmaal per kalenderjaar medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik zonder toestemming vooraf. Voor vergoeding van een tweede en volgende medicatiebeoordeling is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist. U moet hiertoe tijdig een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van uw behandelend arts of apotheker bij de zorgverzekeraar indienen.
- lid 7 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:
- farmaceutische zorg in de door de Regeling zorgverzekering bepaalde gevallen;
 - niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemde, in Nederland geregistreerde geneesmiddelen;

- de eigen bijdrage volgens lid 5;
- andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen;
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel b Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel, dat niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering is opgenomen;
- geneesmiddelen bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel f Geneesmiddelenwet. Het betreft geneesmiddelen waarvoor een aanvraag om een handelsvergunning bij het Europees Geneesmiddelenbureau is ingediend of waarmee nog klinische proeven gaande zijn.

lid 8 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de hierna beschreven voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen, voor zover u voldoet aan de daarbij vermelde voorwaarden. De Minister kan in de loop van het kalenderjaar ook andere geneesmiddelen voorwaardelijk toelaten. De lijst van voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2018* staan alle voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen vermeld. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Fampyra voor volwassen patiënten met multiple sclerose (MS)

Bij MS-patiënten van 18 jaar en ouder en een score van 4 tot en met 7 op de Expanded Disability Status Scale (EDSS) kan voor verbetering van het loopvermogen het geneesmiddel Fampyra worden ingezet. Tot 1 april 2018 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van Fampyra voor zover u deelneemt aan het landelijk onderzoek naar de effectiviteit van dit geneesmiddel. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

Artikel 20 **Hulpmiddelenzorg**

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering en het *Reglement Hulpmiddelen 2018* van de zorgverzekeraar. In uitzondering op de aanspraak op vergoeding van kosten, verstrekt de zorgverzekeraar een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het *Reglement Hulpmiddelen 2018* zijn ook de voorwaarden voor vergoeding, bruikleenverstrekking en de specifieke vereisten per hulpmiddel opgenomen. Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 2 Waar dit blijkt uit het *Reglement Hulpmiddelen 2018* is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist. Daarbij kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen.
- lid 3 De kosten van normaal gebruik – zoals kosten van energiegebruik en batterijen – worden niet vergoed, behalve als het *Reglement Hulpmiddelen 2018* anders bepaalt.
- lid 4 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van hulpmiddelen, of verstrekt ze in bruikleen, als de hulpmiddelen noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig luxe uitgevoerd of onnodig gecompliceerd. Er bestaat in principe geen aanspraak op vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen als het hulpmiddel alleen dient voor gebruik op de werkplek of als onderwijsvoorziening. Om de werkplek voor een slechthorende aan te passen kunnen persoonlijke hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie hierop een uitzondering vormen. De voorwaarden daarvoor zijn opgenomen in het *Reglement Hulpmiddelen 2018*.
- lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van verbandmiddelen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen nodig is.

lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen ingezet in de thuissituatie onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist, maken in sommige gevallen deel uit van de medisch-specialistische zorg. Zij vallen dan niet onder deze vergoeding, maar worden via een DBC-zorgproduct vergoed. Hierbij is het rapport *Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden 2* van het CVZ – inmiddels: Zorginstituut Nederland – leidend. Dit rapport kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Als u verblijft en behandeld wordt in een Wlz-instelling vallen de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen en verbandmiddelen ook niet onder dit artikel. De vergoeding valt dan onder de aanspraken van de Wlz.

lid 7 Op dit moment zijn alleen nog geneesmiddelen en behandelingen voorwaardelijk toegelaten. De Minister kan echter – ook in de loop van het kalenderjaar – hulpmiddelen voorwaardelijk toelaten. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2018* worden de voorwaardelijk toegelaten hulpmiddelen vermeld. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Artikel 21 Ambulancevervoer

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance-auto van een ambulancevervoerder als ander vervoer – per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto – om medische redenen niet verantwoord is. De zorgverzekeraar vergoedt vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer. Als de zorgverzekeraar u vooraf toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde zorgverlener geldt de beperking tot 200 kilometer niet.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vervoer:

- a. naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg zult ontvangen waarvan de kosten – geheel of gedeeltelijk – gedekt zijn door de zorgverzekering Basis;
- b. naar een instelling waarin u wordt opgenomen ten laste van de Wlz;
- c. als u jonger bent dan 18 jaar: naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de gemeente komen;
- d. vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, gedekt volgens de Wlz;
- e. vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese, als de prothese – geheel of gedeeltelijk – gedekt is volgens de Wlz;
- f. van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar uw eigen woning of naar een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.

lid 4 Als ziekenvervoer per ambulance-auto niet mogelijk is kunt u de zorgverzekeraar vooraf toestemming vragen voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 22 Zittend ziekenvervoer

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse, per taxi of per eigen auto tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Als de zorgverzekeraar u vooraf toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde zorgverlener geldt de beperking tot 200 kilometer niet.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zittend ziekenvervoer alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. Bij het verlenen van toestemming kan de zorgverzekeraar voorwaarden stellen aan de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Niet vergoed worden kosten van vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen en de begeleider reist alleen terug.

lid 3 Bij gebruik van de eigen auto vergoedt de zorgverzekeraar € 0,30 per kilometer. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet.

- lid 4 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor vervoer van en naar een persoon, instelling of woning zoals bedoeld in artikel 21, lid 2 a, b, d, e en f als:
- u nierdialyse moet ondergaan;
 - u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - uw gezichtsvermogen zo is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - u jonger bent dan 18 jaar en u bent aangewezen op verpleging en verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 7.
- lid 5 In andere gevallen dan genoemd in lid 4 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet vergoeden van de kosten voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- lid 6 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling. Uitzondering hierop vormt vervoer in verband met dagbesteding die onderdeel uitmaakt van een langdurig op behandeling gericht verblijf in een ggz-instelling. De kosten daarvan worden vergoed volgens artikel 24.
- lid 7 Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 101,- per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage geldt niet voor vervoer:
- vanaf een instelling waarin u bent opgenomen naar een andere instelling waarin u wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn door de zorgverzekering Basis of de Wlz;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling, dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn door de zorgverzekering Basis, de opname moet gedekt zijn door de zorgverzekering Basis of Wlz;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling, die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname zijn gedekt door de Wlz.
- lid 8 De zorgverzekeraar vergoedt ook het vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het de begeleiding betreft van een kind jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor vergoeding van de vervoerskosten van twee begeleiders.
- lid 9 De zorgverzekeraar regelt graag taxivervoer voor u. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).
- lid 10 Als ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto niet mogelijk is, kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor vervoer met een ander vervoermiddel.

Artikel 23 **Generalistische basis-ggz**

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van generalistische basis-ggz zoals klinisch psychologen die plegen te bieden. De zorgverlener of ggz-instelling die de zorg verleent, beschikt over een kwaliteitsstatuut ggz.
- De regiebehandelaar ggz coördineert de behandeling en is voor u (en uw naasten) het aanspreekpunt tijdens de behandeling. Als meer zorgverleners bij uw behandeling betrokken zijn, werken zij onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar ggz.
- De regiebehandelaar ggz is:
- BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog;
 - BIG-geregistreerd klinisch psycholoog;
 - BIG-geregistreerd psychotherapeut;
 - BIG-geregistreerd klinisch neuropsycholoog;
 - als regiebehandelaar aangewezen binnen de betreffende experimenteerruimte ggz.

Bij behandeling in een ggz-instelling mogen ook de volgende zorgverleners regiebehandelaar ggz zijn:

- verpleegkundig specialist ggz;
- specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater bij de hoofddiagnose dementie;
- verslavingsarts bij de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek.

Een psychiater of klinisch psycholoog is altijd beschikbaar voor advies of consultatie. Een internetprogramma kan deel uitmaken van het behandeltraject.

Als u de leeftijd van 18 jaar bereikt gedurende een behandeltraject bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van voortzetting van deze behandeling voor maximaal 365 dagen. In die periode wordt de behandeling afgerond of wordt gewerkt aan overdracht naar een zorgverlener die als regiebehandelaar ggz is vermeld.

lid 2 U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van de huisarts of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg. Als u onder behandeling bent in de gespecialiseerde ggz, dan kan uw regiebehandelaar u ook verwijzen naar de generalistische basis-ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- behandeling van psychische klachten zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- jeugd-ggz: geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet en wordt geregeld door uw gemeente.

Niet alle behandelingen en interventies in de ggz voldoen aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de zorgverzekering Basis. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het *Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz 2018*. U kunt dit overzicht opvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Zie voor zorg in het buitenland ook artikel 25.

Voor vergoeding van kosten van behandeling van psychische klachten die een gevolg zijn van of samenhangen met een primair somatische (lichamelijke) aandoening geldt niet dit artikel, maar artikel 6.

lid 4 De kosten voor generalistische basis-ggz worden in rekening gebracht met een integrale prestatie basis-ggz.

Artikel 24 Gespecialiseerde ggz

lid 1 Opname in een ggz-instelling

Voor zover sprake is van op behandeling gerichte gespecialiseerde ggz bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van opname in een ggz-instelling of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van gespecialiseerde ggz, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging.

Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. Als dagbesteding onderdeel uitmaakt van de behandeling vergoedt de zorgverzekeraar ook deze kosten en van het vervoer daarnaartoe.

Toestemming vooraf

U heeft voorafgaande toestemming nodig van de zorgverzekeraar:

1. als u wordt opgenomen in een ggz-instelling in verband met een diagnose uit één van de volgende diagnosegroepen: aan alcohol gebonden stoornissen, overige aan een middel gebonden stoornissen of eetstoornissen. Bij acute zorg moet u de toestemming binnen de eerste behandelmaand (laten) aanvragen. De aanvraag moet voorzien zijn van een gemotiveerde schriftelijke toelichting en moet bepaalde onderdelen bevatten. Voor meer informatie hierover kunt u contact opnemen met het VvAA service center.
2. als het verblijf (ongeacht de diagnose) langer duurt dan 365 dagen. U moet uiterlijk in de tiende maand van het ononderbroken verblijf een gemotiveerde schriftelijke aanvraag op basis van de *Checklist Lggz* in (laten) dienen bij de zorgverzekeraar. Uw behandelaar kan u hierover informeren. De checklist kunt u ook zelf aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

lid 2

Gespecialiseerde ggz

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van gespecialiseerde ggz, zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. De zorgverlener of ggz-instelling die de zorg verleent, beschikt over een kwaliteitsstatuut ggz. De zorgverzekeraar vergoedt naast de kosten van de behandeling ook de bij de behandeling behorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

lid 3

De regiebehandelaar ggz coördineert de behandeling en is voor u (en uw naasten) het aanspreekpunt tijdens de behandeling. Als meer zorgverleners bij uw behandeling betrokken zijn, moeten zij werken onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar ggz.

De regiebehandelaar ggz is:

- BIG-geregistreerd klinisch psycholoog;
- BIG-geregistreerd psychotherapeut;
- BIG-geregistreerd klinisch neuropsycholoog;
- BIG-geregistreerd psychiater.

Bij behandeling in een ggz-instelling mogen ook de volgende zorgverleners regiebehandelaar ggz zijn:

- BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog;
- verpleegkundig specialist ggz;
- specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater bij de hoofddiagnose dementie;
- verslavingsarts bij de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek.

Bij een klinische opname is de regiebehandelaar een psychiater of klinisch psycholoog. Die kan wel met uw ambulante regiebehandelaar afspreken dat die laatste ook gedurende de opname de regiebehandelaar blijft.

Als u de leeftijd van 18 jaar bereikt gedurende een behandeltraject bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van voortzetting van deze behandeling voor maximaal 365 dagen. In die periode wordt de behandeling afgerond of gewerkt aan overdracht naar een zorgverlener die als regiebehandelaar ggz is vermeld.

lid 4

Voor gespecialiseerde ggz – met of zonder opname – moet u – voor aanvang van de zorg – een gerichte verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

Als u onder behandeling bent in de generalistische basis-ggz, dan kan uw regiebehandelaar u doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

lid 5

De aanvraag kunt u toesturen ter attentie van onze medisch adviseur. De informatie wordt dan uitsluitend door onze medisch adviseur ingezien en beoordeeld.

Als u gebruik maakt van de privacyverklaring ggz gelden de betreffende voorwaarden voor het niet vermelden van tot de diagnose herleidbare gegevens.

lid 6

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- behandeling van niet- of laag complexe psychische stoornissen die in de generalistische basis-ggz kunnen worden behandeld;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- jeugd-ggz: geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet en wordt geregeld door uw gemeente.

Niet alle behandelingen en interventies in de ggz voldoen aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de zorgverzekering Basis. Dat geldt ook voor zorg die in het buitenland wordt geleverd. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het *Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz 2018*. U kunt dit overzicht opvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Zie voor zorg in het buitenland ook artikel 25.

Artikel 25 Buitenland

Als u voor korte of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert de zorgverzekeraar u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft, of u vooraf een formulier moet aanvragen en of voorafgaand aan de behandeling toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het VvAA service center of www.vvaa.nl/zorgverzekering raadplegen.

- lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de in dit deel B genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. Daarbij gelden ook de voorwaarden, die hiervoor bij de desbetreffende aanspraak vermeld staan. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de zorgverzekering Basis. Bovendien is zorg in het buitenland soms duurder dan vergelijkbare zorg in Nederland. Daardoor kan het voorkomen dat kosten van zorg in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening blijven. Wij raden u daarom aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met het VvAA service center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan.

Meer informatie over zorg in het buitenland staat in de toelichting *Grens aan zorg in het buitenland 2018*. U kunt deze toelichting aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

- lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:
1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
 2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland.

- lid 3 Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.
- lid 4 Bij een ziekenhuisopname voor acute ziekte of ongeval kunt u contact opnemen met de Artsen Alarm Service (AAS) voor het regelen van de zorg waarvoor de zorgverzekering Basis dekking biedt. De procedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).
- lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Artikel 26 Algemeen

In voorkomende gevallen kunt u aanspraak maken op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering als vaststaat dat:

- deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft gegeven, en
- deze zorg niet bij of krachtens de wet is uitgesloten.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Basis

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor informatie over zorg bij u in de wijk, het Zvw-pgb en het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlíjst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

U kunt via de VvAA zorgconsulent:

- telefonisch een arts of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding;
- informatie krijgen over onderwerpen met betrekking tot gezondheidszorg, gezond leven, bewegen en voeding.

Zorgbemiddeling

Als u zorg nodig heeft en deze niet snel – genoeg – kunt krijgen, kunt u de VvAA zorgconsulent vragen om te bemiddelen. De VvAA zorgconsulent probeert dan de wachttijd te verkorten. Ook als u om andere redenen behoefte heeft aan zorgbemiddeling, probeert de VvAA zorgconsulent aan uw wensen tegemoet te komen.

Medisch-specialistische behandeling

De VvAA zorgconsulent informeert u over behandelingen in een ziekenhuis en regelt zaken die daarmee verband houden:

- de zorgverzekeraar werkt samen met een netwerk van geselecteerde medisch specialisten. Op uw verzoek verstrekt de VvAA zorgconsulent informatie over behandelmethodes, behandellocaties of behandelend medisch specialisten. U ontvangt de informatie op schrift, zodat u deze kunt bespreken met uw (huis)arts of behandelend medisch specialist;
- op uw verzoek bemiddelt de VvAA zorgconsulent bij het arrangeren van een (dag)behandeling in een ziekenhuis of zorghotel. Ook kan de Zorgconsulent bemiddelen bij het arrangeren van thuiszorg of kinderopvang. De kosten van de thuiszorg of kinderopvang worden niet door de zorgverzekering Basis gedekt.

De zorgverzekeraar voert de informatievoorziening en bemiddeling zo goed en zorgvuldig mogelijk uit. Zij is echter geen zorgverlener. De zorgverzekeraar stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Zij verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

VvAA kraamzorg service

Kraamzorg is onderdeel van de dekking geboortezorg zoals beschreven in artikel 7 van deel B van de zorgverzekering Basis. Voor informatie over kraamzorg of als u kraamzorg door de zorgverzekeraar wilt laten regelen, kunt u bellen met de VvAA kraamzorg service. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.vvaa.nl/zorgverzekering.

VvAA kraamzorg service regelt de kraamzorg bij een erkende kraamzorgorganisatie. U moet de kraamzorg minimaal vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aanvragen. VvAA kraamzorg service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 06.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 22 van deel B van de zorgverzekering Basis. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Artsen Alarm Service (AAS)

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, kunt u contact (laten) opnemen met de Artsen Alarm Service. Daarbij dient u uw relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Ook voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kunt u contact opnemen.

De Artsen Alarm Service is 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)30 241 29 08.

Informatie over het verhaal van letselschade na een ongeval

Als u betrokken bent geweest bij een ongeval en daardoor financiële schade heeft geleden, kan de veroorzaker van het ongeval aansprakelijk zijn voor die schade. De aanvullende verzekeringen van VvAA zorgverzekering bieden in bepaalde gevallen dekking voor de kosten van het verhaal van letselschade op de aansprakelijke derde. Heeft u geen aanvullende verzekering, dan kan de zorgverzekeraar u informatie verstrekken over het verhaal van schade door bijvoorbeeld een advocaat of schaderegelingsbureau.

Verhaalszaken is bereikbaar op telefoonnummer 030 639 62 64 en staat u graag te woord.

VvAA

zorgverzekering Student

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Student

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Beweegzorg	67
	Fysiotherapie en oefentherapie	67
Artikel 2	Generalistische basis-ggz	67
Artikel 3	Farmaceutische zorg	68
Artikel 4	Vaccinaties	68
Artikel 5	Overige hulpmiddelen	68
	lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling	68
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	68
Artikel 6	Overige behandelingen en therapieën	69
	lid 1 Acnebehandeling	69
	lid 2 Diëtist	69
Artikel 7	Ziekenvervoer	69
Artikel 8	Preventieve zorg	69
	Gezondheidscheck-up	69
Artikel 9	Buitenland	69
	lid 1 Vergoeding kosten buitenland	69
	lid 2 Wisselkoers	69

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	70
De Zorgconsulent ondersteunt u	70
eHealth	70
Taxivervoer	70
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	70

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Student

Als er volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de VvAA zorgverzekering Student een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de zorgverzekering Basis of die andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 9. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1 Beweegzorg

Fysiotherapie en oefentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt tot tezamen maximaal negen behandelingen per kalenderjaar de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut;
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als de zorgverzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 2 Generalistische basis-ggz

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 400,- per kalenderjaar de kosten van generalistische basis-ggz bij behandeling van aanpassingsstoornissen of in verband met werk- of relatieproblemen. De regiebehandelaar is een BIG-geregistreerde gezondheidszorgpsycholoog of BIG-geregistreerde klinisch psycholoog, NIP- of SKJ-geregistreerde kinder- en jeugdpsycholoog of NVO- of SKJ geregistreerde orthopedagoog-generalist.

Voor generalistische basis-ggz is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van verblijf.

Hulp aan jeugdigen met psychische problemen is een voorziening op grond van de Jeugdwet. U kunt een beroep doen op deze dekking als u niet in aanmerking komt voor hulp op grond van de Jeugdwet.

Artikel 3 Farmaceutische zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 100,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt volledig de kosten van geregistreerde geneesmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (ter voorkoming van zwangerschap), als u 21 jaar of ouder bent.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:
- geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);
 - andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
 - vaccinaties en preventieve middelen anders dan omschreven in artikel 4;
 - zelfzorggeneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit;
 - het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage als er een terugbetalingsregeling is. Voor bepaalde geneesmiddelen heeft de fabrikant ervan een terugbetalingsregeling. Dan vergoedt de fabrikant het geneesmiddel als dat niet onder de zorgverzekering Basis valt of de wettelijke eigen bijdrage. Als er zo'n regeling is dan vergoedt de zorgverzekeraar het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage niet. Dit is ook zo als de fabrikant bepaalt dat u de kosten eerst bij uw ziektekostenverzekeraar in rekening moet brengen.

Artikel 4 Vaccinaties

De zorgverzekeraar vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties ter voorkoming van infectieziekten en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria.

Artikel 5 Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 3, lid 1.

- lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking en ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 100,- per twee opeenvolgende kalenderjaren. Voor de maximale vergoeding in dit jaar telt de vergoeding in het vorige kalenderjaar mee. Wij vergoeden dus nooit meer dan de maximale vergoeding min de vergoeding in het vorige jaar.
- lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**
Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.

Artikel 6 Overige behandelingen en therapieën

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 1 Acnebehandeling

Als u jonger bent dan 21 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist, op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet het bij u vastgestelde zorgprofiel vermeld staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg verleent.

lid 2 Diëtist

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist voor maximaal één behandeluur per kalenderjaar.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
- behandeling van overgewicht bij verzekerden van 18 jaar of ouder met een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren.

Artikel 7 Ziekenvervoer

Als u vergoeding krijgt voor ziekenvervoer volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering, vergoedt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage.

Artikel 8 Preventieve zorg

Gezondheidscheck-up

Na bemiddeling door de VvAA zorgconsulent vergoedt de zorgverzekeraar een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.

Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of sportcheck-up moet u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 9 Buitenland

lid 1 Vergoeding kosten buitenland

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het tarief volgens de Wmg, of een in Nederland marktconform bedrag.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van onvoorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.

lid 2 Wisselkoers

De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Student

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachttijst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening.

Het regelen van:

- gezondheidscheck-up of beweegadvies, zie deel B, art. 8;
- een telefoongesprek met een arts of diëtiste voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De VvAA zorgconsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De Zorgconsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de Zorgconsulent vervangt ook geen medisch advies en de Zorgconsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

De zorgverzekeraar vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 7 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door de zorgverzekeraar in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij Verhaalszaken of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met Verhaalszaken.

Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

VvAA

zorgverzekering Start

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Start

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	73
	Kraampakket	73
Artikel 2	Beweegzorg	73
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	73
	lid 2 Sportarts	73
Artikel 3	Farmaceutische zorg	74
Artikel 4	Alternatieve geneeswijzen	74
Artikel 5	Vaccinaties	74
Artikel 6	Overige hulpmiddelen	74
	lid 1 Elleboogkrukken	75
	lid 2 Plaswekker	75
	lid 3 Steunpessarium	75
	lid 4 Steunzolen	75
Artikel 7	Overige behandelingen en therapieën	75
	lid 1 Acnebehandeling	75
	lid 2 Camouflagetherapie	75
	lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling	75
	lid 4 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	75
	lid 5 Lymfoedeem- en littekentherapie	75
	lid 6 Podotherapie	76
	lid 7 Psoriasisdagbehandeling	76
	lid 8 Stottertherapie	76
Artikel 8	Verblijfkosten	76
	lid 1 Verblijf in een logeershuis	76
	lid 2 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	76
Artikel 9	Ziekenvervoer	76
Artikel 10	Preventieve zorg	76
	lid 1 Gezondheidscheck-up	76
	lid 2 Preventiecurussen	76
Artikel 11	Buitenland	77
	lid 1 Vergoeding kosten buitenland	77
	lid 2 Wisselkoers	77

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	78
De Zorgconsulent ondersteunt u	78
eHealth	78
Kraamzorg	78
Taxivervoer	78
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	79

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Start

Als er volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de VvAA zorgverzekering Start een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de zorgverzekering Basis of die andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A 1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 11. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1 **Geboortezorg**

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de VvAA kraamzorg service. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 2 **Beweegzorg**

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt tot tezamen maximaal negen behandelingen per kalenderjaar de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut;
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als de zorgverzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2

Sportarts

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 100,- per kalenderjaar de kosten van door een sportarts uitgevoerd(e):

- sportmedisch onderzoek;
- sportmedisch- en inspanningsadvies;
- sportmedische begeleiding;
- preventief medisch onderzoek;
- sportkeuring.

Artikel 3 Farmaceutische zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 100,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:
- geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);
 - andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
 - vaccinaties en preventieve middelen anders dan omschreven in artikel 5;
 - zelfzorggeneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap);
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit;
 - het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage als er een terugbetalingsregeling is. Voor bepaalde geneesmiddelen heeft de fabrikant ervan een terugbetalingsregeling. Dan vergoedt de fabrikant het geneesmiddel als dat niet onder de zorgverzekering Basis valt of de wettelijke eigen bijdrage. Als er zo'n regeling is dan vergoedt de zorgverzekeraar het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage niet. Dit is ook zo als de fabrikant bepaalt dat u de kosten eerst bij uw ziektekostenverzekeraar in rekening moet brengen.

Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent. De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag en maximaal 20 consulten/behandelingen per kalenderjaar.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium) onderzoek, ook niet als dat is voorgeschreven door de in lid 1 bedoelde arts.

Artikel 5 Vaccinaties

De zorgverzekeraar vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococcen en rabiës, en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Artikel 6 Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 3, lid 1.

- lid 1 **Elleboogkrukken**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van elleboogkrukken op voorschrift van de behandelend arts. De vergoeding bedraagt maximaal € 50,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Plaswekker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes) voor een periode van maximaal drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- voor de looptijd van de verzekering.
- lid 3 **Steunpessarium**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 4 **Steunzolen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen. De vergoeding bedraagt maximaal € 100,- per kalenderjaar.

Artikel 7 Overige behandelingen en therapieën

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

- lid 1 **Acnebehandeling**
Als u jonger bent dan 21 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist, op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet het bij u vastgestelde zorgprofiel vermeld staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg verleent. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar.
- lid 2 **Camouflagetherapie**
Bij ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moeten de kosten van instructielessen en van cosmetische producten apart vermeld staan. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar.
- lid 3 **Elektrische epilatie en laserbehandeling**
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- voor de looptijd van de verzekering.
- lid 4 **Aanvullende diagnostiek bij borstkanker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- lid 5 **Lymfoedeem- en littekentherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:
 - ernstig lymfoedeem;
 - ernstig littekenweefsel van de huid.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.

- lid 6 **Podotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar.
- lid 7 **Psoriasisdagbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.
- lid 8 **Stottertherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie. De vergoeding bedraagt maximaal € 350,- voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 8 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeerhuis**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis. De vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per dag met een maximum van € 260,- per kalenderjaar.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van uw opname. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.
- lid 2 **Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren**
De zorgverzekeraar vergoedt de verschuldigde eigen bijdrage tot maximaal € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

Artikel 9 **Ziekenvervoer**

Als u vergoeding krijgt voor ziekenvervoer volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering, vergoedt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage.

Artikel 10 **Preventieve zorg**

- lid 1 **Gezondheidscheck-up**
Na bemiddeling door de VvAA zorgconsulent vergoedt de zorgverzekeraar een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.
- Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).
- lid 2 **Preventiecurssussen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurssussen tezamen tot maximaal € 75,- per kalenderjaar. De *Lijst erkende preventiecurssussen 2018* kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Artikel 11 **Buitenland**

lid 1

Vergoeding kosten buitenland

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het tarief volgens de Wmg, of een in Nederland marktconform bedrag.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van onvoorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.

lid 2

Wisselkoers

De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Start

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlust)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurssussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening.

Het regelen van:

- gezondheidscheck-up of beweegadvies, zie deel B, art. 10 lid 1;
- een telefoongesprek met een arts of diëtiste voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De VvAA zorgconsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De Zorgconsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de Zorgconsulent vervangt ook geen medisch advies en de Zorgconsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

De zorgverzekeraar vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de VvAA kraamzorg service. De VvAA kraamzorg service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 06. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.vvaa.nl/zorgverzekering. Daar kunt u ook de inhoud van het kraampakket raadplegen.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 9 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door de zorgverzekeraar in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij Verhaalszaken of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met Verhaalszaken.

Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

VvAA

zorgverzekering Plus

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Plus

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	83
	lid 1 Bevalling en kraamzorg	83
	lid 2 Kraampakket	83
	lid 3 Lactatiekundige	83
	lid 4 Zorg bij adoptie	83
Artikel 2	Beweegzorg	84
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	84
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	84
	lid 3 Beweegprogramma's	84
Artikel 3	Farmaceutische zorg	85
Artikel 4	Alternatieve geneeswijzen	85
Artikel 5	Vaccinaties	86
Artikel 6	Vervangende mantelzorg	86
Artikel 7	Hulpmiddelen zorgverzekering Basis	86
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	86
	lid 1 Elleboogkrukken	86
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	86
	lid 3 Plaswekker	86
	lid 4 Steunpessarium	86
	lid 5 Steunzolen	86
Artikel 9	Overige behandelingen en therapieën	87
	lid 1 Acnebehandeling	87
	lid 2 Camouflagetherapie	87
	lid 3 Diëtist	87
	lid 4 Elektrische epilatie of laserbehandeling	87
	lid 5 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	87
	lid 6 Lymfoedeem- en littekentherapie	87
	lid 7 Orthoptie	87
	lid 8 Overgangsconsulente	87
	lid 9 Pedicure	88
	lid 10 Podothérapie	88
	lid 11 Psoriasisdagbehandeling	88
	lid 12 Sterilisatie	88
	lid 13 Stottertherapie	88
Artikel 10	Verblijfkosten	88
	lid 1 Verblijf in een logeershuis	88
	lid 2 Therapeutisch kamp voor jongeren	88
Artikel 11	Ziekenvervoer	88
Artikel 12	Reiskosten ziekenbezoek	89
Artikel 13	Orthodontie	89
Artikel 14	Preventieve zorg	89
	lid 1 Gezondheidscheck-up	89
	lid 2 Griepvaccinatie	89
	lid 3 Preventiecurussen	89
Artikel 15	Buitenland	90
	lid 1 Vergoeding kosten buitenland	90
	lid 2 Wisselkoers	90

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	91
De Zorgconsulent ondersteunt u	91
eHealth	91
Kraamzorg	91
Taxivervoer	91
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	92

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Plus

Als er volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de VvAA zorgverzekering Plus een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de zorgverzekering Basis of die andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 15. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1 **Geboortezorg**

lid 1

Bevalling en kraamzorg

Na een bevalling heeft de moeder aanspraak op vergoeding van de volgende kosten tezamen tot maximaal € 250,-:

- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de kosten van couveusenazorg na thuiskomst van een pasgeborene die minimaal vijf dagen op de couveuseafdeling heeft gelegen of op de couveuseafdeling heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van minimaal 8 dagen. De zorg bestaat uit noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies over de verzorging van en de omgang met het kind;
- de kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg.
Er is sprake van uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet start binnen tien dagen na de geboorte. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de reguliere kraamzorg.
Er is sprake van aanvullende kraamzorg als er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan waarop aanspraak bestaat volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering.

Bij uw declaratie van kosten van couveusenazorg, uitgestelde of aanvullende kraamzorg stuurt u een verklaring mee van uw behandelend arts of verloskundige waaruit de medische indicatie voor deze (extra) zorg blijkt.

De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de VvAA kraamzorg service. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van maximaal 2 consulten bij een lactatiekundige.

lid 4

Zorg bij adoptie

Bij adoptie van een kind jonger dan 12 maanden vergoedt de zorgverzekeraar de volgende kosten tezamen tot maximaal € 250,-:

- de kosten van kraamzorg;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de kosten van medische screening door een kinderarts.

Als beide ouders verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar bestaat één keer aanspraak op deze vergoedingsregeling.

De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 2 **Beweegzorg**

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt tot tezamen maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut;
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als de zorgverzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2

Overige therapieën voor houding en beweging

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.® door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- sportmedisch onderzoek, sportmedisch- en inspanningsadvies, sportmedische begeleiding, preventief medisch onderzoek en sportkeuring (alle) door een sportarts.

lid 3

Beweegprogramma's

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's tezamen tot maximaal € 250,- per kalenderjaar:

- een beweegprogramma dat is gecertificeerd door het KNGF en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- een revalidatieprogramma bij kanker dat gericht is op het verminderen van en leren omgaan met restklachten door kanker of de daarvoor ondergane behandelingen. Het programma bestaat uit lichaamstraining om uw conditie te verbeteren en dient ter ondersteuning van uw herstel. Ook is er aandacht voor onderwerpen zoals omgaan met stress, weer aan het werk gaan en voeding. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van het programma gedurende maximaal 3 maanden, waarbij u maximaal twee keer per week in groepsverband traint. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt gegeven door een fysiotherapeut of een oefentherapeut;
- een beweegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:
 1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
 2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na drie á vier maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod.

Het beweegprogramma kan onderdeel uitmaken van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan andere componenten, zoals diëtetiek en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering worden vergoed. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 3 Farmaceutische zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 200,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van wonden of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt volledig de kosten van geregistreerde geneesmiddelen voor anticonceptie doeleinden (ter voorkoming van zwangerschap), als u 21 jaar of ouder bent.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Voor vergoeding van vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 5.

- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:
- geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);
 - andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
 - middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
 - zelfzorggeneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit;
 - het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage als er een terugbetalingsregeling is. Voor bepaalde geneesmiddelen heeft de fabrikant ervan een terugbetalingsregeling. Dan vergoedt de fabrikant het geneesmiddel als dat niet onder de zorgverzekering Basis valt of de wettelijke eigen bijdrage. Als er zo'n regeling is dan vergoedt de zorgverzekeraar het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage niet. Dit is ook zo als de fabrikant bepaalt dat u de kosten eerst bij uw ziektekostenverzekeraar in rekening moet brengen.

Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent of een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag en maximaal 20 consulten/behandelingen per kalenderjaar.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van met de behandeling samenhangend (laboratorium) onderzoek, ook niet als dat is voorgeschreven door de in lid 1 bedoelde arts of acupuncturist.

Artikel 5 Vaccinaties

De zorgverzekeraar vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococcon en rabiës, en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria tot maximaal € 75,- per kalenderjaar.

Artikel 6 Vervangende mantelzorg

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) voorziet in ondersteuning en waar nodig tijdelijk vervanging van de mantelzorgers. Als u of uw mantelzorger niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt de zorgverzekeraar vervangende mantelzorg voor maximaal acht dagen per kalenderjaar. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg moet u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 7 Hulpmiddelen zorgverzekering Basis

De zorgverzekeraar vergoedt tot tezamen maximaal € 250,- per kalenderjaar:

- de wettelijke eigen bijdragen;
- de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding van de zorgverzekering Basis wordt overschreden met een maximum van € 100,- per kalenderjaar.

De wettelijke eigen bijdragen en de maximale vergoeding voor een pruik vindt u in het *Reglement Hulpmiddelen 2018*, dat onderdeel uitmaakt van de zorgverzekering Basis. Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 3, lid 1.

lid 1 Elleboogkrukken

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van elleboogkrukken op voorschrift van de behandelend arts. De vergoeding bedraagt maximaal € 50,- per kalenderjaar.

lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie

Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.

lid 3 Plaswekker

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes) voor een periode van maximaal drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- voor de looptijd van de verzekering.

lid 4 Steunpessarium

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.

lid 5 Steunzolen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar.

Overige behandelingen en therapieën

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 1

Acnebehandeling

Als u jonger bent dan 21 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist, op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet het bij u vastgestelde zorgprofiel vermeld staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg verleent. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per kalenderjaar.

lid 2

Camouflagetherapie

Als sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moeten de kosten van instructielessen en van cosmetische producten apart vermeld staan. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per kalenderjaar.

lid 3

Diëtist

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist tot maximaal € 120,- per kalenderjaar.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
- behandeling van overgewicht bij verzekerden van 18 jaar of ouder met een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt de zorgverzekeraar als preventie cursus (artikel 14, lid 3).

lid 4

Elektrische epilatie en laserbehandeling

Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- voor de looptijd van de verzekering.

lid 5

Aanvullende diagnostiek bij borstkanker

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.

lid 6

Lymfoedeem- en littekentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:

- ernstig lymfoedeem;
- ernstig littekenweefsel van de huid.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.

lid 7

Orthoptie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.

lid 8

Overgangsconsulente

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente tot maximaal € 120,- per kalenderjaar. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VOC).

- lid 9 **Pedicure**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, en de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels, tot maximaal € 100,- per kalenderjaar. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetzorg gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 10 **Podotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar.
- lid 11 **Psoriasisdagbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.
- lid 12 **Sterilisatie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van sterilisatie. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- lid 13 **Stottertherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie. De vergoeding bedraagt maximaal € 350,- voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 10 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeershuis**
 - Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis. De vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per dag met een maximum van € 260,- per kalenderjaar.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis gedurende de periode van uw opname. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.
- lid 2 **Therapeutisch kamp voor jongeren**
De zorgverzekeraar vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- voor maximaal één kamp per kalenderjaar.

Artikel 11 **Ziekenvervoer**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als het vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering en u om medische redenen geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

De zorgverzekeraar vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
2. € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Bij de declaratie voegt u een verklaring van uw behandelend arts waaruit blijkt om welke medische reden u geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed. Ook niet de kosten van vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen en de begeleider alleen terugreist.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan de zorgverzekeraar het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 12 Reiskosten ziekenbezoek

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland of in een ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens is opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De zorgverzekeraar vergoedt € 0,27 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per kalenderjaar. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Artikel 13 Orthodontie

De zorgverzekeraar vergoedt voor kinderen tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist als volgt. De vergoeding gedurende de looptijd van de verzekering bedraagt maximaal € 750,- in de eerste twaalf maanden na de start van de behandeling en maximaal € 750,- in de daarop aansluitende twaalf maanden. De vergoeding stopt na deze 2 jaar, of zodra u 18 wordt.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Artikel 14 Preventieve zorg

lid 1

Gezondheidscheck-up

Na bemiddeling door de VvAA zorgconsulent vergoedt de zorgverzekeraar een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.

Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2

Griepvaccinatie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.

lid 3

Preventiecursussen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecursussen tezamen tot maximaal € 150,- per kalenderjaar. De *Lijst erkende preventiecursussen 2018* kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Artikel 15 **Buitenland**

lid 1 **Vergoeding kosten buitenland**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het tarief volgens de Wmg, of een in Nederland marktconform bedrag.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van onvoorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.

lid 2 **Wisselkoers**

De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Plus

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening.

Het regelen van:

- vervangende mantelzorg, zie deel B, art. 6;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, art. 14, lid 1;
- een telefoongesprek met een arts of diëtiste voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De VvAA zorgconsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De Zorgconsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de Zorgconsulent vervangt ook geen medisch advies en de Zorgconsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

De zorgverzekeraar vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg, couveusenzorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de VvAA kraamzorg service. De VvAA kraamzorg service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 06. Het aanvragen van reguliere kraamzorg kunt u ook regelen via www.vvaa.nl/zorgverzekering. Daar kunt u ook de inhoud van het kraampakket raadplegen.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 11 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door de zorgverzekeraar in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij Verhaalszaken of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met Verhaalszaken.

Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

VvAA

zorgverzekering Optimaal

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Optimaal

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	96
	lid 1 Bevalling en kraamzorg	96
	lid 2 Kraampakket	96
	lid 3 Lactatiekundige	96
	lid 4 Bevalling-tens	96
	lid 5 Zorg bij adoptie	97
Artikel 2	Beweegzorg	97
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	97
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	97
	lid 3 Beweegprogramma's	97
Artikel 3	Generalistische basis-ggz	98
Artikel 4	Farmaceutische zorg	98
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	99
Artikel 6	Vaccinaties	99
Artikel 7	Huishoudelijke hulp	99
Artikel 8	Vervangende mantelzorg	100
Artikel 9	Hulpmiddelen zorgverzekering Basis	100
Artikel 10	Overige hulpmiddelen	100
	lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserverandering	100
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	100
	lid 3 Loophulpmiddelen	100
	lid 4 Plaswekker	100
	lid 5 Steunpessarium	100
	lid 6 Steunzolen	100
Artikel 11	Overige behandelingen en therapieën	101
	lid 1 Acnebehandeling	101
	lid 2 Camouflagetherapie	101
	lid 3 Diëtist	101
	lid 4 Elektrische epilatie of laserbehandeling	101
	lid 5 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	101
	lid 6 Lymfoedeem- en littekentherapie	101
	lid 7 Orthoptie	101
	lid 8 Overgangsconsulente	101
	lid 9 Pedicure	102
	lid 10 Plastische chirurgie	102
	lid 11 Podotherapie	102
	lid 12 Psoriasisdagbehandeling	102
	lid 13 Sterilisatie	102
	lid 14 Stottertherapie	102
Artikel 12	Verblijfkosten	102
	lid 1 Verblijf in een logeerkamer	102
	lid 2 Verblijf in een hospice	102
	lid 3 Therapeutisch kamp voor jongeren	103
Artikel 13	Ziekenvervoer	103
Artikel 14	Reiskosten ziekenbezoek	103
Artikel 15	Mondzorg	103
Artikel 16	Preventieve zorg	104
	lid 1 Gezondheidscheck-up	104
	lid 2 Griepvaccinatie	104
	lid 3 Lidmaatschap patiëntenvereniging	104
	lid 4 Preventiecurcussen	104
	lid 5 Preventief medisch onderzoek	104
	lid 6 Programma's voor stoppen met roken	104
Artikel 17	Buitenland	104
	lid 1 Vergoeding kosten buitenland	104
	lid 2 Wisselkoers	104

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	105
De Zorgconsulent ondersteunt u	105
eHealth	105
Kraamzorg	105
Taxivervoer	105
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	106

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Optimaal

Als er volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de VvAA zorgverzekering Optimaal een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de zorgverzekering Basis of die andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 17. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1

Geboortezorg

lid 1

Bevalling en kraamzorg

Na een bevalling heeft de moeder aanspraak op vergoeding van de volgende kosten tezamen tot maximaal € 400,-:

- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de kosten van couveusenazorg na thuiskomst van een pasgeborene die minimaal 5 dagen op de couveuseafdeling heeft gelegen of op de couveuseafdeling heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van minimaal 8 dagen. De zorg bestaat uit noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies over de verzorging van en de omgang met het kind;
- de kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg.
Er is sprake van uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet start binnen 10 dagen na de geboorte. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de reguliere kraamzorg.
Er is sprake van aanvullende kraamzorg als er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan waarop aanspraak bestaat volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering.

Bij uw declaratie van kosten van couveusenazorg, uitgestelde of aanvullende kraamzorg stuurt u een verklaring mee van uw behandelend arts of verloskundige waaruit de medische indicatie voor deze (extra) zorg blijkt.

De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de VvAA kraamzorg service. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van maximaal vier consulten bij een lactatiekundige.

lid 4

Bevalling-tens

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van een bevalling-tens tot maximaal € 75,-. Een bevalling-tens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. De VvAA zorgconsulent biedt op verzoek ondersteuning bij het regelen ervan (zie deel C).

lid 5

Zorg bij adoptie

Bij adoptie van een kind jonger dan twaalf maanden vergoedt de zorgverzekeraar de volgende kosten tezamen tot maximaal € 400,-:

- de kosten van kraamzorg;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de kosten van medische screening door een kinderarts.

Als beide ouders verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar bestaat één keer aanspraak op deze vergoedingsregeling.

De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 2 Beweegzorg

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt tot tezamen maximaal 35 behandelingen per kalenderjaar de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut;
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut, waarvan maximaal 18 behandelingen manuele therapie;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als de zorgverzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2

Overige therapieën voor houding en beweging

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 750,- per kalenderjaar:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.® door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- sportmedisch onderzoek, sportmedisch- en inspanningsadvies, sportmedische begeleiding, preventief medisch onderzoek en sportkeuring (alle) door een sportarts.

lid 3

Beweegprogramma's

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's tezamen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar:

- een beweegprogramma is gecertificeerd door het KNGF en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- een revalidatieprogramma bij kanker dat gericht is op het verminderen van en leren omgaan met restklachten door kanker of de daarvoor ondergane behandelingen. Het programma bestaat uit lichaamsstraining om uw conditie te verbeteren en dient ter ondersteuning van uw herstel. Ook is er aandacht voor onderwerpen zoals omgaan met stress, weer aan het werk gaan en voeding. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van het programma gedurende maximaal 3 maanden, waarbij u maximaal twee keer per week in groepsverband traint. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt gegeven door een fysiotherapeut of een oefentherapeut;

- een beweegprogramma volgens de methode van *CytoFys*, *OncoMove* of *Sportplan Tegenkracht* tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;
- een beweegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:
 1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
 2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na drie á vier maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod. Het beweegprogramma kan onderdeel uitmaken van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan andere componenten, zoals diëtetiek en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering worden vergoed. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 3 Generalistische basis-ggz

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 500,- per kalenderjaar de kosten van generalistische basis-ggz bij behandeling van aanpassingsstoornissen of in verband met werk- of relatieproblemen. De regiebehandelaar is een BIG-geregistreerde gezondheidszorgpsycholoog, BIG-geregistreerde klinisch psycholoog, NIP- of SKJ-geregistreerde kinder- en jeugdpsycholoog of NVO- of SKJ-geregistreerde orthopedagoog-generalist.

Voor generalistische basis-ggz is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van verblijf.

Hulp aan jeugdigen met psychische problemen is een voorziening op grond van de Jeugdwet. U kunt een beroep doen op deze dekking als u niet in aanmerking komt voor hulp op grond van de Jeugdwet.

Artikel 4 Farmaceutische zorg

lid 1

- De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 4.540,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - geregistreerde zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
 - melatonine die alleen op voorschrift van een arts bij de apotheek verkrijgbaar is (0,3 mg of meer per eenheid). De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van vrij (zonder recept) verkrijgbare melatonine;
 - verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt volledig de kosten van geregistreerde geneesmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (ter voorkoming van zwangerschap), als u 21 jaar of ouder bent.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Voor de vergoeding van:

- geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt artikel 5, lid 3;
- vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 6.

lid 2

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);
- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
- het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage als er een terugbetalingsregeling is. Voor bepaalde geneesmiddelen heeft de fabrikant ervan een terugbetalingsregeling. Dan vergoedt de fabrikant het geneesmiddel als dat niet onder de zorgverzekering Basis valt of de wettelijke eigen bijdrage. Als er zo'n regeling is dan vergoedt de zorgverzekeraar het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage niet. Dit is ook zo als de fabrikant bepaalt dat u de kosten eerst bij uw ziektekostenverzekeraar in rekening moet brengen.

Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen

lid 1

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist.

De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 750,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

lid 2

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 250,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

lid 3

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 250,- per kalenderjaar de kosten van:

- geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts of behandelaar en geleverd door een apotheek of apothekhoudend huisarts;
- met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 en 2 bedoelde arts of behandelaar.

Artikel 6 Vaccinaties

De zorgverzekeraar vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococcen en rabiës, en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria tot maximaal € 100,- per kalenderjaar.

Artikel 7 Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp is een voorziening volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). Als u niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp voor maximaal negen uren als:

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal vier dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C), en
- de VvAA zorgconsulent de huishoudelijke hulp regelt.

De eigen bijdragen volgens de Wmo worden niet vergoed.

Vervangende mantelzorg

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) voorziet in ondersteuning en waar nodig tijdelijk vervanging van de mantelzorgers. Als u of uw mantelzorger niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt de zorgverzekeraar vervangende mantelzorg voor maximaal acht dagen per kalenderjaar. Een aanvraag voor vervangende mantelzorg moet u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Hulpmiddelen zorgverzekering Basis

De zorgverzekeraar vergoedt tot tezamen maximaal € 500,- per kalenderjaar:

- de wettelijke eigen bijdragen;
- de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding van de zorgverzekering Basis wordt overschreden met een maximum van € 175,- per twee opeenvolgende kalenderjaren.

De wettelijke eigen bijdragen en de maximale vergoeding voor een pruik vindt u in het *Reglement Hulpmiddelen 2018*, dat onderdeel uitmaakt van de zorgverzekering Basis. Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 4, lid 1.

Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserverwerking

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking en ooglaserverwerking tezamen tot maximaal € 175,- per twee opeenvolgende kalenderjaren. Voor de maximale vergoeding in dit jaar telt de vergoeding in het vorige kalenderjaar mee. Wij vergoeden dus nooit meer dan de maximale vergoeding min de vergoeding in het vorige jaar.

Hulpmiddelen voor anticonceptie

Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.

Loophulpmiddelen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:

- elleboogkrukken;
- loophulpen met drie of vier poten;
- looprekken;
- rollators;
- serveerwagens.

De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.

De vergoeding voor alle loophulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 100,- per kalenderjaar.

Plaswekker

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes) voor een periode van maximaal drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- voor de looptijd van de verzekering.

Steunpessarium

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.

Steunzolen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.

Artikel 11 Overige behandelingen en therapieën

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 1 Acnebehandeling

Als u jonger bent dan 21 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist, op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet het bij u vastgestelde zorgprofiel vermeld staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg verleent.

lid 2 Camouflagetherapie

Bij ernstige huidafwijkingen in het gelaat of de hals, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moeten de kosten van instructielessen en van cosmetische producten apart vermeld staan.

lid 3 Diëtist

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist tot maximaal € 200,- per kalenderjaar.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
- behandeling van overgewicht bij verzekerden van 18 jaar of ouder met een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt de zorgverzekeraar als preventie cursus (artikel 16, lid 4).

lid 4 Elektrische epilatie en laserbehandeling

Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- voor de looptijd van de verzekering.

lid 5 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.

lid 6 Lymfoedeem- en littekentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:

- ernstig lymfoedeem;
- ernstig littekenweefsel van de huid.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.

lid 7 Orthoptie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 750,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.

lid 8 Overgangsconsulente

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (WOC).

- lid 9 **Pedicure**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, en de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels, tot maximaal € 200,- per kalenderjaar. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetzorg gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 10 **Plastische chirurgie**
Als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft gegeven, vergoedt zij de kosten van:
- het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) bij kinderen tot 18 jaar;
 - de volgende behandelingen bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis:
 1. correctie van bovenoogleden;
 2. correctie van de buikwand (vetschortoperatie);
 3. het operatief vervangen van borstprothesen.
- Voor een toelichting op de vergoeding van plastisch chirurgische behandelingen kunt u de brochure *Plastische chirurgie 2018* raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. U kunt de brochure ook aanvragen bij het VvAA service center.
- lid 11 **Podotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld.
- lid 12 **Psoriasisdagbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de behandelend arts.
- lid 13 **Sterilisatie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van sterilisatie. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- lid 14 **Stottertherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- voor de looptijd van de verzekering.

Artikel 12 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeerkamer**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer. De vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per dag met een maximum van € 260,- per kalenderjaar.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer gedurende de periode van uw opname. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per dag.
- lid 2 **Verblijf in een hospice**
De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 25,- per dag:
- de eigen bijdrage voor verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis voor maximaal drie maanden. Het verblijf is geïndiceerd door Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), huisarts of behandelend medisch specialist;
 - de extra kosten van aanvullende faciliteiten die horen bij uw verblijf in een hospice als dat verblijf gedekt is volgens de zorgverzekering Basis (eerstelijns verblijf of geriatrische revalidatie). Met aanvullende faciliteiten bedoelt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld meer keuze bij de maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, krant, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Daaronder vallen (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).
- De zorgverzekeraar vergoedt geen:
- eigen bijdrage volgens de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo);
 - eigen risico voor verblijf volgens de zorgverzekering Basis.

lid 3

Therapeutisch kamp voor jongeren

De zorgverzekeraar vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening. De vergoeding bedraagt maximaal € 300,- per kalenderjaar.

Artikel 13 Ziekenvervoer

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als het vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering en u om medische redenen geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

De zorgverzekeraar vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
2. € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Bij de declaratie voegt u een verklaring van uw behandelend arts waaruit blijkt om welke medische reden u geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed. Ook niet de kosten van vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen en de begeleider alleen terugreist.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan de zorgverzekeraar het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 14 Reiskosten ziekenbezoek

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland of in een ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens is opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De zorgverzekeraar vergoedt € 0,27 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed. Ook niet de kosten van vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen en de begeleider alleen terugreist.

Artikel 15 Mondzorg

lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt voor kinderen tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist als volgt. De vergoeding gedurende de looptijd van de verzekering bedraagt maximaal € 1.000,- in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000,- in de 12 maanden daarna en € 1.000,- in de 12 maanden daarna. De vergoeding stopt na deze 3 jaar, of zodra u 18 wordt.

lid 2 Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per kalenderjaar.

lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- volledige narcose;
- het bleken van elementen;
- het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Artikel 16 Preventieve zorg

- lid 1 **Gezondheidscheck-up**
Na bemiddeling door de VvAA zorgconsulent vergoedt de zorgverzekeraar een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.
- Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).
- lid 2 **Griepvaccinatie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.
- lid 3 **Lidmaatschap patiëntenvereniging**
De zorgverzekeraar vergoedt de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging aangesloten bij de Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in) of MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, tot maximaal € 25,- per kalenderjaar. De zorgverzekeraar vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.
- lid 4 **Preventiecurssussen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurssussen tezamen tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. De *Lijst erkende preventiecurssussen 2018* kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- lid 5 **Preventief medisch onderzoek**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van preventief medisch onderzoek voor 50% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.
- Uitgesloten zijn de kosten van:
- een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever;
 - preventief medisch onderzoek door een sportarts. Voor de vergoeding van deze kosten geldt artikel 2, lid 2.
- Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).
- lid 6 **Programma's voor stoppen met roken**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende programma's voor stoppen met roken:
- lasertherapie;
 - Allen Carr-training;
 - video training, e-mail training of open training van één dag, volgens de methode De Opluchting.

Artikel 17 Buitenland

- lid 1 **Vergoeding kosten buitenland**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het tarief volgens de Wmg, of een in Nederland marktconform bedrag.
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van onvoorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.
- lid 2 **Wisselkoers**
De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Optimaal

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurssussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening.

Het regelen van:

- bevalling-tens, zie deel B, art. 1 lid 4;
- huishoudelijke hulp, zie deel B, art. 7;
- vervangende mantelzorg, zie deel B, art. 8;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, art. 16, lid 1;
- preventief medisch onderzoek, zie deel B, art. 16 lid 5;
- een telefoongesprek met een arts of diëtiste voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De VvAA zorgconsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De Zorgconsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de Zorgconsulent vervangt ook geen medisch advies en de Zorgconsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

De zorgverzekeraar vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg, couveusenazorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de VvAA kraamzorg service. De VvAA kraamzorg service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 06. Het aanvragen van reguliere kraamzorg kunt u ook regelen via www.vvaa.nl/zorgverzekering. Daar kunt u ook de inhoud van het kraampakket raadplegen.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 13 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door de zorgverzekeraar in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij Verhaalszaken of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met Verhaalszaken.

Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

VvAA

zorgverzekering Top

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Top

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	110
	lid 1 Bevalling en kraamzorg	110
	lid 2 Kraampakket	110
	lid 3 Lactatiekundige	110
	lid 4 Bevalling-tens	110
	lid 5 Zorg bij adoptie	111
Artikel 2	Beweegzorg	111
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	111
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	111
	lid 3 Beweegprogramma's	111
Artikel 3	Generalistische basis-ggz	112
Artikel 4	Farmaceutische zorg	112
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	113
Artikel 6	Vaccinaties	113
Artikel 7	Hulpmiddelen zorgverzekering Basis	113
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	114
	lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling	114
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	114
	lid 3 Loophulpmiddelen	114
	lid 4 Plaswekker	114
	lid 5 Steunpessarium	114
	lid 6 Steunzolen	114
Artikel 9	Ziekenvervoer	114
Artikel 10	Reiskosten ziekenbezoek	115
Artikel 11	Mondzorg	115
Artikel 12	Overige behandelingen en therapieën	115
	lid 1 Acnebehandeling	115
	lid 2 Camouflagetherapie	115
	lid 3 Diëtist	115
	lid 4 Elektrische epilatie of laserbehandeling	116
	lid 5 Ergotherapie	116
	lid 6 In-vitrofertilisatie (ivf)	116
	lid 7 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	116
	lid 8 Lymfoedeem- littekentherapie	116
	lid 9 Orthoptie	116
	lid 10 Overgangsconsulente	116
	lid 11 Pedicure	116
	lid 12 Plastische chirurgie	116
	lid 13 Podotherapie	116
	lid 14 Psoriasisdagbehandeling	116
	lid 15 Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	117
	lid 16 Stottertherapie	117
Artikel 13	Verblijfkosten	117
	lid 1 Verblijf in een logeerkamer	117
	lid 2 Verblijf in een hospice	117
	lid 3 Therapeutisch kamp voor jongeren	117
	lid 4 Zorghotel	117
	lid 5 Kuuroord	117
Artikel 14	Huishoudelijke hulp	118
Artikel 15	Vervangende mantelzorg	118
Artikel 16	Kinderopvang	118
Artikel 17	Preventieve zorg	118
	lid 1 Gezondheidscheck-up	118
	lid 2 Griepvaccinatie	118
	lid 3 Lidmaatschap patiëntenvereniging	118
	lid 4 Preventiecurussen	118
	lid 5 Preventief medisch onderzoek	119
	lid 6 Programma's voor stoppen met roken	119
Artikel 18	Buitenland	119
	lid 1 Vergoeding kosten buitenland	119
	lid 2 Wisselkoers	119

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg	120
De Zorgconsulent ondersteunt u	120
eHealth	120
Kraamzorg	120
Taxivervoer	121
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	121

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Top

Als er volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de VvAA zorgverzekering Top een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de zorgverzekering Basis of die andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 18. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1

Geboortezorg

lid 1

Bevalling en kraamzorg

Na een bevalling heeft de moeder aanspraak op vergoeding van de volgende kosten tezamen tot maximaal € 550,-:

- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de kosten van couveusenzorg na thuiskomst van een pasgeborene die minimaal 5 dagen op de couveuseafdeling heeft gelegen of op de couveuseafdeling heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van minimaal 8 dagen. De zorg bestaat uit noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies over de verzorging van en de omgang met het kind;
- de kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg.
Er is sprake van uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet start binnen 10 dagen na de geboorte. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de reguliere kraamzorg.
Er is sprake van aanvullende kraamzorg als er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan waarop aanspraak bestaat volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering.

Bij uw declaratie van kosten van couveusenzorg, uitgestelde of aanvullende kraamzorg stuurt u een verklaring mee van uw behandelend arts of verloskundige waaruit de medische indicatie voor deze (extra) zorg blijkt.

De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de VvAA kraamzorg service. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een lactatiekundige.

lid 4

Bevalling-tens

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van een bevalling-tens tot maximaal € 75,-. Een bevalling-tens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. De VvAA zorgconsulent biedt op verzoek ondersteuning bij het regelen ervan (zie deel C).

lid 5

Zorg bij adoptie

Bij adoptie van een kind jonger dan twaalf maanden vergoedt de zorgverzekeraar de volgende kosten tezamen tot maximaal € 550,-:

- de kosten van kraamzorg;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de kosten van medische screening door een kinderarts.

Als beide ouders verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar bestaat één keer aanspraak op deze vergoedingsregeling.

De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 2 Beweegzorg

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut;
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut, waarvan maximaal 18 behandelingen manuele therapie;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als de zorgverzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2

Overige therapieën voor houding en beweging

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.® door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- sportmedisch onderzoek, sportmedisch- en inspanningsadvies, sportmedische begeleiding, preventief medisch onderzoek en sportkeuring (alle) door een sportarts.

lid 3

Beweegprogramma's

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's:

- een beweegprogramma dat is gecertificeerd door het KNGF en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- een revalidatieprogramma bij kanker dat gericht is op het verminderen van en leren omgaan met restklachten door kanker of de daarvoor ondergane behandelingen. Het programma bestaat uit lichaamstraining om uw conditie te verbeteren en dient ter ondersteuning van uw herstel. Ook is er aandacht voor onderwerpen zoals omgaan met stress, weer aan het werk gaan en voeding. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van het programma gedurende maximaal 3 maanden, waarbij u maximaal twee keer per week in groepsverband traint. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt gegeven door een fysiotherapeut of een oefentherapeut;

- een beweegprogramma volgens de methode van *CytoFys*, *OncoMove* of *Sportplan Tegenkracht* tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;
- een beweegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:
 1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
 2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na drie á vier maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod. Het beweegprogramma kan onderdeel uitmaken van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan andere componenten, zoals diëtetiek en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering worden vergoed. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C);
- senioren Fitzwemmen of 50-Fit zwemmen. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 50,- per kalenderjaar. De training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.

Artikel 3

Generalistische basis-ggz

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar de kosten van generalistische basis-ggz bij behandeling van aanpassingsstoornissen of in verband met werk- of relatieproblemen. De regiebehandelaar is een BIG-geregistreerde gezondheidszorgpsycholoog, BIG-geregistreerde klinisch psycholoog, NIP- of SKJ-geregistreerde kinder- en jeugdpsycholoog of NVO- of SKJ-geregistreerde orthopedagoog-generalist.

Voor generalistische basis-ggz is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van verblijf.

Hulp aan jeugdigen met psychische problemen is een voorziening op grond van de Jeugdwet. U kunt een beroep doen op deze dekking als u niet in aanmerking komt voor hulp op grond van de Jeugdwet.

Artikel 4

Farmaceutische zorg

lid 1

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 4.540,- per kalenderjaar de kosten van:

- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- geregistreerde zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- melatonine die alleen op voorschrift van een arts bij de apotheek verkrijgbaar is (0,3 mg of meer per eenheid). De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van vrij (zonder recept) verkrijgbare melatonine;
- verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt volledig de kosten van geregistreerde geneesmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (ter voorkoming van zwangerschap), als u 21 jaar of ouder bent.

De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Voor de vergoeding van:

- geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt artikel 5, lid 3;
- vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 6.

lid 2

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);
- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
- het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage als er een terugbetalingsregeling is. Voor bepaalde geneesmiddelen heeft de fabrikant ervan een terugbetalingsregeling. Dan vergoedt de fabrikant het geneesmiddel als dat niet onder de zorgverzekering Basis valt of de wettelijke eigen bijdrage. Als er zo'n regeling is dan vergoedt de zorgverzekeraar het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage niet. Dit is ook zo als de fabrikant bepaalt dat u de kosten eerst bij uw ziektekostenverzekeraar in rekening moet brengen.

Artikel 5

Alternatieve geneeswijzen

lid 1

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 1.000,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

lid 2

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.

lid 3

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 500,- per kalenderjaar de kosten van:

- geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts of behandelaar en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 en 2 bedoelde arts of behandelaar.

Artikel 6

Vaccinaties

De zorgverzekeraar vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties ter voorkoming van infectieziekten en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria.

Artikel 7

Hulpmiddelen zorgverzekering Basis

De zorgverzekeraar vergoedt tot tezamen maximaal € 1.000,- per kalenderjaar:

- de wettelijke eigen bijdragen;
- de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding van de zorgverzekering Basis wordt overschreden met een maximum van € 250,- per kalenderjaar.

De wettelijke eigen bijdragen en de maximale vergoeding voor een pruik vindt u in het *Reglement Hulpmiddelen 2018*, dat onderdeel uitmaakt van de zorgverzekering Basis. Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Overige hulpmiddelen

Voor de vergoeding van verbandmiddelen geldt artikel 4, lid 1.

- lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking en ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 350,- per twee opeenvolgende kalenderjaren. Voor de maximale vergoeding in dit jaar telt de vergoeding in het vorige kalenderjaar mee. Wij vergoeden dus nooit meer dan de maximale vergoeding min de vergoeding in het vorige jaar.
- lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**
Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.
- lid 3 **Loophulpmiddelen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:
- elleboogkrukken;
 - loophulpen met drie of vier poten;
 - looprekken;
 - rollators;
 - serveerwagens.
- De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- De vergoeding voor alle loophulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 100,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Plaswekker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes).
- lid 5 **Steunpessarium**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 6 **Steunzolen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Een orthopedisch schoentechnicus levert de steunzolen.

Ziekenvervoer

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als het vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering en u om medische redenen geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

De zorgverzekeraar vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
2. € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Bij de declaratie voegt u een verklaring van uw behandelend arts waaruit blijkt om welke medische reden u geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed. Ook niet de kosten van vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen en de begeleider alleen terugreist.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan de zorgverzekeraar het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 10 Reiskosten ziekenbezoek

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland of in een ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens is opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De zorgverzekeraar vergoedt € 0,27 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Artikel 11 Mondzorg

lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van orthodontie tot maximaal € 500,- per kalenderjaar als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft gegeven. U moet hiervoor een schriftelijke toelichting van de zorgverlener, een behandelplan en een begroting (laten) indienen bij de zorgverzekeraar.

lid 2 Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen.

lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- volledige narcose;
- het bleken van elementen;
- het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Artikel 12 Overige behandelingen en therapieën

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet, en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Op www.vvaa.nl/zorgverzekering vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 1 **Acnebehandeling**
Als u jonger bent dan 21 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist, op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet het bij u vastgestelde zorgprofiel vermeld staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg verleent.

lid 2 **Camouflagetherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moeten de kosten van instructielessen en van cosmetische producten apart vermeld staan.

lid 3 **Diëtist**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
- behandeling van overgewicht bij verzekerden van 18 jaar of ouder met een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt de zorgverzekeraar als preventie cursus (artikel 17, lid 4).

- lid 4 **Elektrische epilatie en laserbehandeling**
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.500,- voor de looptijd van de verzekering.
- lid 5 **Ergotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.
- lid 6 **In-vitrofertilisatie (ivf)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een vierde en volgende pogingen ivf per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar. De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven.
- lid 7 **Aanvullende diagnostiek bij borstkanker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- lid 8 **Lymfoedeem- en littekentherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:
 - ernstig lymfoedeem;
 - ernstig littekenweefsel van de huid.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.
- lid 9 **Orthoptie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- lid 10 **Overgangsconsulente**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VOC).
- lid 11 **Pedicure**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voetzorg door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, inclusief de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetzorg gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 12 **Plastische chirurgie**
Als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft gegeven, vergoedt zij de kosten van:
 - het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) bij kinderen tot 18 jaar;
 - plastische en reconstructieve chirurgie bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Voor een toelichting op de vergoeding van plastisch chirurgische behandelingen kunt u de brochure *Plastische chirurgie 2018* raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. U kunt de brochure ook aanvragen bij het Vvaa service center.
- lid 13 **Podotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetzorg geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld.
- lid 14 **Psoriasisdagbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.

- lid 15 **Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van sterilisatie en de kosten voor het ongedaan maken ervan.
- lid 16 **Stottertherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie.

Artikel 13 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeerhuis**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van uw opname.
 - Als u aansluitend op een transplantatie of een oncologische behandeling zelf in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis moet verblijven, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van het verblijf van uzelf en een begeleider.
- lid 2 **Verblijf in een hospice**
De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 50,- per dag:
- de eigen bijdrage voor verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis voor maximaal drie maanden. Het verblijf is geïndiceerd door Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), huisarts of behandelend medisch specialist;
 - de extra kosten van aanvullende faciliteiten die horen bij uw verblijf in een hospice als dat verblijf gedekt is volgens de zorgverzekering Basis (eerstelijns verblijf of geriatrische revalidatie). Met aanvullende faciliteiten bedoelt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld meer keuze bij de maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, krant, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Daaronder vallen (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).
- De zorgverzekeraar vergoedt geen:
- eigen bijdrage volgens de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo);
 - eigen risico voor verblijf volgens de zorgverzekering Basis.
- lid 3 **Therapeutisch kamp voor jongeren**
De zorgverzekeraar vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.
- lid 4 **Zorghotel**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verblijf in een door de zorgverzekeraar erkend zorghotel (ook wel herstellingsoord). Het verblijf is bedoeld voor herstel na een lichamelijke ziekte of een daaraan verbonden medische behandeling zonder dat een tijdelijke opname in verband met huisartsenzorg (eerstelijns verblijf) geïndiceerd is. Het verblijf vindt plaats op verwijzing van de behandelend arts en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven. Een overzicht van de erkende zorghotels kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van aanvullende faciliteiten die horen bij uw verblijf in een zorghotel als de zorgverzekering Basis dat verblijf vergoedt (eerstelijns verblijf of geriatrische revalidatie). De vergoeding bedraagt maximaal € 50,- per dag. Met aanvullende faciliteiten bedoelt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld meer keuze bij de maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, krant, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Daaronder valt (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).
- lid 5 **Kuuroord**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling en verblijf in een kuuroord als u lijdt aan reumatoïde artritis of psoriasis, tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Artikel 14 Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp is een voorziening volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). Als u niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp voor maximaal 18 uren als:

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal vier dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C), en
- de VvAA zorgconsulent de huishoudelijke hulp regelt.

De eigen bijdragen volgens de Wmo worden niet vergoed.

Artikel 15 Vervangende mantelzorg

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) voorziet in ondersteuning en waar nodig tijdelijk vervanging van de mantelzorgers. Als u of uw mantelzorger niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt de zorgverzekeraar vervangende mantelzorg voor maximaal 16 dagen per kalenderjaar. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 16 Kinderopvang

Als u als ouder in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar vanaf de vierde opnamedag de kosten van kinderopvang. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per werkdag per meeverzekerd kind tot de leeftijd van 12 jaar met een maximum van 60 werkdagen. Een door de bevoegde instantie erkende instelling verleent de kinderopvang. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 17 Preventieve zorg

lid 1 Gezondheidscheck-up

Na bemiddeling door de VvAA zorgconsulent vergoedt de zorgverzekeraar een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en bewegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.

Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2 Griepvaccinatie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.

lid 3 Lidmaatschap patiëntenvereniging

De zorgverzekeraar vergoedt de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in) of MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid. De zorgverzekeraar vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.

lid 4 Preventiecurssussen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurssussen tezamen tot maximaal € 325,- per kalenderjaar. De *Lijst erkende preventiecurssussen 2018* kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

lid 5

Preventief medisch onderzoek

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 500,- per kalenderjaar de kosten van:

- preventief medisch onderzoek;
- farmacogenetisch onderzoek, bij behandeling met een voor u nieuw geneesmiddel, op advies van de arts die u behandelt en volgens de adviezen van de KNMP.

Uitgesloten zijn de kosten van:

- een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever;
- preventief medisch onderzoek door een sportarts. Voor de vergoeding van deze kosten geldt artikel 2, lid 2.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 6

Programma's voor stoppen met roken

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende programma's voor stoppen met roken:

- lasertherapie;
- Allen Carr-training;
- video training, e-mail training of open training van één dag, volgens de methode De Opluchting.

Artikel 18 **Buitenland**

lid 1

Vergoeding kosten buitenland

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het tarief volgens de Wmg, of een in Nederland marktconform bedrag.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van onvoorziene zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke tarief of marktconforme bedrag.

lid 2

Wisselkoers

De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Top

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlíst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening;
- patiëntenverenigingen.

Het regelen van:

- bevalling-tens, zie deel B, art. 1, lid 4;
- huishoudelijke hulp, zie deel B, art. 14;
- vervangende mantelzorg, zie deel B, art. 15;
- kinderopvang, zie deel B, art. 16;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, art. 17, lid 1;
- preventief medisch onderzoek, zie deel B, art. 17, lid 5;
- een telefoongesprek met een arts of diëtiste voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De VvAA zorgconsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De Zorgconsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de Zorgconsulent vervangt ook geen medisch advies en de Zorgconsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

De zorgverzekeraar vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg, couveusenazorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de VvAA kraamzorg service. De VvAA kraamzorg service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 06. Het aanvragen van reguliere kraamzorg kunt u ook regelen via www.vvaa.nl/zorgverzekering. Daar kunt u ook de inhoud van het kraampakket raadplegen.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 9 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door de zorgverzekeraar in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij Verhaalszaken of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met Verhaalszaken.

Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

VvAA

zorgverzekering Excellent

Inhoudsopgave

VvAA zorgverzekering Excellent

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Geboortezorg	126
	lid 1 Bevalling en kraamzorg	126
	lid 2 Kraampakket	126
	lid 3 Lactatiekundige	126
	lid 4 Bevalling-tens	126
	lid 5 Zorg bij adoptie	127
Artikel 2	Beweegzorg	127
	lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie	127
	lid 2 Overige therapieën voor houding en beweging	127
	lid 3 Beweegprogramma's	127
Artikel 3	Generalistische basis-ggz	128
Artikel 4	Farmaceutische zorg	128
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	129
Artikel 6	Vaccinaties	129
Artikel 7	Hulpmiddelen zorgverzekering Basis	129
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	129
	lid 1 Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbepaling	129
	lid 2 Hulpmiddelen voor anticonceptie	130
	lid 3 Loophulpmiddelen	130
	lid 4 Plaswekker	130
	lid 5 Steunpessarium	130
	lid 6 Steunzolen	130
	lid 7 Verbandmiddelen	130
Artikel 9	Ziekenvervoer	130
Artikel 10	Reiskosten ziekenbezoek	130
Artikel 11	Mondzorg	131
Artikel 12	Overige behandelingen en therapieën	131
	lid 1 Acnebehandeling	131
	lid 2 Camouflagetherapie	131
	lid 3 Diëtist	131
	lid 4 Elektrische epilatie of laserbehandeling	132
	lid 5 Ergotherapie	132
	lid 6 In-vitrofertilisatie (ivf)	132
	lid 7 Aanvullende diagnostiek bij borstkanker	132
	lid 8 Lymfoedeem- en littekentherapie	132
	lid 9 Orthoptie	132
	lid 10 Overgangsconsulente	132
	lid 11 Pedicure	132
	lid 12 Plastische chirurgie	132
	lid 13 Podotherapie	132
	lid 14 Psoriasisdagbehandeling	132
	lid 15 Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)	133
	lid 16 Stottertherapie	133
Artikel 13	Verblijfkosten	133
	lid 1 Verblijf in een logeerkamer	133
	lid 2 Verblijf in een hospice	133
	lid 3 Therapeutisch kamp voor jongeren	133
	lid 4 Zorghotel	133
	lid 5 Kuuroord	133
Artikel 14	Huishoudelijke hulp	134
Artikel 15	Vervangende mantelzorg	134
Artikel 16	Kinderopvang	134
Artikel 17	Preventieve zorg	134
	lid 1 Gezondheidscheck-up	134
	lid 2 Griepvaccinatie	134
	lid 3 Lidmaatschap patiëntenvereniging	134
	lid 4 Preventiecurussen	135
	lid 5 Preventief medisch onderzoek	135
	lid 6 Programma's voor stoppen met roken	135

Artikel 18	Buitenland	135
lid 1	Nadere algemene bepalingen	135
lid 2	Onvoorziene zorg	136
lid 3	Aanvullende dienstverlening	136
lid 4	Regeling bij overlijden	137
lid 5	Voorziene zorg	138
Artikel 19	Zorg tijdens een ziekenhuisopname	138
Artikel 20	Zorg voor en na een ziekenhuisopname	139
Artikel 21	Zorg bij ziekenhuisopname in het buitenland	140
Artikel 22	Ongevallendeckking	141
lid 1	Nadere begripsomschrijvingen	141
lid 2	Wat is verzekerd?	141
lid 3	Nadere uitsluitingen	141
lid 4	Omvang van de uitkering	142
lid 5	Vaststelling uitkeringspercentage	143
lid 6	Bestaande gezondheidstoestand	143
lid 7	Medische expertise	143
lid 8	Wat te doen na een ongeval?	143
 Deel C Zorgdiensten		
VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg		145
De Zorgconsulent ondersteunt u		145
eHealth		145
Kraamzorg		145
Taxivervoer		146
Artsen Alarm Service		146
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval		146

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgverzekering Excellent

Als er volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de VvAA zorgverzekering Excellent een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de zorgverzekering Basis of die andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Voor de vergoeding van zorg in het buitenland geldt artikel 18. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Artikel 1

Geboortezorg

lid 1

Bevalling en kraamzorg

Na een bevalling heeft de moeder aanspraak op vergoeding van de volgende kosten tezamen tot maximaal € 550,-:

- de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de kosten van couveusenazorg na thuiskomst van een pasgeborene die minimaal 5 dagen op de couveuseafdeling heeft gelegen of op de couveuseafdeling heeft gelegen tijdens een ziekenhuisopname van minimaal 8 dagen. De zorg bestaat uit noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies over de verzorging van en de omgang met het kind;
- de kosten van uitgestelde of aanvullende kraamzorg.
Er is sprake van uitgestelde kraamzorg als de kraamzorg niet start binnen 10 dagen na de geboorte. Deze kraamzorg bestaat altijd uit minder zorguren en -dagen dan de reguliere kraamzorg.
Er is sprake van aanvullende kraamzorg als er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan waarop aanspraak bestaat volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering.

Bij uw declaratie van kosten van couveusenazorg, uitgestelde of aanvullende kraamzorg stuurt u een verklaring mee van uw behandelend arts of verloskundige waaruit de medische indicatie voor deze (extra) zorg blijkt.

De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 2

Kraampakket

De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket, geleverd via de VvAA kraamzorg service. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

lid 3

Lactatiekundige

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een lactatiekundige.

lid 4

Bevalling-tens

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van een bevalling-tens tot maximaal € 75,-. Een bevalling-tens is een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling. De VvAA zorgconsulent biedt op verzoek ondersteuning bij het regelen ervan (zie deel C).

lid 5

Zorg bij adoptie

Bij adoptie van een kind jonger dan twaalf maanden vergoedt de zorgverzekeraar de volgende kosten tezamen tot maximaal € 550,-:

- de kosten van kraamzorg;
- de eigen bijdrage voor kraamzorg volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de kosten van medische screening door een kinderarts.

Als beide ouders verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar bestaat één keer aanspraak op deze vergoedingsregeling.

De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor staat in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 2 Beweegzorg

lid 1

Fysiotherapie en oefentherapie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut;
- een kinderfysiotherapeut;
- een manueel therapeut, waarvan maximaal 18 behandelingen manuele therapie;
- een oefentherapeut Mensendieck;
- een oefentherapeut Cesar;
- een bekkenfysiotherapeut;
- een oedeemfysiotherapeut;
- een geriatriefysiotherapeut;
- een psychosomatisch fysiotherapeut.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als de zorgverzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft gegeven. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2

Overige therapieën voor houding en beweging

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende behandelingen tezamen tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar:

- chiropractie door een chiropractor;
- manuele therapie E.S.® door een therapeut die lid is van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- osteopathie door een osteopaat;
- sportmedisch onderzoek, sportmedisch- en inspanningsadvies, sportmedische begeleiding, preventief medisch onderzoek en sportkeuring (alle) door een sportarts.

lid 3

Beweegprogramma's

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende beweegprogramma's:

- een beweegprogramma dat is gecertificeerd door het KNGF en dat is voorgeschreven door de behandelend arts. Het beweegprogramma is gericht op genezing en herstel, het voorkomen van verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte;
- een revalidatieprogramma bij kanker dat gericht is op het verminderen van en leren omgaan met restklachten door kanker of de daarvoor ondergane behandelingen. Het programma bestaat uit lichaamstraining om uw conditie te verbeteren en dient ter ondersteuning van uw herstel. Ook is er aandacht voor onderwerpen zoals omgaan met stress, weer aan het werk gaan en voeding. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van het programma gedurende maximaal 3 maanden, waarbij u maximaal twee keer per week in groepsverband traint. Het programma is voorgeschreven door de behandelend arts en wordt gegeven door een fysiotherapeut of een oefentherapeut;
- een beweegprogramma volgens de methode van *CytoFys*, *OncoMove* of *Sportplan Tegenkracht* tijdens een chemotherapiebehandeling. Het beweegprogramma is voorgeschreven door de behandelend arts en een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum verzorgt de begeleiding;

- een beweegprogramma op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:
 1. een BMI van minimaal 30 kg/m² (obesitas), of
 2. een BMI van 25-30 kg/m² (overgewicht) in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht.

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of een thuiszorgorganisatie. Het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde leefstijl, zodanig dat u na drie á vier maanden kunt doorstromen naar het reguliere sportaanbod. Het beweegprogramma kan onderdeel uitmaken van een gecombineerde leefstijlinterventie, waarvan andere componenten, zoals diëtetiek en gedragsverandering, geheel of gedeeltelijk volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering worden vergoed. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C);

- Senioren Fitzwemmen of 50-Fit zwemmen. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 50,- per kalenderjaar. De training is gericht op senioren en bedoeld als ondersteuning van gezondheid en conditie, lenigheid, spierkracht en coördinatie.

Artikel 3

Generalistische basis-ggz

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar de kosten van generalistische basis-ggz bij behandeling van aanpassingsstoornissen of in verband met werk- of relatieproblemen. De regiebehandelaar is een BIG-geregistreerde gezondheidszorgpsycholoog, een BIG-geregistreerde klinisch psycholoog, een NIP- of SKJ-geregistreerde kinder- en jeugdpsycholoog of een NVO- of SKJ-geregistreerde orthopedagoog-generalist.

Voor generalistische basis-ggz is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van verblijf.

Hulp aan jeugdigen met psychische problemen is een voorziening op grond van de Jeugdwet. U kunt een beroep doen op deze dekking als u niet in aanmerking komt voor hulp op grond van de Jeugdwet.

Artikel 4

Farmaceutische zorg

lid 1

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- geregistreerde zelfzorggeneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- melatonine die alleen op voorschrift van een arts bij de apotheek verkrijgbaar is (0,3 mg of meer per eenheid). De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van vrij (zonder recept) verkrijgbare melatonine.

De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Voor de vergoeding van:

- geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen geldt artikel 5, lid 3;
- vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 6.

lid 2

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);

- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;
- het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage als er een terugbetalingsregeling is. Voor bepaalde geneesmiddelen heeft de fabrikant ervan een terugbetalingsregeling. Dan vergoedt de fabrikant het geneesmiddel als dat niet onder de zorgverzekering Basis valt of de wettelijke eigen bijdrage. Als er zo'n regeling is dan vergoedt de zorgverzekeraar het geneesmiddel of de wettelijke eigen bijdrage niet. Dit is ook zo als de fabrikant bepaalt dat u de kosten eerst bij uw ziektekostenverzekeraar in rekening moet brengen.

Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een arts-acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 1.250,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een consult bij of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder een acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen.
- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 750,- per kalenderjaar de kosten van:
- geregistreerde homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. De homeopathische of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts of behandelaar en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
 - met de behandeling samenhangend (laboratorium)onderzoek, voorgeschreven door de in lid 1 en 2 bedoelde arts of behandelaar.

Artikel 6 Vaccinaties

De zorgverzekeraar vergoedt bij een reis naar het buitenland de kosten van vaccinaties ter voorkoming van infectieziekten en van preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van malaria.

Artikel 7 Hulpmiddelen zorgverzekering Basis

De zorgverzekeraar vergoedt:

- de wettelijke eigen bijdragen;
- de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding van de zorgverzekering Basis wordt overschreden.

De wettelijke eigen bijdragen en de maximale vergoeding voor een pruik vindt u in het *Reglement Hulpmiddelen 2018*, dat onderdeel uitmaakt van de zorgverzekering Basis. Het reglement kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

- lid 1 **Brillenglazen, (contact)lenzen of ooglaserbehandeling**
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur, versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking en ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 500,- per twee opeenvolgende kalenderjaren. Voor de maximale vergoeding in dit jaar telt de vergoeding in het vorige kalenderjaar mee. Wij vergoeden dus nooit meer dan de maximale vergoeding min de vergoeding in het vorige jaar.

- lid 2 **Hulpmiddelen voor anticonceptie**
Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden.
- lid 3 **Loophulpmiddelen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van aanschaf of huur van:
- elleboogkrukken;
 - loophulpen met drie of vier poten;
 - looprekken;
 - rollators;
 - serveerwagens.
- De hulpmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- De vergoeding voor alle loophulpmiddelen tezamen bedraagt maximaal € 200,- per kalenderjaar.
- lid 4 **Plaswekker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief sensorbroekjes).
- lid 5 **Steunpessarium**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.
- lid 6 **Steunzolen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van steunzolen, geleverd door een orthopedisch schoentechnicus.
- lid 7 **Verbandmiddelen**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts. De verbandmiddelen zijn voorgeschreven door een arts en geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Artikel 9 **Ziekenvervoer**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van ziekenvervoer binnen Nederland als het vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering en u om medische redenen geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

De zorgverzekeraar vergoedt:

1. de eigen bijdrage volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
2. € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
3. taxivervoer.

Bij de declaratie voegt u een verklaring van uw behandelend arts waaruit blijkt om welke medische reden u geen gebruik kunt maken van het openbaar vervoer.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed. Ook niet de kosten van vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen en de begeleider alleen terugreist.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan de zorgverzekeraar het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 10 **Reiskosten ziekenbezoek**

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland of in een ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens is opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De zorgverzekeraar vergoedt € 0,27 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Artikel 11 Mondzorg

lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist.

Als u 18 jaar of ouder bent, moet de zorgverzekeraar vooraf toestemming hebben gegeven. U moet hiervoor een schriftelijke toelichting van de zorgverlener, een behandelplan en een begroting (laten) indienen bij de zorgverzekeraar.

lid 2 Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen.

lid 3 Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 1.600,- per kalenderjaar. Een tandarts of mondhygiënist verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen.

lid 4 Voor tandheelkundige behandeling die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt de zorgverzekeraar maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

De zorgverzekeraar verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft gegeven. Dit geldt niet voor acute zorg.

lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- volledige narcose;
- het bleken van elementen;
- het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Artikel 12 Overige behandelingen en therapieën

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 1 **Acnebehandeling**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling van acne door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist, op voorschrift van de behandelend dermatoloog (huidarts). Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moet het bij u vastgestelde zorgprofiel vermeld staan. Het zorgprofiel beschrijft het soort acne, de zorgbehoefte, aantal en type behandelingen en welke behandelaar de zorg verleent.

lid 2 **Camouflagetherapie**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. Op de declaratie moeten de kosten van instructielessen en van cosmetische producten apart vermeld staan.

lid 3 **Diëtist**

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting en advisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van:

- dieetpreparaten en voedingsmiddelen;
- behandeling van overgewicht bij verzekerden van 18 jaar of ouder met een BMI van 25-30 kg/m² zonder co-morbiditeit of (familiaire) risicofactoren. Kosten van deze zorg vergoedt de zorgverzekeraar als preventiecursus (artikel 17, lid 4).

- lid 4 **Elektrische epilatie en laserbehandeling**
Bij overmatige haargroei in het gezicht vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling. Een medisch specialist, huidtherapeut of schoonheidsspecialist verleent de zorg, op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie. De vergoeding bedraagt maximaal € 2.000,- voor de looptijd van de verzekering.
- lid 5 **Ergotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.
- lid 6 **In-vitrofertilisatie (ivf)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een vierde en volgende pogingen ivf per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar. De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven.
- lid 7 **Aanvullende diagnostiek bij borstkanker**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van MammaPrint of van Oncotype DX, op voorschrift van de behandelend medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint en Oncotype DX zijn diagnostische testen voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.
- lid 8 **Lymfoedeem- en littekentherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de behandeling door een huidtherapeut van:
 - ernstig lymfoedeem;
 - ernstig littekenweefsel van de huid.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen als de aandoening leidt tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit of een negatief effect heeft op het dagelijks functioneren.
- lid 9 **Orthoptie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthoptische zorg door een orthoptist tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar. De zorg moet voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts of medisch specialist.
- lid 10 **Overgangsconsulente**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voorlichting, advies en zorg tijdens de menopauze door een overgangsconsulente. De overgangsconsulente is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VOC).
- lid 11 **Pedicure**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van voetverzorging door een pedicure bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis, en van de daarbij geleverde orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetverzorging geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld. Op de nota moet de aandoening vermeld staan en als het om diabetische voetverzorging gaat, ook het vastgestelde zorgprofiel.
- lid 12 **Plastische chirurgie**
Als de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft gegeven, vergoedt zij de kosten van:
 - het corrigeren van standsafwijkingen van de oren (flaporen) bij kinderen tot 18 jaar;
 - plastische en reconstructieve chirurgie bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Voor een toelichting op de vergoeding van plastisch chirurgische behandelingen kunt u de brochure *Plastische chirurgie 2018* raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. U kunt de brochure ook aanvragen bij het Vvaa service center.
- lid 13 **Podotherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg door een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar ook de vervaardigde podotherapeutische zolen, orthesen en nagelbeugels. Als sprake is van diabetische voetverzorging geldt dat bij u een zorgprofiel 1 is vastgesteld.
- lid 14 **Psoriasisdagbehandeling**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.

- lid 15 **Sterilisatie en refertilisatie (hersteloperatie)**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van sterilisatie en de kosten voor het ongedaan maken ervan.
- lid 16 **Stottertherapie**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van stottertherapie bij een instituut voor stottertherapie.

Artikel 13 **Verblijfkosten**

- lid 1 **Verblijf in een logeerhuis**
- Als u jonger bent dan 18 jaar en wordt behandeld in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage voor verblijf van uw meeverzekerde ouder(s) in een Ronald McDonald Huis of in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis.
 - Als u 18 jaar of ouder bent en bent opgenomen in een ziekenhuis, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf van uw meeverzekerde gezinslid in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis gedurende de periode van uw opname.
 - Als u aansluitend op een transplantatie of een oncologische behandeling zelf in een aan het ziekenhuis verbonden logeerhuis moet verblijven, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van het verblijf van uzelf en een begeleider.
- lid 2 **Verblijf in een hospice**
De zorgverzekeraar vergoedt:
- de eigen bijdrage voor verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis voor maximaal drie maanden. Het verblijf is geïndiceerd door Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), huisarts of behandelend medisch specialist;
 - de extra kosten van aanvullende faciliteiten die horen bij uw verblijf in een hospice als dat verblijf gedekt is volgens de zorgverzekering Basis (eerstelijns verblijf of geriatrische revalidatie). Met aanvullende faciliteiten bedoelt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld meer keuze bij de maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, krant, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Daaronder valt (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).
- De zorgverzekeraar vergoedt geen:
- eigen bijdrage volgens de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo);
 - eigen risico voor verblijf volgens de zorgverzekering Basis.
- lid 3 **Therapeutisch kamp voor jongeren**
De zorgverzekeraar vergoedt de eigen bijdrage van een therapeutisch kamp voor jongeren met astma, diabetes mellitus, overgewicht, constitutioneel eczeem of een oncologische aandoening.
- lid 4 **Zorghotel**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verblijf in een door de zorgverzekeraar erkend zorghotel (ook wel herstellingsoord). Het verblijf is bedoeld voor herstel na een lichamelijke ziekte of een daaraan verbonden medische behandeling zonder dat een tijdelijke opname in verband met huisartsenzorg (eerstelijns verblijf) geïndiceerd is. Het verblijf vindt plaats op verwijzing van de behandelend arts en de zorgverzekeraar heeft vooraf toestemming gegeven. Een overzicht van de erkende zorghotels kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.
- De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van aanvullende faciliteiten die horen bij uw verblijf in een zorghotel als de zorgverzekering Basis dat verblijf vergoedt (eerstelijns verblijf of geriatrische revalidatie). Met aanvullende faciliteiten bedoelt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld meer keuze bij de maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, krant, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Daaronder valt (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).
- lid 5 **Kuuroord**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling en verblijf in een kuuroord als u lijdt aan reumatoïde artritis of psoriasis, tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Artikel 14 Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp is een voorziening volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). Als u niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp voor maximaal 30 uren als:

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal vier dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C), en
- de VvAA zorgconsulent de huishoudelijke hulp regelt.

De eigen bijdragen volgens de Wmo worden niet vergoed.

Artikel 15 Vervangende mantelzorg

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) voorziet in ondersteuning en waar nodig tijdelijk vervanging van de mantelzorgers. Als u of uw mantelzorger niet in aanmerking komt voor deze Wmo-voorziening, kunt u een beroep doen op de dekking volgens dit artikel.

Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt de zorgverzekeraar vervangende mantelzorg voor maximaal 24 dagen per kalenderjaar. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 16 Kinderopvang

Als u als ouder in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar vanaf de vierde opnamedag de kosten van kinderopvang. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. De vergoeding bedraagt maximaal € 25,- per werkdag per meeverzekerd kind tot de leeftijd van 12 jaar met een maximum van 60 werkdagen. Een door de bevoegde instantie erkende instelling verleent de kinderopvang. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

Artikel 17 Preventieve zorg

lid 1 Gezondheidscheck-up

Na bemiddeling door de VvAA zorgconsulent vergoedt de zorgverzekeraar een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.

Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 2 Griepvaccinatie

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.

lid 3 Lidmaatschap patiëntenvereniging

De zorgverzekeraar vergoedt de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in) of MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid. De zorgverzekeraar vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.

lid 4

Preventiecurssussen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurssussen tezamen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De *Lijst erkende preventiecurssussen 2018* kunt u aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

lid 5

Preventief medisch onderzoek

De zorgverzekeraar vergoedt tot maximaal € 750,- per kalenderjaar de kosten van:

- preventief medisch onderzoek;
- farmacogenetisch onderzoek, bij behandeling met een voor u nieuw geneesmiddel, op advies van de arts die u behandelt en volgens de adviezen van de KNMP.

Uitgesloten zijn de kosten van:

- een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever;
- preventief medisch onderzoek door een sportarts. Voor de vergoeding van deze kosten geldt artikel 2, lid 2.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent (zie deel C).

lid 6

Programma's voor stoppen met roken

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de volgende programma's voor stoppen met roken:

- lasertherapie;
- Allen Carr-training;
- video training, e-mail training of open training van één dag, volgens de methode De Opluchting.

Artikel 18 Buitenland

U moet contact opnemen met de Artsen Alarm Service voordat u kosten maakt als bedoeld in dit artikel, tenzij dit redelijkerwijs niet mogelijk is. Als dit niet is gedaan, kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Dit geldt niet voor de dekking in lid 5.

U kunt daarnaast contact opnemen voor advies over geneeskundige zorg.

De Artsen Alarm Service is altijd bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)30 241 29 08. De zorgverzekeraar vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar de Artsen Alarm Service.

lid 1

Nadere algemene bepalingen

Wie zijn verzekerd?

Verzekerd zijn de personen zo genoemd op het polisblad, als zij ook een zorgverzekering hebben als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

Waar bent u verzekerd?

U bent in het buitenland verzekerd. In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen als sprake is van minimaal één betaalde overnachting. De voorwaarde dat sprake moet zijn van minimaal één betaalde overnachting geldt niet bij voorziene zorg.

Voor hoe lang bent u verzekerd?

U bent verzekerd als u voor een periode van maximaal 180 dagen naar het buitenland vertrekt (dit geldt niet bij voorziene zorg). U bent voor dezelfde periode verzekerd in uw woonland, buiten uw woonplaats, als sprake is van minimaal één betaalde overnachting.

Eisen voor zorgverleners

Bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener zijn ingeschreven in de door de overheid gehanteerde registers. Zonder zo'n register moet de zorgverlener ingeschreven staan in het eventuele register van de erkende beroepsgroep. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

Medische gegevens

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van behandeling of repatriëring.

Marktconform bedrag

Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is gelet op het bedrag dat andere zorgverleners in het land van behandeling rekenen.

Wisselkoers

De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij geldt de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

(Zieken)vervoer

Voor zover hierna sprake is van (zieken)vervoer vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van passend vervoer. Bij vliegen worden vergoed de kosten van de economy class, tenzij dit redelijkerwijs onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoedt de zorgverzekeraar € 0,27 per kilometer. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Verblijf

Voor zover hierna sprake is van (zieken)vervoer vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van verblijf (daaronder begrepen overnachting en maaltijden) in de hierna genoemde gevallen, tot maximaal € 150,- per persoon per dag.

lid 2

Onvoorziene zorg

Bij acute ziekte of ongeval van verzekerde vergoedt de zorgverzekeraar, na contact met Artsen Alarm Service, de kosten van:

- zorg die voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen voor zover de kosten onder de zorgverzekering Basis vallen en hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere ziektekostenverzekering maakt hiervan deel uit;
- zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt;
- in Nederland of in het buitenland geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering;
- middelen die in Nederland geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel tot maximaal € 350,- per kalenderjaar;
- bij de behandeling horende hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- het ziekenvervoer van verzekerde naar en van de zorgverlener.

Repatriëring

De zorgverzekeraar vergoedt:

- bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte de medisch noodzakelijke repatriëring van verzekerde naar het door de Artsen Alarm Service aangewezen land, met de voorgeschreven medische begeleiding;
- de noodzakelijke extra kosten van verblijf van de te repatriëren verzekerde als repatriëring om medische reden noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
- eenmalig de kosten van vervoer en verblijf voor bezoek aan de te repatriëren verzekerde van één persoon als repatriëring om medische reden noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
- de extra kosten van vervoer als u door ziekte of letsel niet met het geplande vervoersmiddel naar huis kan terugkeren.

De Artsen Alarm Service regelt het vervoer en verblijf voor u.

lid 3

Aanvullende dienstverlening

Opsporing en redding

Als u vanwege ziekte of ongeval in een noodsituatie belandt waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten hiervan tot maximaal € 25.000,-.

Vervoer naar ziekenhuis bij opname en verblijf voor onvoorziene zorg

Vervoer en verblijf verzekerde bij opname reisgenoot

De zorgverzekeraar vergoedt de extra kosten van vervoer en verblijf van verzekerde als een reisgenoot in het ziekenhuis is opgenomen of door andere medische redenen niet naar huis kan terugkeren.

Vervoer en verblijf verzekerde reisgenoten

De zorgverzekeraar vergoedt de extra kosten van vervoer van verzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis waar verzekerde is opgenomen. Ook worden vergoed de extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten in verband met de ziekenhuisopname van verzekerde.

Vervoer en verblijf bezoekers

De volgende vergoeding geldt alleen bij een opname van verzekerde die naar verwachting langer dan 5 dagen duurt of bij een levensbedreigende situatie. De zorgverzekeraar vergoedt eenmalig de extra kosten van vervoer en verblijf van maximaal twee personen voor bezoek aan verzekerde. Kosten van verblijf worden vergoed tot maximaal 8 dagen. Daarna alleen als verzekerde om medische redenen niet in staat is om terug te keren naar huis, tot maximaal 15 dagen.

Eerder terugkeren

Als sprake is van:

1. ziekte of ongeval van u of een reisgenoot waardoor de geplande bestemming niet kan worden bereikt;
 2. ernstig ziek worden of ernstig gewond raken van een reisgenoot door een ongeval;
 3. overlijden van een reisgenoot (bij overlijden van een verzekerde reisgenoot: zie lid 4);
 4. overlijden, constatering van een ernstige ziekte bij of een ernstig ongeval van een familielid in de 1e of 2e graad of huisgenoot van verzekerde;
 5. ernstige materiële schade aan de woning, inboedel of het bedrijf van verzekerde;
- dan vergoedt de zorgverzekeraar eenmalig:
- de extra kosten van vervoer en verblijf die u moet maken in verband met uw terugreis, en
 - de kosten voor het terugreizen naar uw geplande bestemming binnen de oorspronkelijke reisduur.

De Artsen Alarm Service regelt het vervoer en verblijf voor u.

Regeling bij familieomstandigheden in woonland

In afwijking hiervan geldt het volgende als u in uw woonland verblijft. In een geval als bedoeld onder 4 worden de kosten vergoed van nodig vervoer binnen het woonland tot maximaal € 500,- per gebeurtenis.

Vervangende chauffeur

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een vervangende chauffeur. Dit geldt als:

- het gebruikte motorrijtuig nog goed rijdt, en de bestuurder niet in staat is om te rijden, en
- de andere reisgenoten het motorrijtuig (redelijkerwijs) niet kunnen besturen.

Reist u met een eigen motorrijtuig, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van de vervangende chauffeur tot de woonplaats. Reist u met een gehuurd motorrijtuig, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van de vervangende chauffeur naar de dichtstbijzijnde inleverplaats.

De Artsen Alarm Service regelt de inzet van een vervangende chauffeur.

Garantie, voorschotbetalingen en toezending geneesmiddelen

De Artsen Alarm Service regelt op uw verzoek:

- garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de zorgverlener, als de kosten vergoed worden uit de zorgverzekering Basis of Excellent;
- de nodige voorschotbetalingen, als de kosten vergoed worden zoals hiervoor is omschreven;
- indien mogelijk toezending van noodzakelijke geneesmiddelen als deze niet ter plaatse zijn te verkrijgen, als de kosten vergoed worden zoals hiervoor is omschreven.

lid 4

Regeling bij overlijden

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

- vervoer van het stoffelijk overschot naar het land van keuze van de nabestaanden, of begrafenis of crematie en overkomst inclusief terugreis van familieleden in de 1e of 2e graad tot maximaal € 7.500,-;
- de extra kosten van vervoer in verband met de terugreis en extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, met een maximum van 30 dagen;
- de kosten van vervoer en verblijf gedurende maximaal 7 dagen van 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats waar de overleden verzekerde ligt opgebaard, inclusief terugreis;
- de kosten van vervoer en verblijf gedurende maximaal 7 dagen van één persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan.

De Artsen Alarm Service regelt het vervoer en het verblijf.

Voorziene zorg*Medisch-specialistische zorg in België of Duitsland*

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg volgens artikel 6 van deel B van de zorgverzekering Basis, die is verleend in een ziekenhuis in België of Duitsland. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit.

U moet voorafgaand aan de behandeling contact opnemen met de VvAA zorgconsulent, die u begeleidt bij uw keuze voor een zorgverlener.

Uitsluitingen

Van bovenstaande vergoeding zijn uitgesloten kosten voor:

- Medisch-specialistische zorg voor inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon (supplementen) (België) of kosten die hieruit voortvloeien;
- alternatieve zorg.

De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van ziekenvervoer als dit plaatsvindt voor een behandeling waarvan de kosten vergoed worden volgens dit lid. De zorgverzekeraar vergoedt het ziekenvervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis in België of Duitsland.

Overige zorg in een EU-/EER-land of verdragsland

Van bovenstaande vergoeding zijn uitgesloten de kosten:

- die volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of in Nederland geldende marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;
- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Behandeling in een land dat geen EU-/EER-land is en geen verdragsland

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Artikel 19 Zorg tijdens een ziekenhuisopname

Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar de hierna volgende kosten, gemaakt tijdens uw verblijf, tezamen tot maximaal € 2.500,- per kalenderjaar. Het moet gaan om een meerdaagse opname die medisch noodzakelijk is voor medisch-specialistisch onderzoek of behandeling. Daarbij gaat het niet om een ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

1. De kosten van verblijf in een eenpersoonskamer. Als het ziekenhuis wel eenpersoonskamers heeft, maar u er geen gebruik van kunt maken bij uw meerdaagse opname, heeft u recht op een uitkering van € 75,- per opnamedag. De zorgverzekeraar keert dat bedrag uit na ontvangst van een ingevuld formulier *Privékamer* met daarbij een opgave van de opnamedagen door het ziekenhuis. U kunt dit formulier downloaden van www.vvaa.nl/zorgverzekering of opvragen bij het VvAA service center.
2. De kosten van een extra bed op de kamer voor het verblijf van uw partner.
3. De kosten van een luxepakket (ook wel comfortservice genoemd), dat door het ziekenhuis wordt aangeboden. De invulling van het luxepakket is afhankelijk van wat het betreffende ziekenhuis aanbiedt en kan bestaan uit:
 - telefoneren binnen Nederland (alleen bij gebruik van het toestel dat op de kamer aanwezig is);
 - koelkast gevuld met diverse dranken;
 - krant of tijdschrift;
 - koffie en thee voor het bezoek;
 - luxe maaltijden of een extra verstrekking van een snack;
 - gebruik van televisie en internetaansluiting.
4. De kosten van de maaltijd van uw partner als hij of zij bij u op de kamer verblijft.

Op www.vvaa.nl/zorgverzekering vindt u een overzicht van ziekenhuizen met eenpersoonskamers of comfort-services. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

Als u bent verwezen naar een medisch specialist met klachten waarvoor u een opname verwacht, dan informeert de VvAA zorgconsulent u vooraf over de comfort-mogelijkheden in de verschillende ziekenhuizen. De VvAA zorgconsulent is te bereiken tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67.

Artikel 20 **Zorg voor en na een ziekenhuisopname**

- lid 1 Als u van tevoren weet dat u in een ziekenhuis in Nederland wordt opgenomen, heeft u recht op hulp van de VvAA zorg assistent. De VvAA zorg assistent:
- neemt vooraf contact met u op voor een intake;
 - regelt desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
 - is desgewenst bij de opname in het ziekenhuis aanwezig en maakt u wegwijs in het ziekenhuis;
 - beantwoordt uw zorgvragen;
 - kan desgewenst telefonisch contact met u houden, overleggen met de (medische) staf, u bezoeken en bemiddelen in thuiszorg, kinderopvang of voor hulpmiddelen;
 - begeleidt u bij ontslag;
 - regelt desgewenst het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis.

- lid 2 Als u onverwacht wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, heeft u recht op hulp van de VvAA zorg assistent zoals genoemd in lid 1, onder d tot en met g.

- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vervoer naar en van een ziekenhuis binnen Nederland:
- bij gebruik van de auto € 0,27 per gereden kilometer. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
 - bij taxivervoer volledig, als gebruik wordt gemaakt van een door de zorgverzekeraar gecontracteerd taxibedrijf. Voor het aanvragen van taxivervoer, voor zover dat niet is geregeld door de VvAA zorg assistent, kunt u contact opnemen met het door de zorgverzekeraar gecontracteerde taxibedrijf, te bereiken op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Het vervoer vindt plaats voor een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 19 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname in Nederland). Als de kosten van vervoer (gedeeltelijk) vanuit een andere (aanvullende) (zorg)verzekering worden vergoed, vergoedt de zorgverzekeraar alleen de aanvulling op die vergoeding tot maximaal de in dit artikel omschreven dekking. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

- lid 4 Als sprake is van een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 19, heeft u ook aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal 2 overnachtingen voor uzelf in een logeerhuis, zorghotel of andere (betaalde) mogelijkheid tot overnachting naast of in de buurt van het ziekenhuis in aansluiting op een ziekenhuisopname. Hierdoor kunt u nog een extra dag herstellen in de buurt van het ziekenhuis, bijvoorbeeld als u het gevoel heeft dat het ontslag wat vroeg komt.

Als u 's ochtends vóór 10 uur in het ziekenhuis aanwezig moet zijn en u woont meer dan 50 km bij het ziekenhuis vandaan, kunt u er ook voor kiezen om één hotelovernachting voorafgaand aan de ziekenhuisopname te gebruiken.

De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 100,- per overnachting.

- lid 5 Als sprake is van een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 19, kunt u aanspraak maken op aanvullende zorg en dienstverlening door de VvAA zorgconsulent bij ontslag uit het ziekenhuis. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan:
- maaltijdservice (ook dieet-maaltijden);
 - hulpmiddelen die u mogelijk thuis nodig heeft bij een voorspoedig herstel. Dit kunnen hulpmiddelen zijn ter ondersteuning van uw mobiliteit, zoals een (tijdelijke) rollator of krukken, of ter ondersteuning van de verzorging, zoals een hoog-laagbed of douche-stoel;
 - ondersteuning in het huishouden na ontslag naar huis. De Zorgconsulent bekijkt aan welke ondersteuning u behoefte heeft. Dit kan huishoudelijke hulp zijn, vervangende mantelzorg, kinderopvang of andere hulp.

U kunt contact opnemen met de VvAA zorgconsulent om deze ondersteuning te regelen tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67. De kosten van de ingezette zorg, diensten of hulpmiddelen worden soms vergoed uit uw zorgverzekering Basis of aanvullende verzekering. De maaltijdservice, hulpmiddelen of aanvullende zorg die niet gedekt zijn door een andere verzekering, vergoedt de zorgverzekeraar. Belt u met de VvAA zorgconsulent voor overleg over de mogelijkheden. De Zorgconsulent regelt de zorg voor u.

lid 6 Als u na een ziekenhuisopname wordt opgenomen in een verpleeghuis, zorghotel of andere instelling voor geriatrische revalidatie, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van aanvullende faciliteiten die horen bij uw verblijf. De kosten van het verblijf zelf worden vergoed uit de zorgverzekering Basis. Met aanvullende faciliteiten bedoelt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld meer keuze bij de maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, krant, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Daaronder valt (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).

De zorgverzekeraar vergoedt deze kosten van aanvullende faciliteiten ook als u in een herstellingsoord of zorghotel wordt opgenomen in verband met eerstelijns verblijf zolang dat verblijf uit de zorgverzekering Basis wordt vergoed.

Artikel 21 **Zorg bij ziekenhuisopname in het buitenland**

Als u voor een opname in het buitenland aanspraak maakt op de vergoedingen zoals bedoeld in artikel 19 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname), dan geldt het maximumbedrag van € 2.500,- per kalenderjaar voor alle opnames, in zowel Nederland als het buitenland, tezamen.

Als u gebruik maakt van een privékamer in België, Duitsland of een ander land, heeft dit soms ook gevolgen voor de kosten van uw behandeling. Zo rekent een medisch specialist (in Duitsland Chefarzt) vaak hogere (loon)kosten. De meerkosten van loon en behandeling vallen niet onder deze dekking. Die kosten blijven voor uw eigen rekening.

lid 1 **Opname in een ziekenhuis in België of Duitsland**

Als u in Nederland woont en bij een medisch noodzaak tot ziekenhuisopname (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) kiest voor opname in een ziekenhuis in België of Duitsland, dan kunt u aanspraak maken op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 19 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan de zorgverzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

Daarnaast kunt u aanspraak maken op de vergoedingen en dienstverlening zoals beschreven in artikel 20 (Zorg voor en na een ziekenhuisopname), lid 3 tot en met 5.

Als u in België of Duitsland woont en wordt opgenomen in een ziekenhuis (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) in uw woonland, bestaat aanspraak op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 19 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan de zorgverzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

Daarnaast kunt u aanspraak maken op de vergoedingen en dienstverlening zoals beschreven in artikel 20 (Zorg voor en na een ziekenhuisopname), lid 3 en 4.

lid 2 **Opname in een ander (buiten)land**

Als u in het buitenland, niet zijnde België of Duitsland, woont en wordt opgenomen in een ziekenhuis (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) in enig land bestaat aanspraak op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 19 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan de zorgverzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

Artikel 22 Ongevallendekking

lid 1 Nadere begripsomschrijvingen

Begunstiging

U bent de begunstigde voor alle uitkering(en). Bij overlijden wordt rechtstreeks uitgekeerd aan de nalatenschap.

Letsel

Een volgens objectieve normen geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, dat een direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval.

Ongeval

Een plotseling rechtstreeks op het lichaam inwerkend fysiek geweld, van buitenaf en buiten uw wil, dat letsel of overlijden tot gevolg heeft.

Onder ongeval valt ook:

- a. acute vergiftiging, behalve bij overmatig gebruik van genees-, genot-, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen;
- b. besmetting door ziekteverwekkers;
- c. het ongewild binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of oren;
- d. wondinfectie, bloedvergiftiging of tetanus ontstaan bij een ongeval;
- e. verstikking, verdrinking, zonnesteek, warmtestuwing, bevriezing, verbranding – behalve door inwerking van stralen – veretsing en elektrische ontlading;
- f. uitputting, verhongering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van een natuurramp;
- g. verstuijing, ontwrichting en verscheuring van spier- en bandweefsel, als het letsel plotseling is ontstaan;
- h. complicaties of verergering van letsel als rechtstreeks gevolg van een door een bevoegd geneeskundige geboden eerste hulpverlening of medisch noodzakelijke behandeling;
- i. letsel ontstaan bij rechtmatige zelfverdediging;
- j. moord, doodslag, mishandeling, of pogingen daartoe, gijzelingen en terreuractie;
- k. letsel ontstaan tijdens het als amateur beoefenen van sport, waaronder het voorbereiden van en deelnemen aan wedstrijden, behalve voor:
 - het bepaalde in lid 3 onder 1 j;
 - de sporten genoemd in lid 3 onder 1 k.

Niet als een ongeval of ongevalgevolg worden beschouwd: ingewandsbreuk (hernia) en uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleii pulposi).

lid 2 Wat is verzekerd?

Verzekerde bedragen

Per ongeval keert de zorgverzekeraar bij overlijden het verzekerde bedrag uit of bij blijvend (functie)verlies van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens maximaal het verzekerde bedrag.

Uitkering bij overlijden

Bij overlijden is het verzekerde bedrag € 5.000,-. De zorgverzekeraar keert dit bedrag uit bij overlijden door een ongeval.

Uitkering bij blijvend (functie)verlies

- a. Recht op uitkering:

Bij blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens keert de zorgverzekeraar maximaal € 20.000,- uit, als dit het gevolg is van een ongeval. Als de verzekerde voor vaststelling van de invaliditeit is overleden door een ongeval keert de zorgverzekeraar geen bedrag uit ter zake van blijvende invaliditeit.
- b. Reeds aanwezige onbruikbaarheid of gebrekkigheid:

Als functies, lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens al voor het ongeval onbruikbaar of gebrekkig waren, keert de zorgverzekeraar alleen een bedrag uit als het (functie)verlies of de onbruikbaarheid door het ongeval de voor het ongeval bestaande (functie)verliezen of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens te boven gaat.

lid 3 Nadere uitsluitingen

1. Er is geen dekking als het ongeval – mede – het gevolg is van:
 - a. een ziekelijke toestand of een geestelijke of lichamelijke afwijking;
 - b. een ziekelijke toestand door besmetting met ziekteverwekkers, met uitzondering van wat genoemd is in lid 1 in de begripsomschrijving van ongeval;
 - c. allergische reacties, anders dan door een gebeurtenis genoemd in lid 1 in de begripsomschrijving van een ongeval;

- d. zelfdoding of een poging daartoe;
- e. het (mede)plegen van een misdrijf;
- f. roekeloosheid, behalve bij letsel bij een poging tot redding van mens of dier of afwending van dreigend gevaar;
- g. het zo onder invloed verkeren van alcoholhoudende dranken of bedwelmende, opwekkende en soortgelijke stoffen dat men minder dan normaal voor zichzelf kon zorgen;
- h. een vechtpartij, behalve bij rechtmatige zelfverdediging;
- i. verblijf in een luchtvaartuig, tenzij u als passagier verbleef in een vliegtuig ingericht voor passagiersvervoer en bestuurd door een beroepspiloot en dit vliegtuig tijdens het ongeval gebruikt werd door:
 - een onderneming bevoegd tot exploitatie van een luchtvaartbedrijf;
 - een onderneming voor haar eigen bedrijf;
- j. sportbeoefening waarvoor betaling wordt ontvangen;
- k. beoefening van sporten met een verhoogd ongevalrisico, zoals boksen, worstelen, ijshockey, rugby, bergsport, bobsleeën, parasailing, hanggliding, parachutespringen, ijszeilen, skispringen, skivliegen en figuurspringen;
- l. voorbereidingen van en deelname aan snelheidswedstrijden of recordritten, bijvoorbeeld met motorrijtuigen, skelters, te paard, per rijwiel of per motorboot;
- m. het beroepsmatig werken met houtbewerkingsmachines;
- n. verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies is afgegeven;
- o. atoomkernreacties.

2. *Psychisch letsel*

Geen uitkering vindt plaats bij verlies van de geestelijke of kennende vermogens.

- a. Deze uitsluiting geldt niet als dit verlies, volgens algemeen aanvaarde neurologische opvattingen, is veroorzaakt door een aantoonbaar grove organische beschadiging van het centrale zenuwstelsel.
- b. Ook vindt geen uitkering plaats bij geheel of gedeeltelijk functieverlies of geheel of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens, als dit functieverlies of deze onbruikbaarheid het gevolg is van een psychische stoornis.

lid 4

Omvang van de uitkering

1. *Overlijden*

Bij overlijden keert de zorgverzekeraar het verzekerde bedrag uit. De zorgverzekeraar brengt een eventueel eerder verrichte uitkering voor blijvend (functie)verlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens hierop in mindering. De zorgverzekeraar vordert een eerdere uitkering niet terug.

2. *Blijvend (functie)verlies*

Bij blijvend (functie)verlies keert de zorgverzekeraar de hierna volgende percentages van het verzekerde bedrag uit tot maximaal het verzekerde bedrag.

- Bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van de volgende lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens:
 - een arm: tot in het schoudergewricht 75%
 - een arm: tot in het ellebooggewricht 65%
 - een arm: tussen elleboog- en schoudergewricht 65%
 - een arm: tussen pols en ellebooggewricht 60%
 - een hand: tot in het polsgewricht 60%
 - een been: tot in het heupgewricht 70%
 - een been: tot in het kniegewricht 60%
 - een been: tussen knie- en heupgewricht 60%
 - een been: tussen enkel- en kniegewricht 50%
 - een voet: tot in het enkelgewricht 50%
 - een duim 25%
 - een wijsvinger 15%
 - een middelvinger 15%
 - een ringvinger of pink 15%
 - bij blijvend volledig (functie)verlies of blijvende volledige onbruikbaarheid van meer dan één vinger van een hand keert de zorgverzekeraar maximaal 60% van het verzekerde bedrag uit.
 - een grote teen 10%
 - andere tenen dan de grote teen 5%
 - het gezichtsvermogen van een oog 30%
 - het gezichtsvermogen van beide ogen 100%
 - het gehoor van een oor 20%
 - het gehoor van beide oren 50%
 - het reuk- en smaakvermogen 20%
 - het verlies van het seksuele vermogen, behalve het bepaalde in lid 3 onder 2, 25%

- Bij de volgende letsels of combinatie van letsels:
totaal verlies van de geestelijke vermogens, behalve het bepaalde in lid 3 onder 2, 100%
verlies van beide armen of handen 100%
verlies van beide benen of voeten 100%
verlies van een arm of hand, samen met een been of voet 100%
- Bij gedeeltelijk (functie)verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens dat hiervoor is omschreven, keert de zorgverzekeraar een gedeelte van de genoemde uitkeringspercentages uit evenredig aan de mate van dat (functie) verlies. Dit gedeeltelijk (functie)verlies of de onbruikbaarheid wordt vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven. Gedeeltelijk verlies van de reuk of de smaak wordt niet als invaliditeit beschouwd.
- Bij blijvend functieverlies of blijvende onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens als gevolg van een (combinatie van) letsel(s) dat niet hiervoor is omschreven, geldt het volgende. Het uitkeringspercentage is gelijk aan het percentage blijvend (functie) verlies, vastgesteld volgens algemeen aanvaarde medische maatstaven. Daarbij blijven uw beroep of werkzaamheden buiten beschouwing.

lid 5 **Vaststelling uitkeringspercentage**

1. De zorgverzekeraar stelt het uitkeringspercentage vast op basis van de medische eindtoestand, zo mogelijk binnen twee jaar na het ongeval.
2. Als na de beëindiging van de geneeskundige behandeling nog geen sprake is van een medische eindtoestand, vergoedt de zorgverzekeraar de wettelijke rente over de uitkering vanaf de dag waarop de geneeskundige behandeling wordt beëindigd tot de dag waarop de uitkering plaatsvindt.
Als bij medisch onderzoek blijkt dat er nog geen medische eindtoestand is, vindt uiterlijk binnen vijf jaar na de ongevaldatum een nieuw medisch onderzoek in opdracht van de zorgverzekeraar plaats. De dan vast te stellen invaliditeit is de basis voor het bepalen van de uitkering.

lid 6 **Bestaande gezondheidstoestand**

1. Als de gevolgen van een ongeval worden vergroot door een ziekelijke toestand of door lichamelijke of geestelijke afwijkingen die al voor het ongeval bestonden, keert de zorgverzekeraar niet meer uit dan wanneer eenzelfde ongeval een persoon zonder die ziekte of afwijking zou zijn overkomen.
2. Het onder 1 bepaalde geldt niet als bedoelde omstandigheden uitsluitend en rechtstreeks een gevolg zijn van een eerder ongeval dat u is overkomen tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering.

lid 7 **Medische expertise**

Als de zorgverzekeraar medische expertise noodzakelijk acht om het uitkeringspercentage te kunnen vaststellen, bent u verplicht hieraan uw medewerking te verlenen. U moet zich daartoe door een door de zorgverzekeraar aan te wijzen arts laten onderzoeken of voor onderzoek laten opnemen in een door de zorgverzekeraar aan te wijzen instelling of inrichting. De medische expertise vindt in Nederland plaats. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten ervan.

lid 8 **Wat te doen na een ongeval?**

1. *Melding van een ongeval*
Van een ongeval dat tot uitkering kan leiden, geldt dat dit zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen dertig dagen, aan de zorgverzekeraar moet worden gemeld. Dit met een nauwkeurige omschrijving van het ongeval en zo mogelijk de oorzaak en de gevolgen.
2. *Verplichtingen na een ongeval*
 - a. U bent verplicht zich na een ongeval zo spoedig mogelijk onder geneeskundige behandeling te stellen en volledig aan uw herstel mee te werken;
 - b. U bent verplicht aan de zorgverzekeraar of aan een door de zorgverzekeraar aangewezen arts alle gewenste inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken;
 - c. De begunstigde(n) is/zijn verplicht toestemming te verlenen tot en medewerking te verlenen aan alle maatregelen die de zorgverzekeraar nodig acht voor de vaststelling van de doodsoorzaak (sectie).

3. De zorgverzekeraar heeft het recht uitkering te weigeren als de verplichtingen niet worden nagekomen. Als de melding later plaatsvindt dan bedoeld onder 1, behoudt u recht op uitkering als u kunt aantonen dat:
- het (functie)verlies of de onbruikbaarheid van lichaamsdelen of zintuiglijke vermogens uitsluitend het gevolg is van een ongeval;
 - de gevolgen van een ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid vergroot zijn;
 - u de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd;
 - de melding achterwege is gebleven als gevolg van buitengewone omstandigheden.

Deel C Zorgdiensten

VvAA zorgverzekering Excellent

VvAA zorgconsulent: van preventie tot nazorg

De VvAA zorgconsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de Zorgconsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst)bemiddeling. De Zorgconsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67 of via zorgconsulent@vvaazorgverzekering.nl.

De Zorgconsulent ondersteunt u

De Zorgconsulent ondersteunt u met onderstaande diensten.

Informatie, voorlichting en/of advies over:

- gezondheidszorg, gezond leven, voeding en bewegen;
- preventief gezondheidsonderzoek;
- preventiecurussen;
- zorgverlener(s), zoals huisarts, tandarts of psycholoog;
- mogelijke behandelmethoden bij een aandoening;
- patiëntenverenigingen.

Het regelen van:

- bevalling-tens, zie deel B, art. 1, lid 4;
- huishoudelijke hulp, zie deel B, art. 14;
- vervangende mantelzorg, zie deel B, art. 15;
- kinderopvang, zie deel B, art. 16;
- gezondheidscheck-up, zie deel B, art. 17, lid 1;
- preventief medisch onderzoek, zie deel B, art. 17, lid 5;
- eenpersoonskamer, zie deel B, art. 20, lid 1;
- specifieke arrangementen, zie deel B, art. 20, lid 3;
- inzet VvAA zorg assistent, zie deel B, art. 22;
- een telefoongesprek met een arts of diëtiste voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding.

Bemiddeling:

- voor het verkorten van de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname;
- bij een second opinion.

De VvAA zorgconsulent werkt zo zorgvuldig mogelijk. De Zorgconsulent is echter geen zorgverlener, stelt geen diagnose en verricht geen medische handelingen. De informatie van de Zorgconsulent vervangt ook geen medisch advies en de Zorgconsulent kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

eHealth

De zorgverzekeraar vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt volgens uw verzekering. Zo valt bijvoorbeeld telemonitoring bij hartfalen (het op afstand controleren van het hart met een computer) onder de basisverzekering en een online preventieprogramma onder de aanvullende verzekering. Ook zijn er verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg die via eHealth worden aangeboden en volgens de basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

Kraamzorg

Met vragen over kraamzorg, couveusenzorg en de aanvraag van het kraampakket kunt u contact opnemen met de VvAA kraamzorg service. De VvAA kraamzorg service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 06. Het aanvragen van reguliere kraamzorg kunt u ook regelen via www.vvaa.nl/zorgverzekering. Daar kunt u ook de inhoud van het kraampakket raadplegen.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 9 en 22 lid 3 van deel B. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Artsen Alarm Service

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, moet u contact (laten) opnemen met de Artsen Alarm Service. Dit geldt ook bij de noodzaak tot repatriëring. Hierbij dient u uw relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

In artikel 18 deel B is omschreven welke dienstverlening de Artsen Alarm Service u nog meer kan bieden.

De Artsen Alarm Service is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)30 241 29 08.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde door een door de zorgverzekeraar in te schakelen advocaat of schaderegelingsbureau. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld en inkomensschade.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500,-. Het *Reglement Verhaalsbijstand* met daarin de voorwaarden kunt u aanvragen bij Verhaalszaken of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van de verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met Verhaalszaken.

Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

VvAA
zorg op reis

Inhoudsopgave

VvAA zorg op reis

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Nadere algemene bepalingen	149
Artikel 2	Onvoorziene zorg	150
Artikel 3	Aanvullende dienstverlening	150
Artikel 4	Regeling bij overlijden	151
Artikel 5	Voorziene zorg	152

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorg op reis

Als er volgens de zorgverzekering Basis of een andere (ziektelkosten)verzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de VvAA zorg op reis een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de zorgverzekering Basis of die andere (ziektelkosten)verzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het wettelijk geldende tarief in het land waarin de behandeling plaatsvindt,
2. als er geen wettelijk tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is gelet op het bedrag dat andere zorgverleners in het land van behandeling rekenen.

De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij geldt de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

U moet contact opnemen met de Artsen Alarm Service voordat u kosten maakt als bedoeld in de Zorg op reis, tenzij dit redelijkerwijs niet mogelijk is. Als dit niet is gedaan, kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Dit geldt niet voor de dekking in artikel 5.

U kunt daarnaast contact opnemen voor advies over geneeskundige zorg.

De Artsen Alarm Service is altijd bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)30 241 29 08. De zorgverzekeraar vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar de Artsen Alarm Service.

Artikel 1 Nadere algemene bepalingen

lid 1 Wie zijn verzekerd?

Verzekerd zijn de personen zo genoemd op het polisblad, als zij ook een zorgverzekering hebben als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

lid 2 Waar bent u verzekerd?

U bent in het buitenland verzekerd. In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen als sprake is van minimaal één betaalde overnachting. De voorwaarde dat sprake moet zijn van minimaal één betaalde overnachting geldt niet bij voorziene zorg.

lid 3 Voor hoe lang bent u verzekerd?

U bent verzekerd als u voor een periode van maximaal 180 dagen naar het buitenland vertrekt (dit geldt niet bij voorziene zorg). U bent voor dezelfde periode verzekerd in uw woonland, buiten uw woonplaats, als sprake is van minimaal één betaalde overnachting.

lid 4 Eisen voor zorgverleners

Bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener zijn ingeschreven in de door de overheid gehanteerde registers. Zonder zo'n register moet de zorgverlener ingeschreven staan in het eventuele register van de erkende beroepsgroep. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

lid 5 Medische gegevens

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van behandeling of repatriëring.

- lid 6 **(Zieken)vervoer**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van passend vervoer. Bij vliegen worden vergoed de kosten van de economy class, tenzij dit redelijkerwijs onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoedt de zorgverzekeraar € 0,27 per kilometer. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.
- lid 7 **Verblijf**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verblijf (daaronder begrepen overnachting en maaltijden) in de hierna genoemde gevallen, tot maximaal € 150,- per persoon per dag.

Artikel 2 Onvoorziene zorg

- lid 1 **Onvoorziene zorg**
Bij acute ziekte of ongeval van verzekerde vergoedt de zorgverzekeraar, na contact met de Artsen Alarm Service, de kosten van:
- zorg die voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen voor zover de kosten onder de zorgverzekering Basis vallen en hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere ziektekostenverzekering maakt hiervan deel uit;
 - in Nederland of in het buitenland geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere ziektekostenverzekering;
 - middelen die in Nederland geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel tot maximaal € 250,- per kalenderjaar;
 - bij de behandeling horende hulpmiddelen en verbandmiddelen;
 - het ziekenvervoer van verzekerde naar en van de zorgverlener volledig.
- lid 2 **Repatriëring**
De zorgverzekeraar vergoedt:
- bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte de medisch noodzakelijke repatriëring van verzekerde naar het door de Artsen Alarm Service aangewezen land, met de voorgeschreven medische begeleiding;
 - de noodzakelijke extra kosten van verblijf van de te repatriëren verzekerde als repatriëring om medische reden noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
 - eenmalig de kosten van vervoer en verblijf voor bezoek aan de te repatriëren verzekerde van één persoon als repatriëring om medische reden noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
 - de extra kosten van vervoer als u door ziekte of letsel niet met het geplande vervoersmiddel naar huis kan terugkeren.

De Artsen Alarm Service regelt het vervoer en verblijf voor u.

Artikel 3 Aanvullende dienstverlening

- lid 1 **Opsporing en redding**
Als u vanwege ziekte of ongeval in een noodsituatie belandt waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten hiervan tot maximaal € 25.000,-.
- lid 2 **Vervoer naar ziekenhuis bij opname en verblijf voor onvoorziene zorg**
Vervoer en verblijf verzekerde bij opname reisgenoot
De zorgverzekeraar vergoedt de extra kosten van vervoer en verblijf van verzekerde als een reisgenoot in het ziekenhuis is opgenomen of door andere medische redenen niet naar huis kan terugkeren.
- Vervoer en verblijf verzekerde reisgenoten*
De zorgverzekeraar vergoedt de extra kosten van vervoer van verzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis waar verzekerde is opgenomen. Ook worden vergoed de extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten in verband met de ziekenhuisopname van verzekerde.
- Vervoer en verblijf bezoekers*
De volgende vergoeding geldt alleen bij een opname van verzekerde die naar verwachting langer dan 5 dagen duurt of bij een levensbedreigende situatie. De zorgverzekeraar vergoedt eenmalig de extra kosten van vervoer en verblijf van maximaal twee personen voor bezoek

aan verzekerde. Kosten van verblijf worden vergoed tot maximaal 8 dagen. Daarna alleen als verzekerde om medische redenen niet in staat is om terug te keren naar huis, tot maximaal 15 dagen.

lid 3

Eerder terugkeren

Vergoeding

Als sprake is van:

1. ziekte of ongeval van u of een reisgenoot waardoor de geplande bestemming niet kan worden bereikt;
 2. ernstig ziek worden of ernstig gewond raken van een reisgenoot door een ongeval;
 3. overlijden van een reisgenoot (bij overlijden van een verzekerde reisgenoot: zie artikel 4);
 4. overlijden, constatering van een ernstige ziekte bij of een ernstig ongeval van een familielid in de 1e of 2e graad of huisgenoot van verzekerde;
 5. ernstige materiële schade aan de woning, inboedel of het bedrijf van verzekerde;
- dan vergoedt de zorgverzekeraar eenmalig:
- de extra kosten van vervoer en verblijf die u moet maken in verband met uw terugreis, en
 - de kosten van vervoer en verblijf in verband met de terugreis naar uw geplande bestemming binnen de oorspronkelijke reisduur.

De Artsen Alarm Service regelt het vervoer en verblijf voor u.

Regeling bij familieomstandigheden in woonland

In afwijking hiervan geldt het volgende als u in uw woonland verblijft. In een geval als bedoeld onder 4 worden de kosten vergoed van nodig vervoer binnen het woonland tot maximaal € 500,- per gebeurtenis.

lid 4

Vervangende chauffeur

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een vervangende chauffeur. Dit geldt als:

- het gebruikte motorrijtuig nog goed rijdt, en de bestuurder niet in staat is om te rijden, en
- de andere reisgenoten het motorrijtuig (redelijkerwijs) niet kunnen besturen.

Reist u met een eigen motorrijtuig, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van de vervangende chauffeur tot de woonplaats. Reist u met een gehuurd motorrijtuig, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van de vervangende chauffeur naar de dichtstbijzijnde inleverplaats.

De Artsen Alarm Service regelt de inzet van een vervangende chauffeur.

lid 5

Garantie, voorschotbetalingen en toezending geneesmiddelen

De Artsen Alarm Service regelt op uw verzoek:

- garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de zorgverlener, als de kosten vergoed worden uit de zorgverzekering Basis of zorg op reis;
- de nodige voorschotbetalingen, als de kosten vergoed worden zoals hiervoor is omschreven;
- indien mogelijk toezending van noodzakelijke geneesmiddelen als deze niet ter plaatse zijn te verkrijgen, als de kosten vergoed worden zoals hiervoor is omschreven.

Artikel 4 **Regeling bij overlijden**

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

- vervoer van het stoffelijk overschot naar het land van keuze van de nabestaanden, of begrafenis of crematie en overkomst inclusief terugreis van familieleden in de 1e of 2e graad tot maximaal € 7.500,-;
- de extra kosten van vervoer in verband met de terugreis en extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, met een maximum van 30 dagen;
- de kosten van vervoer en verblijf gedurende maximaal 7 dagen van 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats waar de overleden verzekerde ligt opgebaard, inclusief terugreis;
- de kosten van vervoer en verblijf gedurende maximaal 7 dagen van één persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan.

De Artsen Alarm Service regelt het vervoer en het verblijf.

Artikel 5 Voorziene zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg volgens artikel 6 van deel B van de zorgverzekering Basis, die is verleend in een ziekenhuis in België of Duitsland. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere ziektekostenverzekering maakt hiervan deel uit.
- U moet voorafgaand aan de behandeling contact opnemen met de VvAA zorgconsulent, die u begeleidt bij uw keuze voor een zorgverlener.
- lid 2 **Uitsluitingen**
Van bovenstaande vergoeding zijn uitgesloten de kosten voor:
- inzet van een Chefarzt (Duitsland) en ereloon(supplementen) (België) of kosten die hieruit voortvloeien;
 - alternatieve zorg.
- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van ziekenvervoer als dit plaatsvindt voor een behandeling waarvan de kosten vergoed worden volgens lid 1. De zorgverzekeraar vergoedt het ziekenvervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis in België of Duitsland.

VvAA
tandplus

Inhoudsopgave

VvAA tandplus

Deel B Omvang dekking

Tandplus A	155
Tandplus B	156
Tandplus C	156
Tandplus D	157
Tandheelkundige kosten buiten het woonland	157

Deel B Omvang Dekking

VvAA tandplus

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing. Het polisblad vermeldt welke dekking geldt.

Als er volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de VvAA tandplus een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de zorgverzekering Basis of die andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van:

- orthodontie;
- volledige narcose;
- het bleken van elementen;
- het maken en plaatsen van een MRA (Mandulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Tandplus A

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

De zorgverzekeraar vergoedt 75% van de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt de zorgverzekeraar maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 2.500,-.

De zorgverzekeraar verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandplus B

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt 100% van de kosten van de volgende behandelingen:
- C11 Periodieke controle;
 - M01 Preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M02 Consult voor evaluatie van preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M03 Gebitsreiniging;
 - M10 Fluoride applicatie (Methode I);
 - M20 Fluoride applicatie (Methode II);
 - X10 Röntgenfoto (niet ten behoeve van orthodontie);
 - V30 Sealen eerste element;
 - V35 Sealen volgende element in dezelfde zitting.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt 75% van de kosten van de overige algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten).
- lid 3 De vergoeding voor de kosten bedoeld in lid 1 en 2 tezamen bedraagt maximaal € 750,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt de zorgverzekeraar maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

De zorgverzekeraar verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandplus C

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt 100% van de kosten van de volgende behandelingen:
- C11 Periodieke controle;
 - M01 Preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M02 Consult voor evaluatie van preventieve voorlichting en/of instructie;
 - M03 Gebitsreiniging;
 - M10 Fluoride applicatie (Methode I);
 - M20 Fluoride applicatie (Methode II);
 - X10 Röntgenfoto (niet ten behoeve van orthodontie);
 - V30 Sealen eerste element;
 - V35 Sealen volgende element in dezelfde zitting.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt 75% van de kosten van de overige algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten).
- lid 3 De vergoeding voor de kosten bedoeld in lid 1 en 2 tezamen bedraagt maximaal € 1.500,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt de zorgverzekeraar maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

De zorgverzekeraar verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandplus D

Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

De zorgverzekeraar vergoedt 100% van de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg na ongeval

Voor tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is door een ongeval, vergoedt de zorgverzekeraar maximaal éénmaal per kalenderjaar de kosten (inclusief techniekkosten en de kosten van eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen) tot maximaal € 5.000,-.

De zorgverzekeraar verleent alleen vergoeding als:

- het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van deze verzekering;
- de behandeling plaatsvindt binnen een jaar na het ongeval;
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend. Dit geldt niet voor acute zorg.

Tandheelkundige kosten buiten het woonland

Artikel 1 Als u de kosten van tandheelkundige zorg gemaakt heeft buiten uw woonland, vergoedt de zorgverzekeraar die kosten tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme tarief van een gelijke behandeling in Nederland, tot de dekking van de Tandplus A, B, C of D.

Artikel 2 De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

VvAA
zorgplan

Inhoudsopgave

VvAA zorgplan

Deel B Omvang dekking

Artikel 1	Zorg tijdens een ziekenhuisopname	161
Artikel 2	Zorg voor en na een ziekenhuisopname	162
Artikel 3	Zorg bij ziekenhuisopname in het buitenland	163

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorgplan

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten zoals hierna omschreven in de te verzekeren onderdelen van het VvAA zorgplan. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing.

Als er volgens de zorgverzekering Basis of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en het VvAA zorgplan een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de zorgverzekering Basis of die andere zorgverzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg:

1. tot maximaal het overeengekomen tarief tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis;
2. bij ontbreken van een overeengekomen tarief:
 - in Nederland tot maximaal het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) of een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is;
 - in het buitenland tot maximaal tweemaal het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) of een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Artikel 1 Zorg tijdens een ziekenhuisopname

Als u in een ziekenhuis in Nederland bent opgenomen, vergoedt de zorgverzekeraar de hierna volgende kosten, gemaakt tijdens uw verblijf, tezamen tot maximaal € 2.500,- per kalenderjaar. Het moet gaan om een meerdaagse opname die medisch noodzakelijk is voor medisch-specialistisch onderzoek of behandeling. Daarbij gaat het niet om een ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

1. De kosten van verblijf in een eenpersoonskamer. Als het ziekenhuis wel eenpersoonskamers heeft, maar u er geen gebruik van kunt maken bij uw meerdaagse opname, heeft u recht op een uitkering van € 75,- per opnamedag. De zorgverzekeraar keert dat bedrag uit na ontvangst van een ingevuld formulier *Privékamer* met daarbij een opgave van de opnamedagen door het ziekenhuis. U kunt dit formulier downloaden van www.vvaa.nl/zorgverzekering of opvragen bij het VvAA service center.
2. De kosten van een extra bed op de kamer voor het verblijf van uw partner.
3. De kosten van een luxepakket (ook wel comfortservice genoemd), dat door het ziekenhuis wordt aangeboden. De invulling van het luxepakket is afhankelijk van wat het betreffende ziekenhuis aanbiedt en kan bestaan uit:
 - telefoneren binnen Nederland (alleen bij gebruik van het toestel dat op de kamer aanwezig is);
 - koelkast gevuld met diverse dranken;
 - krant of tijdschrift;
 - koffie en thee voor het bezoek;
 - luxe maaltijden of een extra verstrekking van een snack;
 - gebruik van televisie en internetaansluiting.
4. De kosten van de maaltijd van uw partner als hij of zij bij u op de kamer verblijft.

Op www.vvaa.nl/zorgverzekering vindt u een overzicht van ziekenhuizen met eenpersoonskamers of comfort-services. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de VvAA zorgconsulent.

Als u bent verwezen naar een medisch specialist met klachten waarvoor u een opname verwacht, dan informeert de VvAA zorgconsulent u vooraf over de comfort-mogelijkheden in de verschillende ziekenhuizen. De VvAA zorgconsulent is te bereiken tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67.

Artikel 2 Zorg voor en na een ziekenhuisopname

- lid 1 Als u van tevoren weet dat u in een ziekenhuis in Nederland wordt opgenomen, heeft u recht op hulp van de VvAA zorg assistent. De VvAA zorg assistent:
- neemt vooraf contact met u op voor een intake;
 - regelt desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
 - is desgewenst bij de opname in het ziekenhuis aanwezig en maakt u wegwijs in het ziekenhuis;
 - beantwoordt uw zorgvragen;
 - kan desgewenst telefonisch contact met u houden, overleggen met de (medische) staf, u bezoeken en bemiddelen in thuiszorg, kinderopvang of voor hulpmiddelen;
 - begeleidt u bij ontslag;
 - regelt desgewenst het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis.

- lid 2 Als u onverwacht wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, heeft u recht op hulp van de VvAA zorg assistent zoals genoemd in lid 1, onder d tot en met g.

- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vervoer naar en van een ziekenhuis binnen Nederland:
- bij gebruik van de auto € 0,27 per gereden kilometer. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet;
 - bij taxivervoer volledig, als gebruik wordt gemaakt van een door de zorgverzekeraar gecontracteerd taxibedrijf. Voor het aanvragen van taxivervoer, voor zover dat niet is geregeld door de VvAA zorg assistent, kunt u contact opnemen met het door de zorgverzekeraar gecontracteerde taxibedrijf, te bereiken op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Het vervoer vindt plaats voor een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 1 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname in Nederland). Als de kosten van vervoer (gedeeltelijk) vanuit een andere (aanvullende) (zorg)verzekering worden vergoed, vergoedt de zorgverzekeraar alleen de aanvulling op die vergoeding tot maximaal de in dit artikel omschreven dekking. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

- lid 4 Als sprake is van een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 1, heeft u ook aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal 2 overnachtingen voor uzelf in een logeerkamer, zorghotel of andere (betaalde) mogelijkheid tot overnachting naast of in de buurt van het ziekenhuis in aansluiting op een ziekenhuisopname. Hierdoor kunt u nog een extra dag herstellen in de buurt van het ziekenhuis, bijvoorbeeld als u het gevoel heeft dat het ontslag wat vroeg komt.

Als u 's ochtends vóór 10 uur in het ziekenhuis aanwezig moet zijn en u woont meer dan 50 km bij het ziekenhuis vandaan, kunt u er ook voor kiezen om één hotelovernachting voorafgaand aan de ziekenhuisopname te gebruiken.

De zorgverzekeraar vergoedt maximaal € 100,- per overnachting.

- lid 5 Als sprake is van een opname waarvoor dekking bestaat volgens artikel 1, kunt u aanspraak maken op aanvullende zorg en dienstverlening door de VvAA zorgconsulent bij ontslag uit het ziekenhuis. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan:
- maaltijdservice (ook dieet-maaltijden);
 - hulpmiddelen die u mogelijk thuis nodig heeft bij een voorspoedig herstel. Dit kunnen hulpmiddelen zijn ter ondersteuning van uw mobiliteit, zoals een (tijdelijke) rollator of krukken, of ter ondersteuning van de verzorging, zoals een hoog-laagbed of douche-stoel;
 - ondersteuning in het huishouden na ontslag naar huis. De Zorgconsulent bekijkt aan welke ondersteuning u behoefte heeft. Dit kan huishoudelijke hulp zijn, vervangende mantelzorg, kinderopvang of andere hulp.

U kunt contact opnemen met de VvAA zorgconsulent om deze ondersteuning te regelen tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer 0800 668 96 67. De kosten van de ingezette zorg, diensten of hulpmiddelen worden soms vergoed uit uw zorgverzekering Basis of aanvullende verzekering. De maaltijdservice, hulpmiddelen of aanvullende zorg die niet gedekt zijn door een andere verzekering, vergoedt de zorgverzekeraar. Belt u met de VvAA zorgconsulent voor overleg over de mogelijkheden. De Zorgconsulent regelt de zorg voor u.

- lid 6 Als u na een ziekenhuisopname wordt opgenomen in een verpleeghuis, zorghotel of andere instelling voor geriatrische revalidatie, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van aanvullende faciliteiten bij uw verblijf. De kosten van het verblijf zelf worden vergoed uit de zorgverzekering Basis. Met aanvullende faciliteiten bedoelt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld meer keuze bij de maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, krant, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Daaronder valt (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).

De zorgverzekeraar vergoedt deze kosten van aanvullende faciliteiten ook als u in een herstellingsoord of zorghotel wordt opgenomen in verband met eerstelijns verblijf zolang dat verblijf uit de zorgverzekering Basis wordt vergoed.

Artikel 3 **Zorg bij ziekenhuisopname in het buitenland**

Als u voor een opname in het buitenland aanspraak maakt op de vergoedingen zoals bedoeld in artikel 1 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname), dan geldt het maximumbedrag van € 2.500,- per kalenderjaar voor alle opnames, in zowel Nederland als het buitenland, tezamen.

Als u gebruik maakt van een privékamer in België, Duitsland of een ander land, heeft dit soms ook gevolgen voor de kosten van uw behandeling. Zo rekent een medisch specialist (in Duitsland Chefarzt) vaak hogere (loon)kosten. De meerkosten van loon en behandeling vallen niet onder deze dekking. Die kosten blijven voor uw eigen rekening.

lid 1

Opname in een ziekenhuis in België of Duitsland

Als u in Nederland woont en bij een medisch noodzaak tot ziekenhuisopname (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) kiest voor opname in een ziekenhuis in België of Duitsland, dan kunt u aanspraak maken op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 1 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan de zorgverzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

Daarnaast kunt u aanspraak maken op de vergoedingen en dienstverlening zoals beschreven in artikel 2 (Zorg voor en na een ziekenhuisopname), lid 3 tot en met 5.

Als u in België of Duitsland woont en wordt opgenomen in een ziekenhuis (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) in uw woonland, bestaat aanspraak op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 1 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan de zorgverzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

Daarnaast kunt u aanspraak maken op de vergoedingen en dienstverlening zoals beschreven in artikel 2 (Zorg voor en na een ziekenhuisopname), lid 3 en 4.

lid 2

Opname in een ander (buiten)land

Als u in het buitenland, niet zijnde België of Duitsland, woont en wordt opgenomen in een ziekenhuis (geen ggz-instelling of psychiatrische afdeling) in enig land bestaat aanspraak op de vergoedingen, zoals beschreven in artikel 1 (Zorg tijdens een ziekenhuisopname). Voor vergoeding moet u aan de zorgverzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de eenpersoonskamer of de andere beschreven comfort-services overleggen.

2018

VvAA zorgverzekering

Postbus 168

3990 DD Houten

030 639 64 00

www.vvaa.nl/zorgverzekering