

Toestemming vragen

Voor sommige zorg heeft u vooraf toestemming van ons nodig. Pas dan krijgt u de kosten vergoed. Deze toestemming wordt ook wel een machtiging genoemd. In veel gevallen zal uw zorgverlener dit voor u regelen. Soms moet u de toestemming zelf aanvragen. We proberen u binnen 7 werkdagen een reactie te geven.

Als u de toestemming zelf aanvraagt, kunt u de documenten sturen via het [contactformulier](#).

Of per post:
VvAA zorgverzekering
Postbus 168
3990 DD Houten

Voor een aantal zorgsoorten staat bij die vergoeding wat u met de aanvraag moet meesturen. Of u vindt daar een formulier dat u kunt (laten) invullen.

Dit geldt voor de volgende zorgsoorten:

- [bijzondere tandheelkunde](#)
- [fronttandvervangning](#)
- [gebitsprothese](#)
- [geriatrische revalidatie langer dan 6 maanden](#)
- [hulpmiddelen](#)
- [opname voor zintuiglijke gehandicaptenzorg](#)
- [orthodontie vanaf 18 jaar](#)
- [tandheelkundige zorg tot 18 jaar](#)
- [vergoeding in bijzondere gevallen](#)
- [zorghotel](#)

Voor een aantal zorgsoorten geven wij u extra uitleg over de aanvraagprocedure. Die vindt u hieronder per zorgsoort:

- [geneesmiddelen](#)
- [gespecialiseerde ggz](#)
- [gli](#)
- [hoortoestel](#)
- [ivf of icsi](#)
- [kaakchirurgie](#)
- [medisch-specialistische revalidatie](#)
- [medisch-specialistische zorg](#)
- [niet-spoedeisende \(voorziene\) zorg in het buitenland](#)
- [persoonsalarmering](#)
- [persoonsgebonden budget \(Zvw-pgb\)](#)
- [tandheelkundige zorg na een ongeval](#)
- [verpleging en verzorging thuis](#)
- [zittend ziekenvervoer](#)

Goed om te weten

Een aanvraag voor hulpmiddelen kan een leverancier meestal voor u beoordelen

Wij hebben met een groot aantal leveranciers van hulpmiddelen afspraken gemaakt over onder meer de toestemmingsprocedure. Als u naar een van deze leveranciers gaat, beoordeelt deze uw aanvraag. Uw leverancier en ons Service Center kunnen u vertellen of dat zo is.

Heroverweging hoeft niet te betekenen dat uw aanvraag toch wordt goedgekeurd

Het kan voorkomen dat u geen toestemming krijgt. Bent u het hier niet mee eens? Dan kunt u ons vragen er nog eens naar te kijken. Wij noemen dit heroverweging. Bekijk vooraf samen met uw arts of er meer informatie nodig is voor de behandeling van uw aanvraag. Heroverweging betekent niet dat uw aanvraag wordt goedgekeurd.

Toestemming vragen voor geneesmiddelen

Voor welke geneesmiddelen is toestemming nodig en hoe vraagt u toestemming aan?

De basisverzekering vergoedt een aantal geneesmiddelen alleen als u vooraf toestemming van ons heeft. Wij bepalen bij de toestemming hoe lang deze geldig is.

Voor welke geneesmiddelen heeft u vooraf toestemming nodig?

U moet vooraf toestemming hebben voor de geneesmiddelen die in de brochure [toestemming geneesmiddelen](#) staan. En ook voor geneesmiddelen waarvoor in Nederland (nog) geen handelsvergunning is, maar dat komt weinig voor.

Voor de meeste geneesmiddelen kan de apotheek of apothekhoudend huisarts namens ons toestemming geven. Welke geneesmiddelen dat zijn en hoe het werkt staat ook in de brochure.

Gaat het om een geneesmiddel dat wij zelf beoordelen? Dan heeft u een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts nodig en een kopie van het recept. U kunt die digitaal via dit [contactformulier](#) naar ons toesturen. Of per post naar:

VvAA zorgverzekering
Postbus 168
3990 DD Houten

Wij proberen u binnen 7 werkdagen een reactie te geven.

Wilt u meer weten? Bekijk dan de vergoeding [Geneesmiddelen](#).

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor opname ggz

Heeft u al toestemming voor uw opname? Hieronder leest u in welke gevallen dit nodig is en hoe dit werkt.

Soms is het voor uw behandeling nodig dat u wordt opgenomen in een ggz-instelling. Bij enkele diagnoses moeten wij toestemming geven.

Opname in verband met een verslaving of eetstoornis

U moet toestemming aan ons vragen als u voor een van de volgende diagnoses wordt opgenomen:

- aan alcohol gebonden stoornis
- aan een overig middel gebonden stoornis
- eetstoornis

U kunt de aanvraag zelf indienen. Maar meestal kan de ggz-instelling dat ook voor u doen. Wij proberen de aanvraag binnen 7 werkdagen te behandelen.

Opname bij een verblijf langer dan 1 jaar

Blijft u langer dan 1 jaar opgenomen? Dan moet u voor het einde van dat jaar een aanvraag voor verlenging bij ons indienen. De ggz-instelling kan dat meestal ook voor u doen. Wij kunnen meer informatie opvragen bij uw zorgverlener, voordat wij toestemming kunnen geven. Wij proberen de aanvraag binnen 7 werkdagen te behandelen.

Wilt u meer weten? Bekijk dan de vergoeding [Gespecialiseerde ggz](#).

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor gli

Hoe werkt het

Aan de rekening die wij voor een gecombineerde leefstijlinterventie krijgen, kunnen wij niet altijd zien of deze vergoed mag worden. Dan is bijvoorbeeld niet duidelijk of uw zorgaanbieder het programma mag aanbieden. En of de zorg voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Daarom willen wij dat vooraf controleren.

Overleg met uw zorgverlener

Toestemming vragen voor een gecombineerde leefstijlinterventie doet u samen met de zorgverlener die de gecombineerde leefstijlinterventie aanbiedt. Hiervoor gebruik u het [aanvraagformulier](#). Het eerste deel vult u zelf in. De zorgverlener die uw hoofdbehandelaar wordt tijdens de gecombineerde leefstijlinterventie vult het tweede deel in. In het aanvraagformulier staat welke informatie wij precies nodig hebben.

Vraag de toestemming vooraf

Hebben wij uw aanvraag ontvangen, dan krijgt u binnen 7 dagen bericht over de toestemming.

Heeft u toestemming gekregen?

Kijk of er nog bijzondere voorwaarden in de toestemming staan. De gecombineerde leefstijlinterventie kan nu starten.

Als wij geen toestemming geven

Het kan gebeuren dat u geen toestemming krijgt. Dan moet u de zorg zelf betalen.

Waar stuur ik de aanvraag naar toe?

Het ingevulde formulier kunt u (laten) mailen naar zorgverleners@vvaazorgverzekering.nl, of per post sturen naar:

VvAA zorgverzekering
Postbus 168
3990 DD Houten

De VvAA medewerker die uw aanvraag verwerkt, staat onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur, en heeft daardoor dezelfde geheimhoudingsplicht. De vertrouwelijkheid van uw gegevens is hiermee gegarandeerd. Hierover, en over andere privacyregels, kunt u meer lezen op onze website www.vvaa.nl/over-vvaa/privacybeleid.

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor hoortoestel

Als u een hoortoestel krijgt, heeft u soms toestemming van ons nodig. Hieronder leest u in welke gevallen dit nodig is en hoe dit werkt.

Wij hebben met een groot aantal audiciens afspraken gemaakt over de toestemmingsprocedure. Als u naar een van deze audiciens gaat, bepaalt deze op basis van het [hoorprotocol](#) en [Keuzeprotocol ZN](#) welk hoortoestel het meest geschikt voor u is. U hoeft dan dus geen toestemming bij ons te vragen.

Kiest u een audicien waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt, dan hebben wij het volgende nodig om uw aanvraag te beoordelen:

- een voorschrift van een KNO-arts of van een audiologisch centrum
- een voorschrift van uw huisarts, bij slechthorendheid als gevolg van ouderdom
- een audiogram dat niet ouder is dan 6 maanden
- een tevredenheidsverklaring voor het gekozen hoortoestel
- een ingevulde Amsterdamse vragenlijst
- een offerte

Wij proberen u binnen 7 werkdagen een reactie te geven. De documenten die wij nodig hebben kunt u digitaal via het [contactformulier](#) insturen of per post naar:

VvAA zorgverzekering
Postbus 168
3990 DD Houten

Meer informatie over het hoorprotocol, de rol van de audiciens, de vergoeding en hoe u een hoortoestel aanvraagt staat in onze brochure [hoortoestellen](#).

Wilt u meer weten? Bekijk dan de vergoeding [Hoortoestellen](#).

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor ivf- of icsi-behandelingen

Soms heeft u toestemming nodig voor een ivf- of icsi-behandeling. Hieronder leggen we uit wanneer u vooraf toestemming moet vragen en hoe u dit doet.

De basisverzekering vergoedt de eerste 3 ivf-/icsi-pogingen. Hiervoor heeft u geen toestemming nodig.

Heeft u een aanvullende Top of Excellent verzekering? Dan heeft u recht op een vierde of volgende poging per te realiseren zwangerschap. Hiervoor heeft u wel vooraf toestemming nodig. Om uw aanvraag van de vierde of volgende poging te beoordelen, hebben wij een gemotiveerde aanvraag van uw behandelend specialist nodig waaruit blijkt:

- welke behandelingen u al heeft ondergaan
- wat de medische indicatie is
- wat de verwachting is van de nieuwe poging

Kiest u voor behandelingen in het buitenland? Dan raden wij aan om deze van tevoren aan te vragen, zodat u weet wat u vergoed krijgt. Hieronder staan de formulieren die u voor uw aanvraag kunt gebruiken.

Aanvraagformulieren

- [Aanvraagformulier ivf-icsi fertiliteitsbehandeling buitenland](#)
- [Aanvraagformulier ivf-icsi fertiliteitsbehandeling buitenland - Engelstalig](#)
- [Aanvraagformulier ivf-icsi fertiliteitsbehandeling buitenland - Duitstalig](#)

We proberen u binnen 7 werkdagen een reactie te geven. De documenten die wij nodig hebben, kunt u digitaal via het [contactformulier](#) insturen of per post naar:

VvAA zorgverzekering
Postbus 168
3990 DD Houten

Wilt u meer weten? Bekijk dan de vergoeding [ivf of icsi](#).

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor kaakchirurgie

Zorgverzekeraars hebben samen afgesproken voor welke kaakchirurgische behandelingen u vooraf toestemming moet vragen. Hieronder leest u hoe dat werkt.

Voor sommige kaakchirurgische behandelingen moet u vooraf toestemming vragen. Bijvoorbeeld als uw kaak met een operatie in de juiste stand moet worden gezet. Wij beoordelen dan, voordat u de behandeling krijgt, of die onder uw verzekering valt. U heeft dan vooraf zekerheid of u zelf (een deel van de) kosten moet betalen.

In de kaakchirurgie zijn afspraken gemaakt over de toestemming in de basisverzekering. Alle zorgverzekeraars gebruiken hiervoor dezelfde regels. Zo zorgen we ervoor dat iedereen hetzelfde basispakket heeft. Ook hebben we afspraken gemaakt om te zorgen dat de kaakchirurg de toestemming namens u kan aanvragen als u dat wilt. Dat kan dan digitaal via een landelijk machtigingenportaal. Dit is een beveiligde internetomgeving waarin de kaakchirurg alle informatie kan invullen voor een aanvraag bij uw eigen zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar geeft de beslissing over de aanvraag ook via dat portaal door aan de kaakchirurg.

Uw kaakchirurg weet precies bij welke behandelingen hij toestemming moet aanvragen. Voor sommige behandelingen kan de kaakchirurg zelfs direct, online zien of wij de behandeling goedkeuren of niet. U krijgt dan in de spreekkamer al zekerheid over de vergoeding. In andere gevallen moet de kaakchirurg meer informatie aan ons toesturen. De beoordeling van de aanvraag kan dan iets langer duren. Wij doen dat meestal binnen 5 werkdagen. Wij moeten dan natuurlijk wel alle informatie hebben gekregen.

Om te zorgen dat voor alle kaakchirurgen duidelijk is, wanneer een behandeling aangevraagd moet worden, hebben zorgverzekeraars samen een limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie opgesteld. Daarin staan de behandelingen in medische termen met daarbij de zogenoemde 'overige zorgproducten'. Dat zijn de codes waarmee de kaakchirurg de zorg kan declareren. Staat een behandeling op deze limitatieve lijst? Dan zal de kaakchirurg de aanvraag van de behandeling met u bespreken.

Om u voor te bereiden, vindt u hieronder een lijst met de behandelingen waarbij u zo'n gesprek kunt verwachten. Als u een kaakchirurg bezoekt die niet aangesloten is op het landelijke machtigingenportaal of als u naar het buitenland gaat voor een behandeling, dan moet u zelf vooraf toestemming vragen. U vindt hieronder een overzicht van de behandelingen, waarvoor die toestemmingsprocedure geldt.

- trekken van tanden en kiezen onder narcose
- kaakoperatie (osteotomie)
- implantaten
- opbouwen/aanbrengen van bot
- aanbrengen van zogenoemde botankers. Dat zijn titanium plaatjes die geplaatst worden voor een behandeling orthodontie
- behandelingen van vergevorderde tandvleesontstekingen
- aanmeten en verstrekken van beugel tegen snurken of slaapapneu (MRA)

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor medisch-specialistische revalidatie

Zo vraagt u toestemming aan voor uw revalidatie.

Bent u verwezen naar een revalidatiearts in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of zelfstandig behandelcentrum (ZBC)? Dan zal de revalidatiearts eerst proberen om zo goed mogelijk inzicht te krijgen in uw klachten, problemen en mogelijkheden. Deze stelt een diagnose en bekijkt welke zorg u het beste van uw klachten af kan helpen (indicatiestelling). Soms is dat zorg door de revalidatiearts zelf, maar u kunt bijvoorbeeld ook doorverwezen worden naar de fysiotherapeut.

Als u problemen heeft op meerdere gebieden (bijvoorbeeld mobiliteit, zelfverzorging en communicatie), en die problemen samenhang vertonen, kan de revalidatiearts behandeling voorstellen door een team van verschillende, samenwerkende zorgverleners. We noemen dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Wordt u voor deze zorg **niet** opgenomen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling? Dan kan het zijn dat u vooraf toestemming moet vragen om de behandeling vergoed te krijgen.

Wanneer hoeft u geen toestemming te vragen?

Met veel zorgverleners hebben wij afspraken gemaakt over de te leveren zorg. Die zorgverleners staan in het overzicht toestemmingsvrije revalidatiecentra. Als u bij één van die zorgverleners een revalidatiebehandeling volgt, hoeft u ons niet vooraf om toestemming te vragen.

Wanneer heeft u vooraf toestemming nodig?

Staat uw zorgverlener niet in het overzicht? Dan heeft u onze toestemming nodig als u:

- vanaf **1 januari 2019** voor het eerst medisch-specialistische revalidatie krijgt of als u een nieuwe indicatie krijgt, en
- als het gaat om interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie, en
- u voor de revalidatie niet wordt opgenomen

Waarom moet ik toestemming vragen?

ONVZ hecht veel waarde aan doelmatige- en kwalitatief goede zorg. Dit is zorg die aansluit op uw zorgvraag, maar ook zorg die vergoed mag worden uit de basisverzekering. Dit mag alleen als de zorg en zorgverleners aan bepaalde voorwaarden voldoen.

Bij controles zien wij dat niet altijd aan die voorwaarden wordt voldaan. Wij zien bijvoorbeeld in het zorgplan dat de revalidatiearts niet voldoende betrokken is. Of dat de gestelde indicatie niet past bij de zorgvraag. Als wij dat bij een controle vaststellen, dan vergoeden we de zorg niet. Of moeten we vragen de vergoeding terug te betalen.

Wij willen u beschermen tegen zulke vervelende gevolgen. Bij zorgverleners waar we geen afspraken mee hebben gemaakt in een contract, controleren we daarom of aan deze voorwaarden wordt voldaan voordat u aan een behandeltraject begint.

Gebruik het aanvraagformulier om toestemming te vragen

De revalidatiearts die de indicatie stelt, vult ook het aanvraagformulier in. Dat doet hij meestal samen met u of met uw (wettelijk) vertegenwoordiger. In het aanvraagformulier staat welke informatie wij precies nodig hebben. U moet bijvoorbeeld altijd het zorgplan meesturen. De indicatiestelling is hier onderdeel van.

Wij nemen het aanvraagformulier alleen in behandeling als dit volledig is ingevuld. Maar zelfs als u het formulier volledig heeft ingevuld, hebben we soms aanvullende informatie nodig, omdat er onvoldoende inzicht is voor een goede beoordeling. Onze machtigingsmedewerker vraagt dan aanvullende informatie op bij u of uw revalidatiearts. Onze machtigingsmedewerkers werken onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur en zullen, als dat volgens de privacyregels nodig is, eerst uw toestemming vragen.

Twijfelt uw revalidatiearts over wat vergoed mag worden? Onze afdeling declaratiebehandeling kan hem of haar verder helpen, en is telefonisch te bereiken op 030 639 64 00.

Als wij uw aanvraag hebben ontvangen, krijgt u binnen 7 dagen van ons bericht over de toestemming.

Kreeg u in 2018 al zorg?

Dan geldt het volgende.

1. Heeft u in 2018 al een behandeling medisch-specialistische revalidatiezorg gekregen en was u in 2018 al bij ons verzekerd?

Dan hoeft u geen toestemming te vragen. U kunt uw huidige revalidatietraject zonder onze toestemming afmaken. Ook als uw zorgverlener niet in het [overzicht toestemmingsvrije revalidatiecentra](#) staat.

Alleen bij een nieuwe zorgvraag of nieuwe indicatiestelling van de revalidatiearts moet u (opnieuw) toestemming vragen.

2. Was u in 2018 ergens anders verzekerd en heeft de andere verzekeraar al toestemming gegeven?

Als u de toestemming naar ons toestuurt, nemen wij deze over.

3. Was u in 2018 ergens anders verzekerd en heeft u geen schriftelijke toestemming van uw vorige verzekeraar?

Dan heeft u onze toestemming nodig. U moet het aanvraagformulier dan uiterlijk 28 februari 2019 naar ons toesturen.

Heeft u toestemming gekregen?

Kijk of er nog bijzondere voorwaarden in staan.

Als wij geen toestemming geven

Het kan gebeuren dat bij de behandeling van uw aanvraag blijkt, dat wij de zorg niet of niet helemaal mogen vergoeden. Dan moet u dat deel zelf betalen. Stuur ons uw aanvraag dus zo snel mogelijk. Wilt u meteen zekerheid? Dan kunt u natuurlijk een toestemmingsvrije zorgverlener uit het overzicht kiezen.

Waar stuur ik de aanvraag naartoe?

Het ingevulde formulier kunt u (laten) mailen naar ziekenhuizen@onvz.nl. Of per post sturen naar:

VvAA zorgverzekering
t.a.v. Zorgketen 2, team machtigingen revalidatiezorg
Postbus 168
3990 DD Houten

U kunt ook uw aanvraagformulier direct opsturen aan onze medisch adviseur als u dat liever wilt. Zet dan in de adresgegevens: t.a.v. Zorgketen 2, medisch adviseur.

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor medisch-specialistische zorg

Voor welke medisch-specialistische zorg heeft u toestemming nodig en hoe vraagt u toestemming aan?

Voor sommige medisch-specialistische behandelingen moet u vooraf toestemming vragen. Dat kan plastische chirurgie zijn, maar ook bijvoorbeeld een operatie voor een speciale ooglenzen. Wij beoordelen dan, voordat u de behandeling krijgt, of die onder uw verzekering valt. U heeft dan vooraf zekerheid of u zelf (een deel van de) kosten moet betalen. Toestemming voor ivf of icsi vanuit de aanvullende verzekering staat apart vermeld.

In de medisch-specialistische zorg zijn afspraken gemaakt over de toestemming in de basisverzekering. Alle zorgverzekeraars gebruiken hiervoor dezelfde regels. Zo zorgen we ervoor dat iedereen hetzelfde basispakket heeft. Ook hebben we afspraken gemaakt om te zorgen dat de medisch specialist de toestemming namens u kan aanvragen als u dat wilt. Dat kan dan digitaal via een landelijk machtigingenportaal. Dit is een beveiligde internetomgeving waarin de medisch specialist alle informatie kan invullen voor een aanvraag bij uw eigen zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar geeft de beslissing over de aanvraag ook via dat portaal door aan de medisch specialist.

Uw medisch specialist weet precies bij welke behandelingen hij toestemming moet aanvragen. Voor sommige behandelingen kan de specialist zelfs direct, online zien of wij de behandeling goedkeuren of niet. U krijgt dan in de spreekkamer al zekerheid over de vergoeding. In andere gevallen moet de medisch specialist meer informatie aan ons toesturen. De beoordeling van de aanvraag kan dan iets langer duren. Wij doen dat meestal binnen 5 werkdagen. Wij moeten dan natuurlijk wel alle informatie hebben gekregen.

Om te zorgen dat voor alle medisch specialisten duidelijk is, wanneer een behandeling aangevraagd moet worden, is een landelijke limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg opgesteld met zogenoemde 'zorgactiviteiten' en diagnoses. Die lijst hanteert de medisch specialist om de aanvraag van de behandeling met u te bespreken.

Om u voor te bereiden, vindt u hieronder een lijst met de behandelingen waarbij u zo'n gesprek kunt verwachten. Als u een medisch specialist bezoekt die niet aangesloten is op het landelijke machtigingenportaal of als u naar het buitenland gaat voor een behandeling, dan moet u zelf vooraf toestemming vragen. U vindt hieronder een overzicht van de behandelingen, waarvoor die toestemmingsprocedure geldt.

- laserbehandeling van het oog om beter scherp te kunnen zien
- implanteren of vervangen van een nieuwe (kunststof)lens in het oog.
- correctie van een (hangend) bovenooglid, onderooglid en/of wenkbrauw
- correctie van de (stand van) één of twee oren
- correctie van de neus
- operatie om de contouren van het gezicht aan te passen
- facelift, voorhoofdslift of neklift
- correctie kippenborst of trechterborst
- verwijdering van borstvorming bij de man
- borstverkleining en/of borstlift
- verwijderen of (her)plaatsen borstprothese(n) of expander\
- borstreconstructie / vormherstel van de borst
- tepel(hof)reconstructie en/of -tatoeage
- buikwandcorrectie
- correctie schaamlip(pen)
- overtollig vet verwijderen/wegzuigen onder de kin
- overtollig vet verwijderen/wegzuigen in het borstgebied
- verwijderen van overtollige huid en onderhuids weefsel bij de bovenarm
- verwijderen van overtollige huid en onderhuids weefsel bij het bovenbeen
- overtollig vet verwijderen/wegzuigen in het onderbeen
- overtollig vet verwijderen/wegzuigen in been, heup of bil

- transplantatie van eigen vet
- transplantatie van eigen huid in hoofd/hals gebied
- transplantatie van eigen huid
- littekencorrectie
- verwijderen van oppervlakkige oneffenheden van de huid
- huidoperatie bij een goedaardige afwijking
- cryotherapie (behandeling met stikstof) of diathermie (behandeling met warmte) voor huidaandoening
- laserbehandeling van de huid
- tatoeage van de huid

Wilt u meer weten? Bekijk dan de vergoeding [Medisch specialist](#).

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland

Soms heeft u vooraf onze toestemming nodig als u zich in het buitenland wilt laten behandelen. Hieronder staat hoe dat werkt.

Gaat u naar het buitenland voor behandeling? Dan is er sprake van niet-spoedeisende zorg. U kunt in bepaalde gevallen in EU/EER-landen of Zwitserland voor vergoeding van zorgkosten een beroep doen op Europees verdragsrecht, de zogenaamde verdragsroute. Maakt u hier geen gebruik van, dan loopt de vergoeding van zorgkosten volgens de voorwaarden van uw zorgpolis, de zogenaamde polisroute.

Verdragsroute

Maakt u gebruik van de verdragsroute? Dan moet u bij ons vooraf een S2-formulier aanvragen. Met dat formulier kunt u vergoeding krijgen volgens de plaatselijke regels. Dat kan gunstig zijn als de zorg in het buitenland duurder is dan in Nederland. Hoe dat werkt, staat in [grens aan zorg in het buitenland](#).

U kunt het S2-formulier aanvragen als het gaat om reguliere zorg die voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Wij geven het alleen af voor een ziekenhuisopname of operatie.

Polisroute

Maakt u gebruik van de polisroute? Dan moet u voor deze behandelingen vooraf onze toestemming hebben. Voor medisch-specialistische zorg in het buitenland kunt u het beste altijd een aanvraag indienen. Dan weet u zeker wat u vergoed krijgt.

Net als in Nederland moet u altijd vooraf een verwijzing hebben van uw arts.

Voor de polisroute hebben wij dit van u nodig om de aanvraag te beoordelen:

- verwijzing van uw arts of specialist in Nederland
- behandelplan en begroting
- naam en adres arts in het buitenland
- startdatum en duur van de behandeling

Voorziene zorg in België en Duitsland

Gaat u voor medisch-specialistische zorg naar België of Duitsland, dan is er ook vergoeding mogelijk vanuit de aanvullende verzekering Zorg op reis. U moet dan vooraf contact opnemen met de Zorgconsulent.

Aanvraagformulieren

- [aanvraagformulier S2](#)
- [aanvraagformulier S2 – Engelstalig](#)
- [aanvraagformulier S2 – Duitstalig](#)

Vraag een S2-formulier minimaal 5 werkdagen aan voordat de behandeling begint. Deze tijd hebben wij nodig voor de verwerking van uw aanvraag.

De documenten die wij nodig hebben, kunt u digitaal via het [contactformulier](#) insturen of per post naar:

VvAA zorgverzekering
Postbus 168
3990 DD Houten

Wilt u meer weten? Bekijk dan de vergoeding [Buitenland: niet-spoedeisende \(voorziene\) zorg](#).

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor persoonsalarmering

Zo vraagt u toestemming voor persoonsalarmering.

Een persoonlijk alarmeringsapparaat is een draagbaar, draadloos apparaatje waarmee u hulp kunt oproepen als u in nood bent.

Heeft u personenalarmering nodig? Dan moet u vooraf toestemming vragen bij ons. Toestemming vraagt u aan met een [indicatieformulier](#). Uw arts vult dat voor u in.

Het document dat wij nodig hebben, kunt u digitaal via het [contactformulier](#) insturen. Of u kunt het per post sturen naar:

VvAA zorgverzekering
Postbus 168
3990 DD Houten

Wij proberen u binnen 7 werkdagen een reactie te geven.

Wilt u meer weten? Bekijk dan de vergoeding [Persoonsalarmering](#).

[↑ naar boven](#)

Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aanvragen

Een persoonsgebonden budget vraagt u aan met het aanvraagformulier Zvw-pgb.

Krijgt u verpleging en verzorging? Dan kunt u kiezen om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen. Daarmee kunt u zelf uw zorgverleners inhuren en betalen.

Dat kan alleen als u de zorg een jaar of langer nodig heeft, of als het gaat om palliatief terminale zorg (zorg in de laatste levensfase).

Hoe vraagt u een Zvw-pgb aan?

Stuur ons het ingevulde aanvraagformulier. Deel 1 van het formulier moet door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige worden ingevuld. Of door een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige als het gaat om zorg voor iemand onder de 18 jaar. Deel 2 van het formulier vult u zelf in. In dit deel motiveert u uw aanvraag en geeft u aan hoe u de zorg gaat organiseren.

Na ontvangst checken wij de ingevulde gegevens en meegestuurde documenten. Ook bellen we u voor een 'bewuste keuze gesprek'. Daarin bespreken we uw aanvraag en controleren we of alles voor u en voor ons duidelijk is.

Meestal nemen we binnen 6 weken een beslissing. Als uw aanvraag akkoord is, ontvangt u per post een toestemmingsverklaring. Daarin staat hoeveel uren zorg u maximaal vergoed krijgt. Met deze toestemmingsverklaring kunt u contracten afsluiten met uw zorgverleners.

De benodigde documenten kunt u per e-mail sturen naar teampgb@vvaazorgverzekering.nl. Of per post naar:

VvAA zorgverzekering
Postbus 168
3990 DD Houten

Vraagt u het pgb namens iemand anders aan? Stuur dan een ingevuld en ondertekend machtigingsformulier mee. Bent u wettelijk vertegenwoordiger? Stuur dan ook een kopie van de rechterlijke uitspraak of bewijs van voogdijschap mee.

Wilt u uw Zvw-pgb wijzigen?

Voor wijzigingen in uw Zvw-pgb kunt u het wijzigingsformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging gebruiken.

Wilt u meer weten? Bekijk dan de vergoeding [Persoonsgebonden budget](#).

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor tandheelkundige zorg na een ongeval

Hoe vraagt u toestemming aan voor tandheelkundige zorg na een ongeval?

Heeft u een ongeval gehad en als gevolg van dat ongeval schade aan uw gebit? Dan kunt u tandheelkundige zorg nodig hebben. Wij vergoeden dit alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Afhankelijk van uw aanvullende verzekering (Excellent, Tandplus A, B, C, D en Preventief) geldt een maximum bedrag per kalenderjaar.

Om uw aanvraag voor tandheelkundige zorg na een ongeval te kunnen beoordelen hebben wij schriftelijke toestemming van uw zorgverlener nodig. Daarbij hebben wij de volgende informatie nodig:

- datum van het ongeval met een beschrijving van het ongeval
- behandelplan met een toelichting voor de voorgestelde behandeling, een beschrijving van de eventuele toekomstige verrichtingen en de duur van het behandeltraject
- offerte
- foto's van de situatie van de mond van voor en na het ongeval (röntgenfoto's en mondfoto's)
- behandelkaart van de afgelopen 5 jaar
- indien van toepassing het politierapport

Wij proberen u binnen 7 werkdagen een reactie te geven. De documenten die wij nodig hebben, kunt u digitaal via het [contactformulier](#) insturen of per post naar:

VvAA zorgverzekering
Postbus 168
3990 DD Houten

Heeft u na een ongeval met spoed tandheelkundige zorg nodig, dan heeft u geen toestemming nodig.

Wilt u meer weten? Bekijk dan de vergoeding [Tandheelkundige zorg na een ongeval](#).

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor verpleging en verzorging thuis

Voor verpleging en verzorging thuis moet u soms vooraf toestemming vragen.

Met veel zorgverleners hebben wij afspraken over wat goede en doelmatige zorg is. Die zorgverleners staan in het overzicht toestemmingsvrije zorgverleners V&V. Als u van zo'n zorgverlener verpleging en verzorging thuis krijgt, hoeft u ons niet vooraf om toestemming te vragen.

Staat uw zorgverlener niet in het overzicht? Dan heeft u onze toestemming nodig als u in 2019 voor het eerst zorg van deze zorgverlener krijgt. En ook elke keer als u een nieuwe indicatie krijgt.

Waarom moet ik toestemming vragen?

De basisverzekering vergoedt alleen doelmatige zorg. Dat is zorg van goede kwaliteit, die aansluit op uw zorgvraag. Ook moet uw zorgverlener aan bepaalde eisen voldoen.

Bij controles zien wij vaak dat niet aan de regels is voldaan. Dan is bijvoorbeeld niet door een hbo-verpleegkundige vastgesteld hoeveel zorg u nodig heeft, terwijl dit wel moet. Of het gaat om zorg die helemaal niet onder de basisverzekering valt. Wij mogen die zorg dan niet vergoeden. Of moeten zelfs de vergoeding terugvragen. Wij willen u beschermen tegen zulke vervelende gevolgen.

Gebruik het aanvraagformulier om toestemming te vragen

Voordat u verpleging en verzorging thuis krijgt, moet altijd een hbo-gediplomeerd verpleegkundige of een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige beoordelen welke zorg u nodig heeft, en op welke momenten. Dat noemen we de indicatiestelling. De indicatie is onderdeel van een zorgplan.

De verpleegkundige die de indicatie stelt, vult ook het aanvraagformulier in, samen met u of met uw (wettelijk) vertegenwoordiger. In het aanvraagformulier staat welke informatie wij precies nodig hebben. U moet bijvoorbeeld altijd het zorgplan meesturen.

Twijfelt uw verpleegkundige over wat vergoed mag worden? Onze afdeling declaratiebehandeling kan hem of haar verder helpen, en is telefonisch te bereiken op 030 639 64 00.

Als wij uw aanvraag hebben ontvangen, krijgt u binnen 7 dagen van ons bericht over de toestemming.

De zorg kan meteen starten

Vaak moet de zorg meteen al starten. Bijvoorbeeld als u uit het ziekenhuis wordt ontslagen en thuis nog zorg nodig heeft. Dat kan, ook als wij nog geen toestemming hebben gegeven.

Let wel op dat de indicatie en het zorgplan klaar moeten zijn binnen 7 dagen nadat de zorg is gestart. De vergoeding kan niet verder terug gaan dan deze 7 dagen.

Het kan gebeuren dat bij de behandeling van uw aanvraag blijkt, dat wij niet alle zorg mogen vergoeden. Dan moet u dat deel zelf betalen. Stuur ons uw aanvraag dus zo snel mogelijk.

Wilt u meteen zekerheid? Dan kunt u natuurlijk een toestemmingsvrije zorgverlener uit het overzicht kiezen.

Kreeg u in 2018 al zorg?

Dan gelden de volgende regels.

- 1. Krijgt u verpleging en verzorging thuis, en was u in 2018 al bij ons verzekerd?**
Dan gelden de regels hierboven vanaf het moment dat u een nieuwe indicatie krijgt, maar uiterlijk vanaf 1 januari 2020. Vanaf dat moment moet u toestemming hebben, als uw zorgverlener niet in het overzicht toestemmingsvrije zorgverleners V&V staat.
- 2. Was u in 2018 ergens anders verzekerd en heeft de andere verzekeraar al toestemming gegeven?** Als u de toestemming naar ons toestuurt, nemen wij deze over.

In andere gevallen gelden de gewone regels. Dus ook als u per 2019 naar ons overstapt en uw vorige verzekeraar geen toestemming had gegeven.

Waar stuur ik de aanvraag naartoe?

Het ingevulde formulier kunt u (laten) mailen naar zorgverleners@vvaazorgverzekering.nl, of per post sturen naar:

VvAA zorgverzekering
t.a.v. Zorgketen 1, team machtigingen V&V
Postbus 168
3990 DD Houten

U kunt ook uw aanvraagformulier direct opsturen aan onze medisch adviseur als u dat liever wilt. Zet dan in de adresgegevens: t.a.v. Zorgketen 1, medisch adviseur.

[↑ naar boven](#)

Toestemming vragen voor zittend ziekenvervoer

Hoe vraagt u toestemming voor zittend ziekenvervoer?

Voor vergoeding van zittend ziekenvervoer heeft u vooraf altijd toestemming van ons nodig. U vraagt toestemming met het aanvraagformulier zittend ziekenvervoer. Uw arts vult deel 1 in. Zelf vult u deel 2 in. Is vervoer over een grotere afstand dan 200 kilometer nodig, met een ander vervoermiddel dan openbaar vervoer, eigen auto of taxi, of met een extra begeleider? Geef dit dan aan op het aanvraagformulier. U heeft daar namelijk apart toestemming voor nodig.

Voor taxivervoer hebben wij met Transvision afspraken gemaakt over de toestemmingsprocedure. Transvision is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur op telefoonnummer 0900 333 33 30. Wilt u uw taxivervoer via een ander vervoersbedrijf regelen? Dan moet u vooraf toestemming vragen met het aanvraagformulier zittend ziekenvervoer.

Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier zittend ziekenvervoer kunt u digitaal via het contactformulier insturen of per post naar:

VvAA zorgverzekering
Postbus 168
3990 DD Houten

Wij proberen u binnen 7 werkdagen een reactie te geven.

Wilt u meer weten? Bekijk dan de vergoeding Zittend ziekenvervoer.

[↑ naar boven](#)